

# Gör det enklare!

*Slutbetänkande av  
Statens vård- och omsorgsutredning*

*Stockholm 2012*



---

STATENS OFFENTLIGA  
UTREDNINGAR

---

SOU 2012:33

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

Beställningsadress:  
Fritzes kundtjänst  
106 47 Stockholm  
Orderfax: 08-598 191 91  
Ordertel: 08-598 191 90  
E-post: [order.fritzes@nj.se](mailto:order.fritzes@nj.se)  
Internet: [www.fritzes.se](http://www.fritzes.se)

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

Textbearbetning och layout har utförts av Regeringskansliet, FA/kommittéservice.

Tryckt av Elanders Sverige AB.  
Stockholm 2012

ISBN 978-91-38-23732-8  
ISSN 0375-250X

# Till statsråden och chefen för Socialdepartementet

Regeringen beslutade den 27 januari 2011 att tillkalla en särskild utredare med uppdrag att se över de statliga delarna av vård- och omsorgssystemet.

Tidigare VD:n för Apoteket AB och nuvarande landshövdingen i Kalmar län, Stefan Carlsson, förordnades att vara särskild utredare.

Som sakkunniga i utredningen förordnades den 24 mars 2011 ämnesråden Per Aldskogius, Maria Renström, Mats Nilsson samt kanslirådet Pontus Johansson. Den 30 mars 2011 förordnades som experter i utredningen handläggaren Åsa Himmelsköld vid SKL, direktören i Stockholms stad Carina Lundberg Udelepp, hälso- och sjukvårdsdirektören i Landstinget Östergötland Lena Lundgren samt verkställande direktören för Aleris Stanley Brodén.

Som sakkunnig i utredningen förordnades den 1 juli 2011 rätts-sakkunniga Therese Lundgren. Den 17 augusti 2011 entledigades rättssakkunniga Therese Lundgren som sakkunnig.

Den 1 januari 2012 entledigades Per Aldskogius. Den 1 januari 2012 förordnades departementssekreteraren Johan Stjernfält som sakkunnig i utredningen.

Huvudsekreterare har från den 1 mars 2011 varit Anders Åhlund. Sekreterare i utredningen har från den 1 mars 2011 varit Sören Berg, Hanna André och från den 1 november 2011 Catarina Molin. Mellan den 2 maj och 14 oktober 2011 har utredaren i Statskontoret Maria Karanta deltagit i utredningens arbete som s.k. stabsbiträde.

Stefan Carlsson har varit utredningsman och svarar ensam för innehållet i betänkandet. Experter och sakkunniga har emellertid deltagit i arbetet i sådan utsträckning att det är befogat att använda vi-form i betänkandet. Det hindrar inte att skilda uppfattningar kan finnas.

I oktober 2011 överlämnade utredningen delbetänkandet Statens roll i framtidens vård- och omsorgssystem – en kartläggning (SOU 2011:65). Utredningen överlämnar härmed sitt slutbetänkande Gör det enklare! (SOU 2012:33). Vårt uppdrag är därmed slutfört.

Stockholm i maj 2012

Stefan Carlsson

/Anders Åhlund  
Sören Berg  
Hanna André  
Catarina Molin

# Innehåll

<b>Sammanfattning</b> .....	<b>11</b>
<b>Summary</b> .....	<b>27</b>
<b>Författningsförslag</b> .....	<b>43</b>
<b>1 Utgångspunkter</b> .....	<b>71</b>
1.1 Uppdraget.....	71
1.2 Vår tolkning av uppdraget .....	72
1.3 Omfattning och avgränsningar .....	76
1.3.1 Om vård och omsorg.....	79
1.3.2 Gränstorna mot andra områden .....	81
1.3.3 Avgränsningar .....	86
1.4 Utgångspunkter från delbetänkandet.....	87
1.5 Metod och angreppssätt .....	90
1.6 Förkortningar.....	93
<b>2 Statens styrning och uppgifter inom vård- och omsorgssektorn i dag</b> .....	<b>95</b>
2.1 En beskrivning av styrkedjan .....	95
2.1.1 Myndigheternas styrmedel.....	96
2.1.2 Myndigheternas ledningsformer.....	98
2.2 Myndigheterna och deras uppgifter i dag.....	100
2.3 Myndigheternas registerhantering .....	112

2.4	Statens servicecenter .....	114
2.5	Apotekens Service AB.....	115
<b>3</b>	<b>Fördjupad analys av Socialstyrelsen .....</b>	<b>117</b>
3.1	En översiktlig bild .....	117
3.2	Tillsynsreformen .....	120
3.2.1	Statskontorets utvärdering av tillsynsreformen .....	123
3.3	Vår bedömning av Socialstyrelsens ändamålsenlighet och funktionalitet i vården och omsorgen.....	126
<b>4</b>	<b>Statens stöd och styrning möter inte vårdens och omsorgens behov .....</b>	<b>135</b>
4.1	Vårdens och omsorgens utmaningar och utvecklingsområden .....	136
4.2	Kunskapsstyrning är en nyckelfaktor .....	137
4.2.1	Förbättringsbehoven.....	140
4.3	Tillsyn och reglering ska säkerställa att regler följs.....	152
4.4	Det behövs ett stärkt nationellt grepp om IT- och kommunikationsfrågorna .....	157
4.5	Långsiktig och fokuserad statlig styrning ger bättre genomslag .....	162
4.6	Övriga iakttagelser och bedömningar .....	169
4.7	Internationella jämförelser.....	173
4.8	Sammanfattande bedömningar .....	176
<b>5</b>	<b>Utredningens förslag .....</b>	<b>179</b>
5.1	Övergripande bedömningar.....	179
5.1.1	Ökande behov av nationell samordning .....	179
5.1.2	Utredningens principiella förslag.....	180
5.2	Förslag till ny myndighetsstruktur .....	185

5.2.1	Kunskapsmyndigheten för hälsa, vård och omsorg.....	188
5.2.2	Inspektionen för hälsa, vård och omsorg.....	193
5.2.3	Infrastrukturmyndigheten för hälsa, vård och omsorg.....	196
5.2.4	Myndigheten för välfärdsstrategi.....	198
5.3	Upphävande av lagen (1996:1157) om läkemedelskommittéer.....	200
5.4	Frågor i anslutning till förslaget.....	201
5.4.1	Ledningsformer .....	201
5.4.2	Statens Servicecenter .....	203
5.5	Konsekvenser för nuvarande myndigheter.....	204
5.5.1	Myndigheter som berörs av förslaget.....	204
5.5.2	Myndigheter som inte direkt berörs av förslaget .....	208
<b>6</b>	<b>Alternativa organisationslösningar .....</b>	<b>211</b>
<b>7</b>	<b>Genomförande .....</b>	<b>215</b>
7.1	Generella iakttagelser.....	215
7.2	Kritiska processer.....	219
7.3	Genomförandet av utredningens förslag.....	221
7.4	Arbetet i departementet .....	222
7.5	Tidplan.....	224
<b>8</b>	<b>Konsekvensanalyser.....</b>	<b>227</b>
8.1	Utgångspunkter .....	227
8.2	Konsekvenser för statens budget på kort och lång sikt.....	232
8.3	Konsekvenser för personal vid de berörda myndigheterna .....	235
8.3.1	Konsekvenser för personalen.....	235
8.3.2	Konsekvenser som rör anställningsavtal .....	236
8.4	Konsekvenser för sysselsättning och offentlig service i olika delar av landet.....	236

8.5	Konsekvenser för övriga aktörer .....	238
8.5.1	Konsekvenser för medborgarna .....	238
8.5.2	Konsekvenser för yrkesgrupper inom vård- och omsorgssektorn.....	238
8.5.3	Konsekvenser för offentliga och privata vård- och omsorgsgivare, inkl. små företag.....	239
8.5.4	Konsekvenser för övriga leverantörer av varor och tjänster inom vård- och omsorgssektorn .....	241
8.5.5	Konsekvenser för kommuner och landsting .....	241
8.5.6	Konsekvenser för övriga myndigheter.....	242
8.6	Övriga konsekvenser.....	242
8.6.1	Internationellt arbete .....	242
8.6.2	Samhällsekonomiska konsekvenser .....	242
8.6.3	Författningmässiga konsekvenser .....	243
8.6.4	Konsekvenser för jämlikhet – jämställdheten mellan kvinnor och män och för möjligheten att uppnå de integrationspolitiska målen .....	244
8.6.5	Konsekvenser för personlig integritet .....	245
8.6.6	Konsekvenser för brottsligheten eller det brottsförebyggande arbetet .....	246
<b>9</b>	<b>Författningskommentar .....</b>	<b>247</b>



**Bilagor**

Bilaga 1–2	Kommittédirektiv.....	249
Bilaga 3	Verksamheter och resurser 2012 .....	263
Bilaga 4	Comparative governance arrangements in eleven countries.....	289
Bilaga 5	Fem svenska forskare belyser framtidens utmaningar i vården och omsorgen.....	375
Bilaga 6	Följändringar med anledning av utredningens förslag .....	467

# Sammanfattning

## Introduktion

Vård- och omsorgssektorn står i dag inför en rad utmaningar. Skillnader i verksamheternas service och kvalitet blir allt synligare och samtidigt allt mindre accepterade. Patienter, brukare och närstående ställer allt högre krav på information om och inflytande över sin egen vård och omsorg. Kunskapsutvecklingen inom sektorn blir allt mer internationell och går allt fortare. Ökande behov av vård och omsorg och nya tekniska möjligheter skärper behovet av prioriteringar och effektiva arbetssätt. Ökad mångfald i organisations- och driftformer kan vara ett sätt att möta behoven av förnyelse, men ställer också nya krav på den övergripande styrningen.

De patient- och brukargrupper som behöver mest vård och omsorg, har ofta sammansatta behov. Dessa personer måste mötas med samlat stöd och förebyggande insatser som är anpassade till deras förutsättningar.

Sverige är ett litet land. Vårt vård- och omsorgssystem måste fungera sammanhållet och effektivt. Kompetenserna som i dag är spridda i många olika myndigheter behöver utnyttjas effektivare i framtiden.

Utredningen bedömer att utmaningarna medför ett stort behov av förändringar inom sektorn under de kommande åren. Allt fler frågor kommer att kräva samarbete på nationell nivå. I vårt delbetänkande i oktober 2011 pekade vi på några områden där sådant nationellt samarbete blir allt viktigare: vård och omsorg på lika villkor, stöd till patienters och brukares inflytande, kvalitetsutveckling, IT-samordning, kunskapsstyrning, prioriteringar och ledarskap. Vi pekade också på att det hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande arbetet behöver få större genomslag i den praktiska vården och omsorgen. Alla dessa områden kommer att behöva hanteras successivt, under många år framåt.

Många EU-länder arbetar med likartade frågor. Flera länder genomför genomgripande systemförändringar för att möta utmaningarna. För Sveriges del kan mycket åstadkommas genom förändringar i den nuvarande grundstrukturen och ett vidareutvecklat samspel mellan den nationella, regionala och lokala nivån.

För den statliga nivån föreslår utredningen en fokusering på fyra huvuduppgifter: *Kunskapsstöd* som stödjer successivt förbättringsarbete, *Reglering och tillsyn* som tryggar en acceptabel nivå i alla verksamheter, *Infrastruktur för IT och kommunikation*, samt *Långsiktig strategisk styrning*.

Utredningen föreslår en ny myndighetsstruktur som bygger på de fyra huvuduppgifterna:

- En kunskapsmyndighet som har samlat ansvar för alla typer av kunskapsstöd till vården och omsorgen. Här föreslår vi också ett vidareutvecklat samarbete med verksamheterna och huvudmännen.
- En inspektionsmyndighet som har samlat ansvar för tillstånd, legitimationer, godkännanden och tillsyn. Denna myndighet ges större resurser för tillsyn än vad som finns i dagens myndigheter.
- En myndighet som tillsammans med övriga aktörer förvaltar och utvecklar sektorns IT- och kommunikationslösningar.
- En myndighet som följer den övergripande utvecklingen av hälsa, funktionshindersfrågor, vård och omsorg – och därigenom stärker statens förutsättningar för strategisk styrning.

Utredningen föreslår också att särslagstiftningen om läkemedelskommittéer avskaffas, för att underlätta att alla relevanta kompetensområden kan integreras i kunskapsstyrningen.

Förslaget ger en långsiktigt hållbar statlig struktur som kan svara mot verksamheternas behov och efterfrågan. Den nya strukturen ger i sig inte svar på alla frågor, men den gör det enklare att hantera de frågor sektorn står inför.

## Uppdraget

### *Direktivet*

Utredningens uppdrag har varit att ”...se över hur staten genom sina myndigheter kan verka för ett långsiktigt hållbart vård- och omsorgssystem med fokus på hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande insatser i syfte att främja hälsa och minska ohälsa och framtida vårdbehov samt för att åstadkomma en jämlik vård och omsorg i hela landet.”

Fokus i utredningens direktiv ligger på att åstadkomma en tydligare ansvarsfördelning och höjd effektivitet i de statliga delarna i vård- och omsorgssystemet, både mellan myndigheterna och för staten som helhet. Direktiven lyfter särskilt fram behovet av ett helhetsgrepp och en systemsyn, bland annat för att ge bättre underlag för samlad prioritering, för att kunna lösa gemensamma problem och för att öka möjligheterna till samordning. Socialstyrelsens roll och funktionalitet ska särskilt belysas, men i övrigt har utredningens fokus legat på samlad systemsyn och inte primärt på funktionssättet och effektiviteten i de enskilda myndigheterna.

Utredningen har också haft i uppdrag att redogöra för hur föreslagna förändringar bör genomföras.

En viktig utgångspunkt har varit att den rådande ansvarsfördelningen mellan staten och huvudmännen ska ligga fast.

### *Vår tolkning av uppdraget*

Medborgarperspektivet lyfts i vårt uppdrag fram som överordnat. Detta har väglett vårt arbete, så att analys och våra förslag genomgående har kopplats till de samlade effekterna för medborgarna, verksamheterna och professionerna.

Perspektivet i uppdraget är långsiktigt. Dagens styrkor och svagheter i de nuvarande myndigheterna ger en viktig bakgrundsbild, men våra förslag utgår från mer långsiktiga bedömningar av vad verksamheterna och sektorn som helhet behöver.

## Vår analys av nuläget

### Ökande behov av nationell samordning

Det finns en stor efterfrågan från aktörerna inom vården och omsorgen på en ökad nationell samordning inom flera viktiga områden. Behovet av nationell samordning kan ses mot bakgrund av de betydande förändringar som vården och omsorgen går igenom.

Kunskapsutvecklingen blir allt mer internationell. Det blir allt enklare – och därmed även nödvändigt – att effektivt sprida bästa tillgängliga kunskap. Delvis handlar detta om att effektivt sprida kunskap som tas fram av enskilda experter, men till stor del handlar det också om att bygga system för datafångst och analys där kunskap utvecklas successivt med utgångspunkt från breda erfarenheter. Denna utveckling kräver stärkt nationellt och internationellt samarbete.

Utvecklingen av informations- och kommunikationsteknologi har medfört ökade möjligheter till jämförelser av bland annat kvalitet och effektivitet inom vården och omsorgen. Skillnader mellan olika landsändar, enheter och ibland även individuella yrkesutövare blir allt mer synliga. Den successivt ökande transparensen gäller vård- och omsorgsverksamheter, men också övergripande förhållanden som folkhälsa och villkor för människor med funktionshinder. Frågor om hälsa, vård och omsorg på lika villkor blir tydligare och kräver samlad hantering.

Ökande behov av vård och omsorg samt ökade förväntningar från patienter, brukare och närstående, i kombination med växande möjligheter att ge behandling och hjälp, skärper behovet av prioriteringar och effektiva arbetssätt. Utmaningen förstärks då prioriteringar blir allt mer synliga för medborgarna. Också här ökar behovet av gemensamt utvecklingsarbete och samordnad hantering.

Vissa huvudmän ser ökad mångfald i organisations- och driftsformer som ett sätt att möta behoven av förnyelse. Nya organisations- och driftsformer ställer dock nya krav på utvecklade regelverk och rutiner.

Utredningen bedömer att detta är långsiktiga förändringar som kommer att ha stor betydelse under många år framöver. Många initiativ tas successivt för att möta de ökande samordningsbehoven, men mer behöver göras.

## Konkreta problemområden

### *Splittrat kunskapsstöd*

Verksamheterna, professionerna och de förtroendevalda inom vården och omsorgen behöver kunskapsunderlag som är användarvänliga både till innehåll och form. Brukare och patienter har liknande behov med utgångspunkt från sina förutsättningar.

Dagens myndighetsstruktur, där flera olika myndigheter utarbetar kunskapsstöd inom sitt sakområde, bromsar utvecklingen av samlade underlag som integrerar olika perspektiv.

Det stora antalet myndigheter bidrar till att kunskapsstödet till sektorn är splittrat och otydligt. Verksamheterna får inte det behovsanpassade och användarvänliga stöd de behöver. Vården och omsorgen för enskilda patienter och brukare blir mindre sammanhållna och sämre än den skulle kunna vara.

Splittringen understöds bl.a. av särlagstiftningen om läkemedelskommittéer som innebär att landstingen ska organisera kunskapsstöd om läkemedelsfrågor i särskilda kommittéer.

### *För svag tillsyn*

Staten har i dag svårt att garantera de kvalitetsnivåer som ska gälla i alla verksamheter. Särskilt tillsynen inom hälso- och sjukvården och socialtjänsten har uppenbara brister, men det finns också kritik mot den tillsyn som riktar sig företrädesvis mot läkemedelsindustrin och apoteksmarknadens aktörer.

En del av problemen kan antagligen hanteras inom nuvarande myndigheter, men här finns också strukturella problem. Balansen mellan den granskande rollen och uppgiften att ge råd och vägledning är oklar. Tillsynen är inte heller tillräckligt anpassad till dagens förändringstakt och den ökande mångfalden av utförare, där tillsynen måste riktas till flera olika aktörer och både direkt till verksamheterna och till deras uppdragsgivare/beställare. Tillsynen behöver också förstärkas.

*Otillräcklig genomslagskraft för riktlinjer*

Riktlinjer ska driva utvecklingen framåt, men det är den faktiska förändringen som är viktig.

Råden och riktlinjerna behöver tas fram och uppdateras snabbare än de gör i dag, med utgångspunkt från de frågor som uppstår i det praktiska arbetet.

Råd och riktlinjer måste också utgå från verksamheternas praktiska och ekonomiska förutsättningar för att få genomslag. I dag saknas tydliga former för att koppla riktlinjearbetet till huvudmännens och verksamheternas konkreta förutsättningar.

*Bristfällig dialog med forsknings- och utbildningssektorn*

Sektorns kompetensförsörjning är en nyckelfråga. Det handlar bland annat om att utbilda tillräckligt många, med en inriktning som motsvarar behoven.

Forskning, utveckling och innovation är också långsiktiga nyckelfrågor.

Här finns ett tydligt behov av bättre former för löpande kommunikation mellan sektorns olika företrädare och universitet och högskolor.

*Brist på samordning av IT-struktur och kommunikationskanaler*

Det finns ett påtagligt och ökande behov av en nationell infrastruktur för IT-lösningar och kommunikationskanaler i vård- och omsorgssektorn.

Uppgiften har flera dimensioner, bland annat att skapa grundstruktur och standards, att bygga, förvalta och successivt utveckla infrastruktur för datahantering samt att bygga, förvalta och successivt utveckla integrerade kommunikationskanaler till yrkesutövare och allmänhet.

Många aktörer, både offentliga och privata, har tagit och tar initiativ inom området, men för att hantera de fortsatta utmaningarna behöver staten en tydlig aktör med ett samlat ansvar för frågorna.

*Behov av vidareutvecklad strategisk styrning*

Regeringens styrning har under senare år allt mer skett genom strategier, som i flera fall kopplas till överenskommelser med SKL. På flera sätt har det varit framgångsrikt att stärka banden mellan regeringen och de politiska ledningarna i kommuner och landsting. Det stora antalet parallella satsningar och oklar ansvarsfördelning mellan Regeringskansliet, statliga myndigheter, Sveriges Kommuner och Landsting och enskilda kommuner och landsting har samtidigt medfört vissa problem.

Regeringen har inte heller tillräckligt stöd av övergripande kunskapsunderlag för den långsiktiga politiken. De nuvarande myndigheterna tar fram underlag inom sina respektive sakområden, men ingen har i uppdrag att ta fram kunskapsunderlag som integrerar flera olika aspekter och ger en samlad bild av sektorns tillstånd och utmaningar.

Den nationella politiken skulle kunna få bättre genomslag genom fokusering på ett mindre antal frågor samt kunskaps- och analysstöd som kan avlasta Socialdepartementet operativa uppgifter.

**Utredningens förslag****Principiella förslag**

Utredningens analys pekar på fyra områden där staten har särskilt viktiga roller. Dessa roller är att:

- bidra till sektorns utvecklingsarbete, genom stöd till framtagande och spridning av kunskap
- säkra kvalitet i alla verksamheter, genom effektiv hantering av godkännanden, tillstånd, legitimationer och tillsyn
- ansvara för samordning och nyckelfunktioner för sektorns infrastruktur för IT och kommunikation
- styra strategiskt med utgångspunkt från hälso- och välfärdssektorns tillstånd och utmaningar



*Stöd till sektorns utveckling*

Utredningen föreslår att statens arbete med kunskapsstöd görs mer samordnat och bättre anpassat till verksamheternas och medborgarnas behov, både när det gäller innehåll och form. Även tillsynens iakttagelser bör användas som stöd för den successiva kunskapsutvecklingen.

Utredningen föreslår också att huvudmännen ges en tydligare plats i arbetet med riktlinjer och andra kunskapsunderlag som har koppling till prioriteringar.

Dessutom föreslår utredningen att det utvecklas former för en fortlöpande dialog med huvudmännen och andra aktörer om sektorns utbildningsbehov och behov av forskning.

Lagstiftningen om läkemedelskommittéer som låser landstingens former för kunskapsstöd föreslås avskaffas.

*Säkra kvalitet i alla verksamheter*

Utredningen föreslår att statens tillsynsverksamhet stärks och vidareutvecklas. Balansen förtydligas mellan å ena sidan granskning och andra sidan råd och vägledning. En samlad och förstärkt tillsynsfunktion bör säkerställa att lagar och regler följs.

*Samordna och stödja nyckelfunktioner för sektorns informations- och kommunikationsbehov*

Utredningen föreslår att staten samlar och förstärker sina insatser för att stödja vård- och omsorgssektorns behov av gemensamma IT- och kommunikationslösningar. Staten behöver samordna sina egna satsningar inom området och dessutom vara en part i samspelet med övriga aktörer som är engagerade i att bygga nationella lösningar.

*Stärkt strategisk styrning*

Utredningen föreslår att staten bygger upp en funktion som ger underlag för breda och långsiktiga politiska bedömningar och prioriteringar inom hälsa, vård och omsorg.

Utredningen föreslår också att samspelet mellan regeringen och huvudmännen ges en struktur som underlättar långsiktighet och fokusering. Bland annat bör den process som leder fram till överenskommelser mellan regeringen och Sveriges Kommuner och Landsting, få en tydlig form som stöds av både kunskapsunderlag och praktiskt stöd.

### Organisatoriska förslag

För att underlätta förnyelsen föreslår utredningen ett samlat organisatoriskt grepp, där en ny myndighetsstruktur formas för att möta morgondagens behov.

Utredningen föreslår därför att tio nuvarande myndigheter<sup>1</sup>, en ideell förening<sup>2</sup> och ett statligt bolag<sup>3</sup> ersätts av fyra nya myndigheter:

- Kunskapsmyndigheten för hälsa, vård och omsorg
- Inspektionen för hälsa, vård och omsorg
- Infrastrukturmyndigheten för hälsa, vård och omsorg
- Myndigheten för välfärdsstrategi

Dessa fyra myndigheter föreslås få ett övergripande uppdrag att tillsammans verka för att främja befolkningens hälsa och god vård och omsorg till dem som behöver det.

Två av myndigheterna, Kunskapsmyndigheten för hälsa, vård och omsorg och Inspektionen för hälsa, vård och omsorg, kommer att arbeta med vården och omsorgen som främsta målgrupp: professioner, huvudmän, patienter och brukare. Båda kommer att ha viktiga roller i sektorns löpande utvecklingsarbete där kontinuerligt lärande leder till successiva förbättringar.

---

<sup>1</sup> Socialstyrelsen, Läkemiddelverket, Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket, Statens beredning för medicinsk utvärdering, Statens folkhälsoinstitut, Smittskyddsinstitutet, Myndigheten för vårdanalys, Myndigheten för handikappolitisk samordning, Myndigheten för internationella adoptionsfrågor och Statens medicinsk- etiska råd.

<sup>2</sup> Hjälpmedelsinstitutet.

<sup>3</sup> Apotekens Service AB.

Figur Kunskapsmyndigheten och Inspektionen för hälsa, vård och omsorg



Infrastrukturmyndigheten för hälsa, vård och omsorg stödjer utvecklingen av sektorns IT- och kommunikationsstruktur och bistår även övriga tre myndigheter i vård- och omsorgssektorn med IT-stöd och kommunikationskanaler.

Figur      **Infrastrukturmyndigheten för hälsa, vård och omsorg**

Myndigheten för välfärdsstrategi stöder statens strategiska överblick och styrning.

Figur      **Myndigheten för välfärdsstrategi**

Tre av myndigheterna, Inspektionen, Kunskapsmyndigheten och Infrastrukturmyndigheten kommer att arbeta med operativa frågeställningar. Myndigheten för hälsostrategi får ett mer strategiskt arbetssätt, där underlag i de flesta fall levereras mer sammanfattat och sällan, samtidigt som man vid behov kan bistå med fakta och lägesbedömningar.

I alla fyra myndigheternas uppdrag ingår att successivt utveckla arbetsinnehåll och arbetsformer.

### *Nya arbetsätt*

Samtliga fyra myndigheter ska utveckla arbetsformer som möjliggör användning av kompetenser i hela landet.

Alla myndigheterna föreslås utveckla olika typer av anställnings- och arbetsformer som gör det möjligt att engagera medarbetare på flera orter. Den nya teknikens möjligheter till decentraliserade arbetsätt ger viktiga förutsättningar för förnyelsen.

Ätminstone Inspektionen behöver en regionaliserad organisation som anpassas till den indelning som föreslås av regionutredningen<sup>4</sup>. Om Kunskapsmyndigheten väljer en regional indelning bör den samlokaliseras med Inspektionens regionala organisation.

Huvudkontoren samlokaliseras i Stockholm för att underlätta samspelet mellan myndigheterna. Generellt anser utredningen att myndigheterna ska samlokalisera sina verksamheter när de finns på samma ort.

### **Konsekvenser för verksamheterna i nuvarande myndigheter**

Vårt förslag utgår från hur staten bättre ska kunna stödja vårdens och omsorgens framtida behov och utmaningar. I detta arbete är kunskapsområdet ett nav. Därför är det de myndigheter som har i uppgift att ta fram kunskap inom olika delar av vården och omsorgen, som berörs mest av våra förslag.

De myndigheter som föreslås bli avvecklade är: Socialstyrelsen, Läkemiddelsverket, Tandvårds- och läkemiddelsförmånsverket, Statens beredning för medicinsk utvärdering, Statens folkhälsoinstitut, Smittskyddsinstitutet, Myndigheten för Vårdanalys, Statens medicinsk – etiska råd, Handisam och Myndigheten för internationella adoptionsfrågor. Dessutom föreslås en avveckling av Hjälpmedelsinstitutet och Apotekens Service AB. Organisationernas kompetenser och arbetsuppgifter förs över till de nya myndigheterna.

---

<sup>4</sup> Översyn av statlig regional förvaltning mm. direktiv 2009:62.

## Övervägda alternativ

Utredningen har prövat ett antal alternativa organisationslösningar som skulle kunna svara mot våra principiella ambitioner och förslag.

Utredningen har bland annat prövat tanken att bilda en Inspektion, en IT-myndighet och en strategisk myndighet och låta kunskapsstödet finnas kvar i dagens kunskapsmyndigheter. Detta skulle kunna ske genom att bryta ut Socialstyrelsens tillsyn till en ny fristående myndighet, att skapa en ny IT-myndighet och att vidga uppdraget till Vårdanalys.

Vi har vidare prövat tanken att slå ihop några av dagens myndigheter med verksamhetsmässiga samband till större enheter. Det skulle t ex kunna innebära sammanslagning av Socialstyrelsen och Statens beredning för medicinsk utvärdering, sammanslagning av Folkhälsoinstitutet och Smittskyddsinstitutet samt en sammanslagning av Läkemedelsverket och Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket.

Dessutom har utredningen prövat möjligheterna att möta morgondagens behov utan att göra några organisationsförändringar alls.

Vår bedömning är att dessa alternativ är sämre än det organisationsförslag vi förordar. Vi redovisar flera skäl för denna bedömning, men framförallt anser vi att skapandet av ett samlat kunskapsstöd är en nyckelfaktor som förloras i dessa alternativa lösningar.

## Genomförande

De nya myndigheterna föreslås inleda sitt arbete 1 januari 2014. Till dess att den nya strukturen är etablerad har de nuvarande myndigheterna fortsatt ansvar för sina uppgifter.

Utredningen bedömer att det krävs cirka nio månaders förberedelse från det att organisationskommittéer och generaldirektörer är utsedda tills dess att den nya strukturen är etablerad. Vi föreslår därför att regeringen överlämnar särpropositionen till riksdagen för beslut i början av 2013, för att säkerställa införandet den 1 januari 2014.

Ur beredningssynpunkt kan drygt 1,5 år uppfattas som en kort tid, men för verksamheterna och de berörda medarbetarna skulle en

mer utdragen genomförandeprocess riskera att leda till bland annat kompetensförluster, osäkerhet och produktionsbortfall.

Eftersom så många myndigheter berörs behöver ett samlat ansvar för omvandlingen pekats ut tydligt. Utredningens föreslår att en omvandlingsledare utses på departementet. Omvandlingsledaren blir länken mellan den nya och gamla myndighetsstrukturen och till departementsledningen.

I direktiven till organisationskommittéerna bör regeringens val av lokalisering för de nya myndigheterna framgå. I direktiven bör regeringen vidare ange ledningsform och huvudsakligt uppdrag för de nya myndigheterna samt ge dem i uppdrag att ta fram slutligt förslag till instruktion och regleringsbrev.

Avvecklingen av nuvarande myndigheter bör hanteras av en gemensam Avvecklingsmyndighet för de nuvarande vård- och omsorgsmyndigheterna.

## Konsekvenser och effekter

Utredningsförslaget får konsekvenser för majoriteten av de befintliga myndigheterna i sektorn. Förslaget innebär inga förändringar av det statliga åtagandet, men många uppgifter ska skötas och vidareutvecklas med utgångspunkt från nya förutsättningar och ambitioner. Den nya myndighetsstrukturen ger sammantaget möjligheter till besparingar, både för staten och för vården och omsorgen i sin helhet. Förslaget beräknas leda till att de långsiktiga kostnaderna för de statliga verksamheterna sänks med cirka 20 procent. Besparingen på statsbudgeten beräknas till cirka 15 procent. Förslaget beräknas minska antalet årsarbetskrafter med cirka 550.

I nedanstående tabell sammanfattas utredningens översiktliga bedömning av de nya myndigheternas resursbehov, uttryckt som summan av anställda och inhyrda årsarbetare. I förslaget ingår att det administrativa stödet för de nya myndigheterna förläggs till Statens Servicecenter.

**Tabell** Antal årsarbetare, egna och inhyrda, i de nya myndigheterna<sup>5</sup>

	Kunskaps- stöd	Reglering	Tillsyn	ITK	Översikt	Övrigt utåtriktat	Inre arbete	Summa
Kunskaps- myndigheten	500	50		5	10	40	125	730
Inspektion	10	350	500	5	5		175	1045
ITK				250		5	20	275
Hälsostrategiska					75	25	15	115
Summa	510	400	500	260	90	70	335	2 165

De nya myndigheterna finansieras i huvudsak på samma sätt som dagens myndigheter. För att få en enhetlig finansiering av kunskapsstödet om läkemedelsfrågor till vården och omsorgen föreslås att staten övertar finansieringsansvaret från industrin. Detta motsvarar en kostnadsökning för staten motsvarande cirka 70 årsarbetskrafter eller 70 miljoner kronor, och motsvarande kostnadsminskning för industrin. För statsbudgetens del blir besparingen cirka 15 procent. Nedanstående tabell visar utredningens bedömning av statens kostnader under de kommande åren, inklusive avvecklingskostnader:

**Tabell** Skillnad anslagsnivå statsbudgeten nuvarande och föreslagen myndighetsstruktur, (mnkr)

Myndighet	2013	2014	2015	2016	2017
Nuvarande	1 728	1 758	1 799	1 831	1 865
Föreslagen		1 477	1 506	1 537	1 567
Avveckling	20	500	150	50	0
<b>Ny nivå</b>	<b>1 748</b>	<b>1 977</b>	<b>1 656</b>	<b>1 587</b>	<b>1 567</b>
<b>Besparing</b>	<b>-20</b>	<b>-219</b>	<b>+143</b>	<b>+244</b>	<b>+298</b>

### *Konsekvenser för myndigheternas medarbetare*

Cirka 2 700 årsarbetare, varav ungefär 1 950 kvinnor och 750 män, berörs av förslagen.

Utredningens bedömning är att det för merparten av personalen i de myndigheter som avvecklas sker en verksamhetsövergång till befattningarna i de nya myndigheterna. Bemanningen av de nya myndigheterna ska ske med beaktande av reglerna i 6 b § lagen

<sup>5</sup> Utredningens översiktliga bedömning.



(1982:80) om anställningsskydd. Vid övertalighet blir det statliga Trygghetsavtalet tillämpligt.

#### *Konsekvenser för folkhälsoarbetet och funktionshindersfrågorna*

Utredningens förslag innebär integration av arbetet med folkhälsofrågor och funktionshindersfrågor, både på övergripande samhällsnivå genom Myndigheten för välfärdsstrategi och i det praktiska vård- och omsorgsarbetet, via Kunskapsmyndigheten. Dessutom kvarstår sektorsmyndigheternas ansvar för integrering av perspektiven inom ramen för sina respektive ansvarsområden.

Sammantaget bedömer utredningen att integrationen av dessa frågor kommer att ge ökad genomslagskraft.

#### *Konsekvenser för vården och omsorgen*

Förslagen kommer på flera sätt att förenkla för vårdens patienter, brukare, anhöriga, professioner, verksamhetschefer, entreprenörer och huvudmän.

Förslagen kommer i sig inte att lösa sektorns problem, men de medför att vården och omsorgen kan möta en statlig verksamhet som är mer sammanhållen, tydlig och enklare att samarbeta med.

# Summary

## Introduktion

The health care and social services sector faces a number of challenges. Differences in the level of service and quality provided are becoming increasingly visible and at the same time are less accepted. Patients, service users, relatives and carers are making ever greater demands for information and influence on their own health care and social services. Knowledge is being developed in the sector in an increasingly international context and at an ever-quickenning pace. Increasing needs for health care and social services and new technical capabilities are accentuating the need for priority-setting and effective working practices. Greater diversity in forms of organisation and operation may be one way of meeting the needs for modernisation, but also requires new demands on overarching governance.

Patients and service users who need most health care and social services often have multiple needs. These people must be met with integrated support and preventive efforts adapted to their circumstances.

Sweden is a small country. Our health care and social services system must work coherently and effectively. Skills that today are dispersed in many different agencies need to be utilised more effectively in the future.

The Inquiry considers the challenges to pose a great need for changes in the sector in the years ahead. More and more questions will necessitate cooperation at national level. In our interim report in October 2011, we identified some areas where such national cooperation is becoming increasingly important: health care and social services on equal terms, support for empowering patients

and service users, quality enhancement, IT coordination, knowledge management, priority-setting and leadership. We also pointed out that health-promoting and disease-preventing efforts need to have a greater impact in practical health care and social services. All these areas will gradually need to be addressed, for many years to come.

Many EU Member States are working on similar issues. Several countries are currently implementing radical changes of system in order to meet the challenges. As far as Sweden is concerned, a great deal can be achieved through changes in the present structure and by enhanced interaction between the national, regional and local level.

For the central government level, the Inquiry proposes a focus on four main tasks: *Knowledge Support* that supports successive improvement efforts, *Regulation and Supervision* that ensure an acceptable quality in all providers, *Infrastructure for IT and Communications* and *Long-Term Strategic Management*.

The Inquiry proposes a new government agency structure based on these four main tasks:

- A knowledge agency responsible for all types of knowledge support for health care and social services. Here we also propose enhanced cooperation with service providers and responsible authorities at regional and local level.
- An inspection agency responsible for permits, licences to practice, approvals of drugs and other medicinal products and supervision. This agency is to be given greater resources for supervision than exists in the presents agencies.
- An agency that, together with other stakeholders, manages and develops the IT and communication solutions the sector needs.
- An agency that monitors the overarching development of public health, disability issues, healthcare and social services – and in so doing strengthens the prospects of strategic governance
- The Inquiry also proposes the special legislation on Drug Therapeutic Committees to be abolished, to make it easier for all relevant areas of expertise to be integrated in knowledge management.

The proposal presents a long-term sustainable central-government structure that can meet the needs of the providers and the demand. The new structure does not, in itself, answer all the questions, but will make it easier to tackle the issues the sector faces.

## Remit

### *Terms of reference*

The Inquiry's remit has been to “... review how central government, through its agencies, can promote a long-term sustainable system of health care and social services focused on health-promoting and disease-preventing efforts with the aim of promoting health and reducing ill-health and future care needs and bring about equal health care and social services throughout the country.”

The focus in the Inquiry's terms of reference is on bringing about a clearer distribution of responsibilities and improved efficiency in the central-government parts of the system of health care and social services, both between the agencies and for national government as a whole. The terms of reference highlight the need of an integrated and systematic approach, in order to provide a better basis for collective priority-setting, be able to resolve problems that are common to several agencies and improve the prospects for coordination between agencies. The role and functionality of the National Board of Health and Welfare are to be elucidated in particular, but the Inquiry has otherwise focused on a comprehensive system approach, not primarily on functions and effectiveness of individual agencies.

The Inquiry has also been tasked with suggesting how the proposed changes should be implemented.

An important basic premise has been that the prevailing distribution of responsibilities between national, regional and local government should be fixed.

### *Our interpretation of the remit*

The citizen's perspective is highlighted in our remit as taking precedence. This has guided our work, so that analysis and our proposals have been consistently linked to the combined effects for citizens, the service providers and the professions.

The remit has a long-term perspective. The present-day strengths and weaknesses of the current agencies provide an important background picture, but our proposals are based on more long-term assessments of what the service providers and the sector as a whole need.

## **Our analysis of the current situation**

### **Increasing need for national coordination**

There is demand from healthcare and social services for greater national coordination in several important areas. This need for national coordination can be understood in the light of the significant changes that healthcare and social services are going through:

The development of knowledge is becoming increasingly international. It is becoming ever simpler – and therefore also necessary – to spread best available knowledge effectively. This is partly a matter of effectively spreading knowledge developed by individual experts, but it is largely also a matter of building systems for data capture and analysis where knowledge is developed successively on the basis of broad experience. This trend necessitates greater national and international cooperation.

The growth of information and communication technology has created greater opportunities for comparing quality and efficiency in health care and social services. Differences between different ends of the country, units and sometimes also individual practitioners are becoming increasingly apparent. The steadily increasing transparency applies to health care and social service providers, but also to overarching factors such as public health and conditions for people with disabilities. Issues concerning health care and social services on equal terms are becoming clearer and need to be addressed collectively.

Increasing needs for health care and social services and greater expectations from patients, service users, relatives and carers, combined with increasing opportunities to provide treatment and assistance, are accentuating the need for priority-setting and effective working practices. The challenge is accentuated when priority-setting becomes increasingly visible to the public. Additional to this, the need for coordination and joint development is increasing.

Some responsible authorities see greater diversity in forms of organisation and operation as a way of meeting the needs for modernisation. However, new forms of organisation and operation make new demands on regulatory frameworks and routines.

The Inquiry regards these long-term changes to have great significance for many years to come. Many initiatives are gradually being taken to respond to the increasing needs for cooperation, but far more needs to be done.

## Specific problems areas

### *Fragmented knowledge support*

The providers, the professions and the elected representatives in health care and social services need knowledge bases that are user-friendly in both content and form. Service users and patients have similar needs based on their particular circumstances.

The present structure, in which several different agencies provide knowledge support in their specialist fields, slows down the development of comprehensive material that integrates different perspectives.

The large number of agencies contributes to knowledge support to the sector being fragmented and unclear. The providers do not receive the needs-based and user-friendly support they need. Healthcare and social services for individual patients and service users are becoming less coherent than they could be.

This fragmentation is supported by the special legislation on regional Drug Therapeutic Committees, under which county councils have to organise knowledge support on pharmaceutical issues in special committees.

### *Supervision is too weak*

Central government has difficulty guaranteeing the levels of quality that are to apply in all service providers. There are obvious deficiencies in the supervision of health care and social services in particular, but there is also criticism of the supervision aimed primarily at the pharmaceutical industry and the pharmacy market.

Some of the problems can presumably be solved in present agencies, but there are also structural problems: the balance

between audit and providing advice and guidance is unclear. Nor is the supervision sufficiently adapted to the increasing diversity in provision and rate of change, where supervision has to be aimed at different players and both directly at service providers and at their constituents/purchasers. Supervision generally needs to be strengthened.

#### *Inadequate impact for guidelines*

Guidelines should drive development forward, but actual change is what is important.

Advice and guidelines need to be developed and updated faster than they are today, based on the issues that arise in practical work.

Advice and guidelines must also be based on the practical and financial circumstances of the providers to have an impact. At present there is a lack of clear forms in which to link work on guidelines to the specific circumstances of the responsible authorities and providers.

#### *Inadequate dialogue with the research and education sector*

Supply of skills in the sector is a key issue. This involves, among other things, training a sufficient number of people with the needed skills. Research, development and innovation are also key issues in long-term.

There is a clear need for better regular communication between various representatives of the sector and universities and colleges.

#### *Lack of coordination of IT structure and communication channels*

There is an increasing need for a national infrastructure for IT solutions and communication channels in the health care and social services sector.

There are several dimensions to this task, including creating a basic structure and standards, for example through uniform terms and concepts, building, managing and successively developing infrastructure for data management and building, managing and successively developing integrated communication channels for practitioners and the general public.

Many stakeholders, both public and private, have taken and are taking initiatives in this area, but to face up to the continued challenges central government needs to be represented by some kind of authority with a comprehensive mandate in this field.

#### *Need for enhanced strategic management*

Management by the Government in recent years has been done increasingly through strategies, which in several cases are linked to agreements with the Swedish Association of Local Authorities and Regions. In several ways success has been achieved in strengthening the ties between the Government and the political leaderships of municipalities and county councils. The large number of parallel initiatives and unclear distribution of responsibility between the Government Offices, agencies, the Swedish Association of Local Authorities and Regions has, at the same time, posed certain problems.

Nor does the Government have sufficient support from an overarching knowledge base for long-term policy. The present agencies develop basic documentation in their particular specialist areas, but none of them has been commissioned to prepare a knowledge base that integrates several different areas and provides a collective picture of the state of, and challenges faced by, the sector.

National policy could have a greater impact by focusing on a smaller number of issues and knowledge and analysis support that can relieve the Ministry of Health and Social Affairs of operational tasks.

## **The Inquiry's proposals**

### **Fundamental proposals**

The Inquiry proposes a clearer focus on four principal tasks of central government:

- Supporting the development of the sector, through support for effective development and dissemination of knowledge.



- Ensuring acceptable quality in all service providers, through effective management of approvals, permits and licences to practice, as well as efficient supervision
- Coordinating and taking responsibility for strategic key functions with regard to information and communications technology
- Managing strategically on the basis of a broad approach to the state of and challenges faced by health and welfare sector

#### *Support for development of the sector*

The Inquiry proposes that the work of central government on knowledge support be made more coordinated and better adapted to the needs of the users, with regard to both content and form. Observations made in supervision are also used as support in the gradual development of knowledge.

The Inquiry also proposes that the local and regional authorities be given a clearer place in the work on guidelines and other knowledge bases that contain priority-setting.

In addition, the Inquiry proposes that procedures be developed for a continuous dialogue between local and regional authorities, universities and other players on the training needs of the sector and its need for research.

It is proposed that the legislation on regional specific Drug Therapeutic Committees be abolished.

#### *Ensuring quality in all providers*

The Inquiry proposes that the supervisory activity of central government be strengthened and enhanced. The balance between strict audit on the one hand and advice and guidance on the other is to be clarified. An integrated and strengthened supervisory function should ensure that laws and regulations are complied with.

*Coordinating and supporting key functions for the sector's information and communication needs*

The Inquiry proposes that central government brings together and strengthens its initiatives to support the needs of the health care and social services sector for joint IT and communications solutions. Central government needs to coordinate its own efforts in the area and also be a party to the interaction with other players that are involved in building national solutions.

*Strengthened strategic management*

The Inquiry proposes that central government establish a function that provides a basis for broad and long-term political assessments and priority-setting in health care and social services.

The Inquiry also proposes that the interaction between the Government and the responsible authorities be given a structure that facilitates a long-term approach and focus. Among other things, the process that leads to agreements should be given a clear form that is supported by both knowledge base and practical support.

**Organisational proposals**

To facilitate modernisation, the Inquiry proposes a collective organisational approach in which a new agency structure is shaped according to the needs of tomorrow.

The Inquiry therefore proposes that ten current government agencies<sup>1</sup>, a non-profit association<sup>2</sup> and a state-owned company<sup>3</sup> be replaced by four new agencies:

- the **Knowledge Agency** for Public Health, Health Care and Social Services

---

<sup>1</sup> The National Board of Health and Welfare, the Medical Products Agency, the Dental and Pharmaceutical Benefits Agency, the Swedish Council on Technology Assessment in Health Care, the Swedish National Institute of Public Health, the Swedish Institute for Infectious Disease Control, the Swedish Agency for Health and Care Services Analysis, Handisam, the Swedish Intercountry Adoptions Authority and the Swedish National Council on Medical Ethics

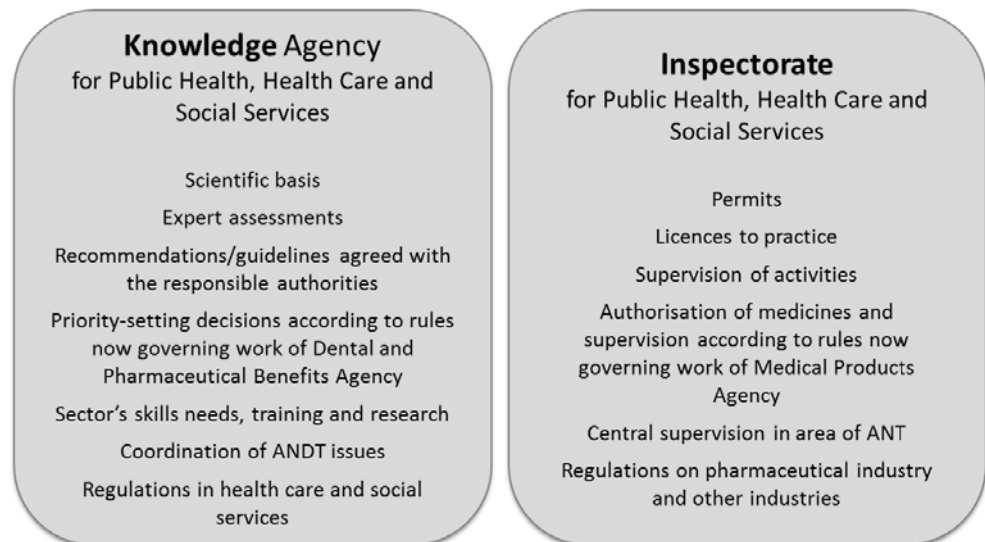
<sup>2</sup> Apotekens Service AB

<sup>3</sup> The Swedish Institute of Assistive Technology

- the **Inspectorate** of Public Health, Health Care and Social Services
- the **Infrastructure Agency** for Public Health, Health Care and Social Services
- the Agency for **Welfare Strategy**

It is proposed that these four agencies be given a joint overarching remit to work in cooperation to promote the health of the population and ensure good health care and social services for those who need them.

Two of the agencies, the Knowledge Agency and the Inspectorate will work with health care and social services as their principal target groups: professions, responsible authorities, patients and service users etc. Both will have important roles to play in the continuous development of the sector, where continuous learning and development lead to successive improvements.



The Infrastructure Agency for Public Health, Health Care and Social Services supports the development of the IT and a communication structure of the whole sector and also assists the other three agencies in the health care and social services sector with IT support and communication channels.

### **Infrastructure Agency**

for Public Health, Health Care and  
Social Services

Standards and regulatory instruments

Infrastructure for data management

Web portal and other communication  
channels

Databases, registers and IT systems for  
pharmacy market

Interaction with other players in the area

The Agency for Welfare Strategy supports strategic overview and policy.

### **Agency for Welfare Strategy**

Use and development of Open Comparisons

Other data, evaluation and analyses of  
health and welfare

Support for Government's strategic  
management

Three of the agencies, the Knowledge Agency, the Inspectorate and the Infrastructure Agency, will be operational. The Agency for Health Strategy will be given a more strategic way of working. The remits of all four agencies will include successively developing work content and procedures.

#### *New ways of working*

All four agencies are to develop procedures that make it possible to use skills throughout the country.

It is proposed that all the agencies should develop various forms of employment and procedures that make it possible to engage staff in several places. The opportunities for decentralised ways of working provided by new technology create important conditions for modernisation.

The Inspectorate, at least, needs a regionalised organisation adapted to the division proposed by the Regions Inquiry<sup>4</sup>. If the Knowledge Agency chooses a regional division, it should be co-sited with the Inspectorate's regional organisation.

The head offices are to be co-sited to facilitate interaction between the agencies.

#### **Consequences for the activities of present agencies**

Our proposal is based on how central government could better support the future needs and challenges of health care and social services. The area of knowledge appears as a hub in this work. It is therefore the agencies that have the task of developing knowledge in various parts of health care and social services that are most affected by our proposals.

The agencies we propose should be phased out are: the National Board of Health and Welfare, the Medical Products Agency, the Dental and Pharmaceutical Benefits Agency, the Swedish Council on Technology Assessment in Health Care, the National Institute of Public Health, the Swedish Institute for Infectious Disease Control, the Swedish Agency for Health and Care Services Analysis, the Swedish National Council on Medical Ethics, Handisam (the Swedish Agency for Disability Policy Coordination) and the

---

<sup>4</sup> Review of central government regional administration etc. Terms of Reference 2009:62

Swedish Intercountry Adoptions Authority. It is also proposed that the Swedish Institute of Assistive Technology and Apotekens Service AB be phased out. The skills and work tasks of the organisations would be transferred to the new agencies.

## Alternatives considered

The Inquiry has considered a number of alternative organisational solutions that could respond to our fundamental ambitions and proposals.

The Inquiry has, among other alternatives, examined the idea of forming an Inspectorate, and IT agency and a strategic authority to allow knowledge support to remain in the present agencies. This could be done by dividing off the National Board of Health and Welfare's supervision to a new independent agency, creating a new IT agency and broadening the remit of the Swedish Agency for Health and Care Services Analysis.

We have also examined the idea of merging some of the present agencies which have related activities into larger units. This might, for example, mean merging the National Board of Health and Welfare and the Swedish Council on Technology Assessment in Health Care, merging the National Institute of Public Health and the Swedish Institute for Infectious Disease Control and merging the Medical Products Agency and the Dental and Pharmaceutical Benefits Agency.

In addition, we have examined ways of meeting the challenges of the future without making any organisational changes at all.

Our assessment is that these alternatives would not be effective. We present several reasons for this assessment, but in particular we consider that the creation of integrated knowledge support is a key factor that would be lost in all these alternative solutions.

## Implementation

It is proposed that the new agencies begin work on 1 January 2014. Until the new structure is in place, the present agencies will continue to be responsible for their tasks.

The Inquiry considers around nine months of preparation to be required from the time when the organising committees and di-

rector-generals are in place to when the new structure is established. We therefore propose that the Government submits a special Bill to the Riksdag for a decision at the beginning of 2013, to ensure introduction on 1 January 2014.

In a political and administrative perspective, eighteen months may be regarded as a short time, but for the sector, the agencies and the affected staff a longer implementation process could lead to uncertainty, loss of skills and loss of production.

As so many agencies are affected, a comprehensive responsibility for the transformation needs to be clearly designated. The Inquiry's proposal is that a joint project manager should be appointed at the Ministry. The project manager is to act as a link between the new and old agency structures and to the department.

The terms of reference for the organising committees should make clear the Government's choice of location for the new agencies. The Government should, in addition, indicate in the terms of reference the form of management and the principal remit of the new agencies and task them with drawing up final suggestion for instructions and appropriation directions.

The phasing-out of the present agencies should be dealt with by a joint Phasing-Out Agency.

## Consequences and effects

The Inquiry's proposal has consequences for the majority of the existing agencies in the sector. The proposal does not signify any changes in central government commitments, but many tasks have to be fulfilled and developed further on the basis of new conditions and ambitions.

The new agency structure, taken together, provides opportunities for savings, both for central government and for health care and social services as a whole. It is estimated that the proposal will lead to a reduction of around 20% in the long-term costs of the central-government service providers. The saving in the central-government budget is estimated at around 15%. It is estimated that the proposal will reduce the number of full-time equivalent employees by around 550.

The table below summarises the Inquiry's overall assessment of the resources required by the new agencies, expressed as the sum of employees and hired-in full-time equivalents.

### Number of full-time equivalent employees, own and hired-in, in the new agencies<sup>5</sup>

	Knowledge support	Regulation	Supervision	ITC	Over-view	Other outward	Internal work	Total
Knowledge Agency	500	50		5	10	40	125	730
Inspectorate	10	350	500	5	5		175	1045
ITC				250		5	20	275
Health Strategy					75	25	15	115
<b>Total</b>	<b>510</b>	<b>400</b>	<b>500</b>	<b>260</b>	<b>90</b>	<b>70</b>	<b>335</b>	<b>2 165</b>

The new agencies will be mainly funded in the same way as the present-day agencies. With regard to knowledge support on pharmaceutical issues for health care and social services, it is proposed that central government should take over responsibility for funding from industry. This represents an increase in costs for central government of around 70 full-time equivalent employees or SEK 70 million, and an equivalent decrease in costs for industry.

The table below shows the Inquiry's estimate of costs to central government over the next few years, including phase-out costs:

#### Difference in level of appropriation in central government budget in present-day and proposed agency structure (SEK million)

Agency	2013	2014	2015	2016	2017
Present-day	1 728	1 758	1 799	1 831	1 865
Proposed		1 477	1 506	1 537	1 567
Phase-cut	20	500	150	50	0
<b>New level</b>	<b>1 748</b>	<b>1 977</b>	<b>1 656</b>	<b>1 587</b>	<b>1 567</b>
<b>Saving</b>	<b>-20</b>	<b>-219</b>	<b>+143</b>	<b>+244</b>	<b>+298</b>

#### *Consequences for the agencies' employees*

Around 2 700 full-time equivalents, of whom 1 950 are women and 750 men, are affected by the proposals.

The Inquiry estimates that most of the employees in the present agencies will be transferred to positions in the new agencies. The new agencies must be manned in compliance with the rules contained in Section 6b of the Employment Protection Act (1982:80).

<sup>5</sup> The Inquiry's own overall estimate.



In the event of surplus numbers, the Central Government Job Security Agreement will be applicable.

*Consequences for public health work and disability issues*

The Inquiry's proposal to integrate the work on public health issues and disability issues is intended to produce a greater impact, both at the overarching level of society through the Agency for Health Strategy and in practical health care and social services, through the Knowledge Agency. In addition, the responsibility of other sector authorities (as authorities for housing, transport etc.) for the integration of public health and disability-perspectives under their particular areas of responsibility is retained.

Overall, the Inquiry judges that the integration of these issues will result in a greater impact.

*Consequences for health care and social services*

The proposals will, in several ways, bring about simplification for patients, service users, service-providers, professions, heads of units, contractors and authorities on regional and local level.

The proposals will not in themselves solve the sector's problems, but they mean that health care and social services can deal with a central-government that is significantly more coherent, clear and easy to cooperate with.

# Författningsförslag

## **1 Förslag till lag (000:000) om upphävande av lagen (1996:1157) om läkemedelskommittéer;**

Härigenom föreskrivs att lagen (1996:1157) om läkemedelskommittéer ska upphöra att gälla vid utgången av december 2013.

## **2 Förslag till förordning med instruktion för Kunskaps- myndigheten för hälsa, vård och omsorg;**

Regeringen föreskriver följande.

### **Uppgifter**

**1 §** Kunskapsmyndigheten för hälsa, vård och omsorg ska i samarbete med Inspektionen för hälsa, vård och omsorg, Infrastrukturmyndigheten för hälsa, vård och omsorg och Myndigheten för välfärdsstrategi stödja en långsiktig utveckling av vården och omsorgen inom Sverige och EU. Myndigheten ska utgå ifrån att vården och omsorgen ska erbjudas på lika villkor för medborgarna och med respekt för varje människas eget värde. Myndigheten ska inom ramen för sitt arbete främja människors hälsa och delaktighet i samhället.

**2 §** Kunskapsmyndigheten för hälsa, vård och omsorg ansvarar för att kunskap successivt utvecklas och når ut till vården och omsorgen. Myndigheten ska inneha kunnande bl.a. inom hälso- och sjukvård, socialtjänst, läkemedel, tandvård, smittskydd, socialt omhändertagande, ledarskap, etiska frågor, förebyggande- och hälsofrämjande arbete och funktionshindersfrågor. Myndigheten ska även inneha kunnande om förebyggande metoder inom ANDT-området.

**3 §** Myndigheten har ett sektorsansvar för genomförandet av de funktionshinderspolitiska målen inom vården och omsorgen.

**4 §** Myndigheten har ett särskilt ansvar för genomförandet av de folkhälsopolitiska målen inom vården och omsorgen.

**5 §** Myndigheten ska främja befolkningens skydd mot smittsamma sjukdomar och bidra till att landets smittskydd fungerar effektivt.

**6 §** Myndigheten ansvarar för frågor om subventionering och prisreglering av varor som ingår i läkemedelsförmånerna. Myndigheten ska genom denna verksamhet medverka till en ändamålsenlig och

kostnadseffektiv läkemedelsanvändning samt god tillgänglighet till läkemedel i samhället.

7 § Myndigheten ansvarar för beslut om utformningen av det statliga tandvårdsstödet i fråga om ersättningsberättigande åtgärder, referenspriser samt beloppsgränser och ersättningsgrader inom skyddet mot höga kostnader.

8 § Myndigheten ansvarar för

- donationsregistret, hälsodataregister samt för att ta fram och utveckla statistik och register inom sitt verksamhetsområde och
- officiell statistik enligt förordningen (2001:100) om den officiella statistiken.

9 § Myndigheten ska ta fram kunskapsunderlag och riktlinjer för vården och omsorgen.

Myndigheten ska i samverkan med forskningen systematiskt identifiera områden som är i behov av kunskap.

10 § Myndigheten ansvarar för sådana föreskrifter och allmänna råd som anknyter till myndighetens verksamhetsområde enligt vad som anges i särskild författning.

Myndigheten ska se till att de regelverk och rutiner som myndigheten ansvarar för är kostnadseffektiva och enkla för medborgare och företag.

11 § Myndigheten prövar frågor om statsbidrag.

### **Ansvar i samband med smittutbrott**

12 § Myndigheten ska ansvara för en central fältepidemiologisk grupp med uppgift att bistå myndigheter, landsting, kommuner och organisationer med expertstöd

1. vid konstaterade eller misstänkta utbrott av allvarliga smittsamma sjukdomar, och
2. vid utvärdering av risker och behov av förebyggande åtgärder när det gäller utbrott av allvarliga smittsamma sjukdomar.

13 § Den centrala fältepidemiologiska gruppen får bistå med expertstöd vid katastrofer eller allvarliga utbrott av smittsamma sjukdomar i andra länder och stödja svenska civila och militära internationella krishanteringsinsatser.

Myndigheten får endast besluta om internationella insatser enligt första stycket under förutsättning att insatserna finansieras av någon annan än myndigheten.

Myndigheten ska före beslut om internationella insatser samråda med Regeringskansliet (Socialdepartementet) om de åtgärder myndigheten avser att vidta. Vid insatser som rör bistånd ska myndigheten dessutom samråda med Styrelsen för internationellt utvecklingsarbete (Sida).

### **Särskilda uppgifter som rör smittskydd, katastrofmedicin och krisberedskap**

14 § Myndigheten ska

1. utföra mikrobiologiska laboratorieundersökningar som är av unik natur eller som av andra skäl inte utförs av andra laboratorier, och
2. svara för stöd till kvalitets- och metodutveckling vid laboratorier som bedriver diagnostik av betydelse för landets smittskydd.

15 § Myndigheten får

1. inom sitt ansvarsområde och om verksamheten i övrigt medger det utföra uppdrag inom eller utom landet,
2. bedriva forskning som är nödvändig för att myndighetens uppdrag ska kunna fullgöras, och
3. i samarbete med laboratorier utföra diagnostiska undersökningar som även kan utföras av andra laboratorier (rutindiagnostik), om undersökningarna är nödvändiga för myndighetens kompetensförsörjning.

16 § Myndigheten ska

1. tillhandahålla ett säkerhetslaboratorium som uppfyller kriterierna för högsta skyddsnivå enligt föreskrifter om mikrobiologiska arbetsmiljörisker som Arbetsmiljöverket har meddelat med stöd av 18 § arbetsmiljöförordningen (1977:1166),
2. upprätthålla diagnostisk beredskap, inklusive jourverksamhet, i syfte att kunna analysera prov med misstanke om allvarlig smitta,

3. utföra mikrobiologiska laboratorieundersökningar av högsmittsamma ämnen som innebär särskild fara för människors hälsa,
4. bedriva omvärldsbevakning av högsmittsamma ämnen som utgör särskild fara för människors hälsa, samt
5. upprätthålla förmåga att stödja andra myndigheter med kompetens inom området.

17 § Myndigheten ska fullgöra de uppgifter som ska utföras av myndigheter på medlemsstatsnivå enligt Europaparlamentets och rådets beslut 2119/98/EG av den 24 september 1998 om att bilda ett nätverk för epidemiologisk övervakning och kontroll av smittsamma sjukdomar i gemenskapen (senast ändrat genom Europaparlamentets och rådets förordning (EG) nr 596/2009 av den 18 juni 2009) i fråga om

- epidemiologisk övervakning av vissa grupper av smittsamma sjukdomar, och
- ett system för tidig varning och reaktion för förebyggande och kontroll av dessa sjukdomar.

18 § Myndigheten ska fullgöra de uppgifter som ska utföras av ett erkänt behörigt organ enligt Europaparlamentets och rådets förordning (EG) nr 851/2004 av den 21 april 2004 om inrättande av ett europeiskt centrum för förebyggande och kontroll av sjukdomar.

19 § Myndigheten ska samordna en beredskap mot allvarliga hälsohot enligt lagen (2006:1570) om internationella hot mot människors hälsa.

20 § Myndigheten ska

1. samordna uppföljningen av Sveriges åtaganden enligt FN:s generalförsamlings resolution S-26/2 angående hiv/aids antagen den 2 augusti 2001, och
2. svara för Sveriges åtaganden att följa förekomsten av poliovirus hos människor och i miljön samt att avlägsna poliovirus från laboratorier inom ramen för Världshälsoorganisationens (WHO) arbete med polioutrotning.

21 § Myndigheten ska samordna och lämna underlag till regeringen (Socialdepartementet) inför återkommande rapportering till

1. EU och Världshälsoorganisationen (WHO) om konsumtion, vanor, skadeutveckling och policyutveckling för alkohol och tobak, och

2. FN:s kontor mot narkotika och brottslighet (UNODC).

22 § Myndigheten ska vara nationell enhet (s.k. focal point) för

1. Europeiska centrumet för kontroll av narkotika och narkotikamissbruk (ECNN),

2. EU:s hälsoprogram, och

3. icke smittsamma sjukdomar (NCD) inom WHO:s Europa-region.

23 § Myndigheten har ett samlat ansvar för att expertis utvecklas och upprätthålls samt att kunskap sprids om

1. katastrofmedicin, och

2. inom myndighetens verksamhetsområde, krisberedskap.

Myndigheten ska verka för att expertis inom dessa områden står till samhällets förfogande vid kriser och katastrofer.

Inom ramen för vad som sägs i första stycket, får myndigheten finansiera verksamhet som bedrivs i kunskapscenter vid de myndigheter som valts ut av Kunskapsmyndigheten i syfte att upprätthålla kvalificerad nationell kompetens inom katastrofmedicin och krisberedskap. Myndigheten ska besluta om inriktningen för sådan verksamhet som avses ovan och som finansieras av myndigheten samt stödja, följa upp och se till att verksamheten bedrivs effektivt.

24 § Myndigheten ska

– medverka i totalförsvaret och i krisberedskap i enlighet med förordningen (2006:942) om krisberedskap och höjd beredskap samt samordna och övervaka planläggningen av den civila hälso- och sjukvårdens, hälsoskyddets, smittskyddets och socialtjänstens beredskap,

– på regeringens uppdrag samordna förberedelserna för försörjningen med läkemedel och sjukvårdsmateriel inför höjd beredskap, för att upprätthålla en katastrofmedicinsk beredskap och inför allvarliga utbrott av smittsamma sjukdomar.

– vara sammanhållande myndighet i fråga om 2002 års nordiska hälsoberedskapsavtal och verka för att intentionerna i avtalet genomförs.

## Samverkan

25 § Myndigheten ska bistå Inspektionen för hälsa, vård och omsorg med de underlag som Inspektionen behöver för sin verksamhet. Myndigheten ska även vid begäran förse regeringen och övriga myndigheter med underlag.

26 § Myndigheten ska hålla sig underrättad om det arbete som utförs av Inspektionen för hälsa, vård och omsorg i den mån det behövs för att myndigheten ska kunna fullgöra sina uppgifter.

27 § Myndigheten ska förmedla information om sin verksamhet via Infrastrukturmyndigheten för hälsa, vård och omsorg.

28 § Myndigheten ska särskilt samverka med Försäkringskassan, Arbetsförmedlingen och Arbetsmiljöverket i syfte att uppnå en effektivare användning av tillgängliga resurser inom rehabiliteringsområdet.

Det ingår även i myndighetens uppgifter gentemot andra myndigheter att upphandla vissa varor och tjänster på tillgänglighetsområdet.

## Ledning

29 § Myndigheten leds av en myndighetschef.

## Rådgivande organ

### Nationella rådet för organ- och vävnadsdonation

30 § Nationella rådet för organ- och vävnadsdonation har till uppgift att

- vara ett kunskapscentrum i donations- och transplantationsfrågor,
- ha en opinionsbildande roll och se till att allmänheten och massmedierna får kontinuerlig information i donationsfrågor,
- följa utvecklingen inom hälso- och sjukvården i donations- och transplantationsfrågor och ta de initiativ denna kan ge anledning till,



- medverka i kvalitetssäkring och utbildning av donationsansvarig läkare och kontaktansvarig sjuksköterska,
  - medverka vid internationella kontakter och i framtagandet av nyckeltal,
  - ge vägledning i etiska frågor, samt
  - svara för frågor som gäller donationskort.
- Om myndigheten bestämmer det, får rådet även fullgöra andra uppgifter.

**31 §** Rådet består av en ordförande och sju andra ledamöter. Rådet utses av regeringen för en bestämd tid.

### **Beslutande organ**

#### **Statens beredning för utvärdering i vård och omsorg, SBU**

**32 §** Inom myndigheten finns en särskild nämnd som benämns Statens beredning för utvärdering i vård och omsorg, SBU. Nämnden har till uppgift att

- besluta om projekt som har till syfte att vetenskapligt granska och utvärdera tillämpade och nya metoder i vården och omsorgen ur ett medicinskt, ekonomiskt, samhälleligt och etiskt perspektiv, och
- fastställa sammanfattningar och slutsatser i de granskningar som myndigheten genomför.

Nämnden ska vara kontaktmyndighet i internationella frågor som rör utvärdering av medicinska metoder och stödja såväl det europeiska samarbetet som övrigt internationellt arbete.

**33 §** Nämnden består av myndighetens chef och högst 11 ledamöter.

Ledamöterna utses av regeringen.

#### **Rådet för nationella riktlinjer**

**34 §** Vid myndigheten finns ett beslutande organ som benämns Rådet för nationella riktlinjer. Rådet har till uppgift att besluta om på vilka områden riktlinjer ska tas fram och fastställa deras innehåll.

35 § Rådet består av myndighetens generaldirektör, som är ordförande i rådet, och fem andra ledamöter. En ledamot utses av generaldirektören och ska representera staten. Övriga ledamöter utses av Sveriges Kommuner och Landsting, varav två ska representera kommunerna och två landstingen.

### **Nämnden för läkemedelsförmåner och Nämnden för statligt tandvårdsstöd**

#### *Nämnden för läkemedelsförmåner*

36 § Inom myndigheten finns ett särskilt beslutsorgan som benämns Nämnden för läkemedelsförmåner. Nämnden beslutar

- om allmänna riktlinjer för subvention och prissättning,
- om subventionering och prisreglering av nya originalläkemedel inklusive medicinska gaser, nya licensläkemedel, nya förbrukningsartiklar och nya beredningsformer av redan tidigare subventionerade läkemedel,

- på eget initiativ eller efter ansökan om ändrade villkor för att ett visst läkemedel eller en viss vara ska ingå i läkemedelsförmånerna,

- på eget initiativ att ett visst läkemedel eller en viss vara inte längre ska ingå i läkemedelsförmånerna,

- om föreskrifter enligt bemyndigandet i 5 § förordningen (2002:687) om läkemedelsförmåner m.m. samt allmänna råd om receptfria läkemedel,

- om föreskrifter enligt bemyndigandet i 21 § förordningen om läkemedelsförmåner m.m. samt allmänna råd om verkställighet av sådana frågor som nämnden beslutar om, samt

- i andra frågor som myndighetschefen förelägger nämnden.

Nämnden består av en ordförande och sex ledamöter. För ordföranden ska en vice ordförande utses.

#### *Nämnden för statligt tandvårdsstöd*

37 § Inom myndigheten finns ett särskilt beslutsorgan som benämns Nämnden för statligt tandvårdsstöd. Nämnden beslutar om

- föreskrifter enligt bemyndigande i förordningen (2008:193) om statligt tandvårdsstöd, samt
  - allmänna råd inom sitt ansvarsområde.
- Nämnden består av en ordförande och sex ledamöter. För ordföranden ska en vice ordförande utses.

**38 §** Nämnden för statligt tandvårdsstöd ska utforma sina beslut så att utgifterna för det statliga tandvårdsstödet ryms inom ram för anvisade medel på statsbudgeten. Om utgifterna bedöms överstiga anvisade medel ska nämnden vid behov snarast möjligt besluta om ändringar i de föreskrifter som avses i 37 §.

#### *Myndighetschefen*

**39 §** Myndighetschefen beslutar om föreskrifter och allmänna råd om

- hur inköpspris och försäljningspris enligt 7 § lagen (2002:160) om läkemedelsförmåner m.m. ska fastställas,
- utbyte av läkemedel enligt 21 § lagen om läkemedelsförmåner m.m., samt
- storleken på de avgifter Infrastrukturmyndigheten för hälsa, vård och omsorg får ta ut av öppenvårdsapoteken enligt 25 § lagen (1996:1156) om receptregister och 14 § lagen (2005:258) om läkemedelsförteckning.

Myndighetschefen avgör dessutom övriga ärenden som inte ska avgöras av beslutsorganen eller av personalansvarsnämnden.

#### *Handläggningen i Nämnden för läkemedelsförmåner och Nämnden för statligt tandvårdsstöd*

**40 §** Myndighetschefen eller den myndighetschefen utser är föredragande i Nämnden för läkemedelsförmåner och Nämnden för statligt tandvårdsstöd.

**41 §** Nämnderna är beslutföra när ordföranden och minst hälften av de andra ledamöterna är närvarande.

När ärenden av större vikt handläggs ska om möjligt samtliga ledamöter vara närvarande.

Myndighetschefen har rätt att delta i nämndernas sammanträden. Vid behov kan nämnderna tillfälligt adjungera en eller flera experter med särskild sakkunskap. Myndighetschefen och adjungerade experter har rätt att yttra sig men deltar inte i besluten.

42 § Om ett ärende är så brådskande att nämnden inte hinner sammanträda för att behandla det, får ärendet avgöras genom meddelanden mellan ordföranden och minst så många ledamöter som behövs för beslutförhet. Om detta förfarande inte kan tillämpas, får ordföranden ensam avgöra ärendet. Ett sådant beslut ska anmälas vid nästa sammanträde med nämnden.

### *Uppdrag*

43 § Ordföranden, vice ordföranden samt ledamöterna och personliga ersättare för dessa i Nämnden för läkemedelsförmåner och Nämnden för statligt tandvårdsstöd utses av regeringen för en bestämd tid.

### **Rikssjukvårdsnämnden**

44 § Inom myndigheten finns ett särskilt beslutsorgan som benämns Rikssjukvårdsnämnden, som har till uppgift att fatta beslut om rikssjukvård enligt 9 a och 9 b §§ hälso- och sjukvårdslagen (1982:763).

Om myndigheten bestämmer det, får nämnden även fullgöra andra uppgifter.

Rikssjukvårdsnämnden består av en ordförande samt nio andra ledamöter, varav sex ska representera landstingen, en myndighetens nämnd Statens beredning för utvärdering i vård och omsorg (SBU) och en Vetenskapsrådet. Ordföranden i nämnden och ställföreträdaren för denne ska vara representanter från myndigheten.

### **Giftinformation**

45 § Myndigheten ska lämna giftinformation genom Giftinformationscentralen.

## Anställning

46 § Generaldirektören är myndighetschef.

## Personalansvarsnämnd

47 § Vid myndigheten ska det finnas en personalansvarsnämnd.

## Tillämpligheten av viss förordning

48 § Personalföreträdarförordningen (1997:1101) ska tillämpas på myndigheten.

49 § Internrevisionsförordningen (2006:1228) ska tillämpas på myndigheten.

## Avgifter

50 § Myndigheten ska ta ut avgifter för

1. diagnostiska undersökningar som avses i 14 § 1, 15 § 3 och 16 § 3,
2. uppdragsverksamhet som avses i 15 § 1.
3. internationella insatser som avses i 13 § första och andra styckena.

Myndigheten ska besluta om avgifternas storlek och disponera inkomsterna i verksamheten. Avgifterna för sådana diagnostiska undersökningar som avses i 15 § 3, uppdragsverksamhet som avses i 15 § 1 och internationella insatser som avses i 13 § första och andra styckena, får bestämmas upp till full kostnadstäckning.

---

## Övergångsbestämmelser

1. Denna förordning träder i kraft den 1 januari 2014.
2. Genom denna förordning upphör förordningen (2007:1134) med instruktion för Myndigheten för handikappolitisk samordning, förordningen (2007:1206) med instruktion för Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket, förordningen (2007:1233) med

instruktion för Statens beredning för medicinsk utvärdering, förordning (2009:267) med instruktion för Statens folkhälsoinstitut, förordningen (2009:1243) med instruktion för Socialstyrelsen och förordningen (2010:604) med instruktion för Smittskyddsinstitutet.

3. Beslut som har meddelats av Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket, Statens folkhälsoinstitut och Socialstyrelsen enligt äldre föreskrifter och som rör Kunskapsmyndighetens verksamhetsområde gäller fortfarande och ska anses ha meddelats av Kunskapsmyndigheten.

4. Berörda myndigheter ska till Kunskapsmyndigheten för hälsa, vård och omsorg överlämna handlingar i ärenden inom områden som innefattas i Kunskapsmyndighetens ansvar och som har inletts hos myndigheterna före den 1 januari 2014 men ännu inte har avgjorts.

### 3 Förslag till förordning med instruktion för Inspektionen för hälsa, vård och omsorg;

Regeringen föreskriver följande.

#### Uppgifter

1 § Inspektionen för hälsa, vård och omsorg ska i samarbete med Kunskapsmyndigheten för hälsa, vård och omsorg, Infrastrukturmyndigheten för hälsa, vård och omsorg och Myndigheten för välfärdsstrategi stödja en långsiktig utveckling av vården och omsorgen inom Sverige och EU. Myndigheten ska utgå ifrån att vården och omsorgen ska erbjudas på lika villkor för medborgarna och med respekt för varje människas eget värde. Myndigheten ska vidare inom ramen för sitt arbete främja människors hälsa och delaktighet i samhället.

Myndigheten ska säkra vård- och omsorgssektorns kvalitet, bl.a. genom tillsyn samt utfärdande av godkännanden, tillstånd och legitimationer. Myndighetens ansvar gäller i den utsträckning sådana frågor inte ska handläggas av någon annan myndighet.

Myndigheten har även andra uppgifter som följer av denna förordning eller av andra föreskrifter eller särskilda beslut.

#### Vård- och omsorg och andra näraliggande områden

2 § Myndigheten ansvarar för

- tillsynen över hälso- och sjukvården och dess personal, socialtjänsten, sådana särskilda ungdomshem som avses i lagen (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga och LVM-hem enligt lagen (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall,

- tillståndsprövningen och anmälningsplikten av verksamheter och legitimationer och annan behörighet inom vård och omsorgsområdet,

- att ta emot anmälningar om missförhållanden, allvarliga vårdskador etc. inom vård och omsorgsområdet,

- den centrala tillsynen samt kontrollen och tillståndsprövningen inom områdena alkohol, narkotika och tobak samt området hälsofarliga varor,

- att bevaka och utreda behovet av kontroll av varor enligt lagen om förbud mot vissa hälsofarliga varor,
- att bevaka och utreda behovet av narkotikaklassificering av sådana varor som inte utgör läkemedel,
- kontrollen av dokument m.m. för vintransporter enligt förordningen (1999:1148) om EG:s förordningar om jordbruksprodukter,
- tillsynen över smittskyddet, och
- tillsynen i frågor som gäller hälsoskydd enligt 2, 5, 6 och 9 kap. miljöbalken och att tillhandahålla underlag för tillämpning av 3 och 4 kap. miljöbalken och plan- och bygglagen (2010:900).

## Läkemedel m.m.

### 3 § Myndigheten ansvarar för

- utfärdande av godkännanden och kontrollen och tillsynen av läkemedel,
- tillsynen av medicintekniska produkter,
- kontrollen och tillsynen av kosmetiska och hygieniska produkter samt vissa andra produkter som med hänsyn till egenskaper eller användning står läkemedel nära,
- tillståndsprovningen och tillsynen i frågor om handel med läkemedel och maskinell dosdispensering, och
- efterlevnaden av lagen (2002:160) om läkemedelsförmåner m.m. och av föreskrifter och villkor som har meddelats i anslutning till lagen.

### 4 § Myndigheten ska fullgöra de uppgifter som

- ankommer på behörig myndighet enligt rådets förordning (EG) nr 953/2003 av den 26 maj 2003 om förhindrande av att handeln med vissa viktiga mediciner avleds till Europeiska unionen, ändrad genom kommissionens förordning (EG) nr 1662/2005 av den 11 oktober 2005 om ändring av bilaga I till rådets förordning (EG) nr 953/2003 om förhindrande av att handeln med vissa viktiga mediciner avleds till Europeiska unionen, och
- en behörig myndighet har enligt artiklarna 14 och 16.3 i Europaparlamentets och rådets förordning (EG) nr 816/2006 av den 17 maj 2006 om tvångslicensiering av patent för tillverkning av läkemedelsprodukter för export till länder med folkhälsoproblem.



## Internationella adoptionsfrågor

### 5 § Myndigheten ansvarar för

– de uppgifter som åligger myndigheten enligt lagen (1997:191) med anledning av Sveriges tillträde till Haagkonventionen om skydd av barn och samarbete vid internationella adoptioner

– frågor om auktorisation av och tillsyn över sammanslutningar som arbetar med internationell adoptionsförmedling samt godkännanden av utländska beslut om adoption.

Myndigheten fördelar statsbidrag till auktoriserade adoptions-sammanslutningar och till organisationer för adopterade.

### 6 § Myndigheten ska i denna verksamhet beakta Förenta nationernas konvention om barnens rättigheter.

### 7 § Myndigheten ska särskilt

– övervaka att de svenska auktoriserade sammanslutningarnas arbete med internationell adoptionsförmedling sker i enlighet med lag och principen om barnets bästa, såsom denna har kommit till uttryck i Förenta nationernas konvention om barnets rättigheter och i 1993 års Haagkonvention om skydd av barn och samarbete vid internationella adoptioner samt på ett etiskt godtagbart sätt i övrigt,

– följa den internationella utvecklingen på sitt område och samla information i frågor som rör adoption av utländska barn,

– följa utvecklingen av kostnaderna för adoption av utländska barn,

– bedriva informationsverksamhet samt lämna upplysningar och biträde åt myndigheter och organisationer, och

– utarbeta den särskilda information som behövs för bedömning av ett hems lämplighet att ta emot ett barn med hemvist utomlands i syfte att adoptera det.

Därutöver får myndigheten förhandla med myndigheter och organisationer i andra länder om frågor inom myndighetens verksamhetsområde.

## Regelgivning

8 § Myndigheten ansvarar för sådana föreskrifter och allmänna råd som anknyter till myndighetens verksamhetsområde enligt vad som anges i särskild författning.

Myndigheten ska se till att de regelverk och rutiner som myndigheten ansvarar för är kostnadseffektiva och enkla för medborgare och företag.

## Övriga uppgifter

9 § Myndigheten ska

– inom sitt verksamhetsområde verka för att det generationsmål för miljöarbetet och de miljökvalitetsmål som riksdagen har fastställt nås genom att följa upp, utvärdera och sprida kunskap om hur människors hälsa ska utsättas för minimal negativ miljöpåverkan samtidigt som miljöns positiva påverkan på människors hälsa främjas samt vid behov föreslå åtgärder för miljöarbetets utveckling,

– fullgöra de uppgifter som ankommer på behörig myndighet enligt Europaparlamentets och rådets förordning (EG) nr 2006/2004 av den 27 oktober 2004 om samarbete mellan de nationella tillsynsmyndigheter som ansvarar för konsumentskyddslagstiftningen, i fråga om efterlevnaden av sådana regler som verket har tillsyn över, och

– vara behörig myndighet för yrken inom hälso- och sjukvården enligt Europaparlamentets och rådets direktiv 2005/36/EG av den 7 september 2005 om erkännande av yrkeskvalifikationer, senast ändrat genom kommissionens förordning (EU) nr 213/2011.

## Samverkan

10 § Myndigheten ska bistå Kunskapsmyndigheten för hälsa, vård och omsorg med de underlag som Kunskapsmyndigheten behöver för sin verksamhet. Myndigheten ska även vid begäran förse regeringen och övriga myndigheter med underlag.

11 § Myndigheten ska hålla sig underrättad om det arbete som utförs av Kunskapsmyndigheten för hälsa, vård och omsorg i den mån det behövs för att myndigheten ska kunna fullgöra sina uppgifter.

12 § Myndigheten ska förmedla sin information via Infrastrukturmyndigheten för hälsa, vård och omsorg.

13 § Myndigheten ska

- löpande samråda med Konsumentverket på de områden där myndigheterna har ett gemensamt tillsynsansvar,
- samråda med de adopterades organisationer och med andra myndigheter och organisationer vars verksamhet berör internationella adoptionsfrågor,
- stödja Kunskapsmyndigheten för vård- och omsorg i sitt arbete med beredningsplanering på läkemedelsområdet, och
- i fråga om sitt miljöarbete enligt 9 § rapportera till Naturvårdsverket och samråda med verket om vilken rapportering som behövs.

### Ledning

14 § Myndigheten leds av en styrelse.

Styrelsen ska bestå av högst sju ledamöter.

### Särskilda organ

#### Rådet för vissa rättsliga sociala och medicinska frågor

15 § Inom myndigheten finns ett särskilt beslutsorgan som benämns rådet för vissa rättsliga sociala och medicinska frågor, som har till uppgift att avgöra

- rättsmedicinska ärenden,
- ärenden om fastställelse av könstillhörighet eller tillstånd till ingrepp i könsorgan enligt lagen (1972:119) om fastställande av könstillhörighet i vissa fall,
- ärenden om tillstånd till sterilisering,
- ärenden om tillstånd till kastrering,
- ärenden om tillstånd till ingående av äktenskap,
- ärenden om tillstånd till abort och tillstånd till avbrytande av havandeskap enligt 6 § abortlagen (1974:595),
- ärenden om tillstånd till insemination,

– ärenden om tillstånd till befruktning utanför kroppen som vägrats i enlighet med 7 kap. 5 § lagen (2006:351) om genetisk integritet,

– ärenden om utlåtande om en persons hälsotillstånd i samband med prövning av en persons lämplighet att ta emot ett barn med hemvist utomlands i syfte att adoptera det,

– ärenden där Inspektionen för hälsa, vård och omsorg ska yttra sig över en sådan utredning med ett utlåtande om risk för återfall i brottslighet som avses i 10 § lagen (2006:45) om omvandling av fängelse på livstid, samt

– andra ärenden, i vilka myndigheten på begäran av en domstol, en åklagarmyndighet eller en polismyndighet ska avge utlåtande om någons hälsotillstånd.

Om myndigheten bestämmer det, får rådet avgöra även andra ärenden.

Ordföranden i rådet och ställföreträdaren för denne ska ha erfarenhet som lagfaren domare.

### **Nationella rådet för specialiseringstjänstgöring**

16 § Nationella rådet för specialiseringstjänstgöring har till uppgift att bistå myndigheten med att

– dela in och benämna de specialiteter inom vilka specialistkompetens kan uppnås samt med att avgöra vad som ska krävas för att få bevis om specialistkompetens,

– utarbeta målbeskrivningar som avses i 4 kap. 5 § 3 patient-säkerhetsförordningen (2010:1369),

– stödja sjukvårdshuvudmännen för att uppnå hög kvalitet i specialiseringstjänstgöringen,

– främja utbildning av handledare inom specialiseringstjänstgöringen,

– följa upp kvaliteten i specialiseringstjänstgöringen, samt

– utarbeta kriterier för utbildande enheter för att säkerställa att verksamheten har den bredd och inriktning som behövs för att erbjuda specialiseringstjänstgöring av hög kvalitet.

Rådet ska vidare bistå myndigheten i frågor om enskilda läkares kompetens i förhållande till fastställda målbeskrivningar.

Rådet består av en ordförande och sju andra ledamöter.

17 § Nationella rådet för specialiseringstjänstgöring utses av regeringen för en bestämd tid. Minst en av ledamöterna ska utses på förslag av myndigheten, minst en på förslag av Sveriges Kommuner och Landsting, minst en på förslag av Svenska Läkaresällskapet, minst en på förslag av Sveriges läkarförbund och minst en från universitet och högskolor på förslag av Högskoleverket.

### **Anställning**

18 § Generaldirektören är myndighetschef.

### **Personalansvarsnämnd**

19 § Vid myndigheten ska det finnas en personalansvarsnämnd.

### **Tillämpligheten av vissa förordningar**

20 § Personalföreträdarförordningen (1987:1101) ska tillämpas på myndigheten.

21 § Internrevisionsförordningen (2006:1228) ska tillämpas på myndigheten.

---

### **Övergångsbestämmelser**

1. Denna förordning träder i kraft den 1 januari 2014.
2. Genom denna förordning upphör förordningen (2007:1020) med instruktion för Myndigheten för internationella adoptionsfrågor och förordningen (2007:1205) med instruktion för Läkemedelsverket.
3. Beslut som har meddelats av Myndigheten för internationella adoptionsfrågor, Socialstyrelsen, Statens folkhälsoinstitut och Läkemedelsverket enligt äldre föreskrifter och som rör Inspektionens verksamhetsområde gäller fortfarande och ska anses ha meddelats av Inspektionen.

4. Berörda myndigheter ska till Inspektionen för hälsa, vård och omsorg överlämna handlingar i ärenden inom områden som innefattas i Inspektionens ansvar och som har inletts hos myndigheterna före den 1 januari 2014 men ännu inte har avgjorts.

#### **4 Förslag till förordning med instruktion för Infrastrukturmyndigheten för hälsa, vård och omsorg;**

Regeringen föreskriver följande.

##### **Uppgifter**

1 § Infrastrukturmyndigheten för hälsa, vård och omsorg ska i samarbete med Kunskapsmyndigheten för hälsa, vård och omsorg, Inspektionen för hälsa, vård och omsorg och Myndigheten för välfärdsstrategi stödja en långsiktig utveckling av vården och omsorgen inom Sverige och EU. Myndigheten ska utgå ifrån att vården och omsorgen ska erbjudas på lika villkor för medborgarna och med respekt för varje människas eget värde. Myndigheten ska vidare inom ramen för sitt arbete främja människors hälsa och delaktighet i samhället.

2 § Myndigheten har till uppgift att utveckla en integrerad informations- och datahantering inom vård- och omsorgssektorn.

Myndigheten ska

– tillhandahålla, förvalta och vidareutveckla en sammanhållen kommunikations- och IT-struktur för de statliga myndigheterna inom vård- och omsorgssektorn, bl.a. genom att tillhandahålla en gemensam webbportal för den kommunikation som Kunskapsmyndigheten för hälsa, vård och omsorg, Inspektionen för hälsa, vård och omsorg och Myndigheten för välfärdsstrategi behöver med medborgare, verksamheter, huvudmän och statliga myndigheter,

– på uppdrag av Kunskapsmyndigheten för hälsa, vård och omsorg, Inspektionen för hälsa, vård och omsorg eller Myndigheten för välfärdsstrategi sköta drift och underhåll av nationella register och databaser samt behandla personuppgifter eller se till att sådana register och databaser blir åtkomliga för berörda användare,

– verka för att det sker en successiv utbyggnad och integration av kommunikations- och IT-strukturer som motsvarar sektorns behov,

- i samarbete med Kunskapsmyndigheten för hälsa, vård och omsorg skapa och tillhandahålla enhetliga begrepp, termer och klassifikationer inom sitt verksamhetsområde, och
- bedriva analys och uppföljning inom sitt ansvarsområde.

### Särskilda uppgifter inom apoteksområdet

3 § Myndigheten ska hantera databaser, register, IT-system och annan infrastruktur sammanhörande med apoteksverksamhet samt utföra andra uppgifter som ålagts myndigheten enligt lag, förordning eller genom avtal med staten, samt bedriva därmed förenlig verksamhet.

### 4 § Myndigheten ska särskilt

1. ansvara för de databaser och register som regleras genom lagen (1996:1156) om receptregister, däribland högkostnadsdatabasen,

2. ansvara för läkemedelsförteckningen i enlighet med lagen (2005:258) om läkemedelsförteckning,

3. föra de stödregister som är nödvändiga för att bolaget ska kunna hantera receptregistret och läkemedelsförteckningen,

4. inrätta och ansvara för ett nationellt dosregister samt under en övergångsperiod tillhandahålla befintligt webbaserat förskrivargränssnitt (e-dos och Pi-dos) till vårdgivarna,

5. ansvara för drift och underhåll av ett register avseende arbetsplatskoder,

6. ansvara för en databas med elektroniska recept för djur,

7. framställa och redovisa nationell läkemedelsstatistik,

8. förvalta och tillhandahålla läkemedelsstatistik för åren 2000–2005,

9. förmedla ersättning från landstingen till öppenvårdsapoteken enligt 16 § förordningen (2002:687) om läkemedelsförmåner m.m.,

10. utfärda de intyg som anges i 17–18 §§ Läkemedelsverkets föreskrifter (LVFS 2009:8) om ansökan om tillstånd att bedriva öppenvårdsapoteck,

11. övervaka Apoteket AB:s process att under en övergångsperiod erbjuda aktörer på apoteksmarknaden tillgång till kassa- och butikssystem (övergångslösningen),

12. hjälpa beställarna av övergångslösningen med information och kontakter,



13. övervaka och verka för konkurrensneutralitet gällande villkoren för övergångslösningen, bl.a. avseende support,
14. inrätta och ansvara för ett elektroniskt expeditionsstöd, samt
15. medverka i internationella samarbeten på hälso- och sjukvårdsområdet efter godkännande från Socialdepartementet.

### **Ledning**

5 § Myndigheten leds av en myndighetschef.

### **Anställning**

6 § Generaldirektören är myndighetschef.

### **Personalansvarsnämnd**

7 § Vid myndigheten ska det finnas en personalansvarsnämnd.

### **Tillämpligheten av viss förordning**

8 § Personalföreträdarförordningen (1987:1101) ska tillämpas på myndigheten.

---

### **Övergångsbestämmelser**

Denna förordning träder i kraft den 1 januari 2014.

## 5 Förslag till förordning med instruktion för Myndigheten för välfärdsstrategi;

Regeringen föreskriver följande.

### Uppgifter

1 § Myndigheten för välfärdsstrategi ska i samarbete med Kunskapsmyndigheten för hälsa, vård och omsorg, Inspektionen för hälsa, vård och omsorg och Infrastrukturmyndigheten för hälsa, vård och omsorg stödja en långsiktig utveckling av vården och omsorgen inom Sverige och EU. Myndigheten ska utgå ifrån att vården och omsorgen ska erbjudas på lika villkor för medborgarna och med respekt för varje människas eget värde. Myndigheten ska vidare inom ramen för sitt arbete främja människors hälsa och delaktighet i samhället.

2 § Myndigheten för välfärdsstrategi har till uppgift att stödja statens strategiska styrning inom hälso- och välfärdsområdet. Arbetet ska huvudsakligen ske genom utvärdering och analys. Myndigheten ska regelbundet och vid behov sammanfatta iakttagelser, bedömningar och handlingsalternativ.

3 § Myndigheten ansvarar för att sektorsövergripande följa det allmänna hälsoläget i befolkningen.

4 § Myndigheten har särskilt i uppgift att på en övergripande nivå följa genomförandet av den nationella funktionshinderspolitiken och genomförandet av den nationella folkhälsopolitiken.

5 § Myndigheten ska

- följa de statliga myndigheterna i deras arbete enligt förordningen (2001:526) om de statliga myndigheternas ansvar för genomförandet av handikappolitiken,
- bevaka och rapportera om den internationella utvecklingen inom området och genom sitt samordningsarbete bidra till att Sverige uppfyller sina åtaganden inom ramen för skyddet av mänskliga rättigheter.

6 § Myndigheten ansvarar för att följa och analysera den långsiktiga utvecklingen av vården och omsorgen och vid behov ta fram förslag på insatser, bl.a. när det gäller

- utvecklingen av vård- och omsorgssystemets effektivitet och produktivitet,
- behov och förväntningar hos medborgare, professioner och huvudmän,
- sektorns tillstånd och utmaningar,
- efterfrågan och utbud,
- resurser,
- demografisk och teknisk utveckling,
- marknadernas utveckling,
- förändringar i sjukdoms- och omsorgspanoramata, och
- gränssnittet mellan vård och omsorg.

7 § Myndigheten ska bistå regeringen i arbetet med nationella politiska initiativ inom hälsa vård och omsorg.

8 § För att kunna fullgöra sina uppgifter ska myndigheten kunna hantera och analysera data.

### **Ledning**

9 § Myndigheten leds av en myndighetschef.

### **Anställning**

10 § Generaldirektören är myndighetschef.

### **Personalansvarsnämnd**

11 § Vid myndigheten ska det finnas en personalansvarsnämnd.

### Tillämpligheten av viss förordning

12 § Personalföreträdarförordningen (1987:1101) ska tillämpas på myndigheten.

---

### Övergångsbestämmelser

1. Denna förordning träder i kraft den 1 januari 2014.
2. Genom denna förordning upphör förordningen (2010:1385) med instruktion för Myndigheten för vårdanalys.

# 1 Utgångspunkter

## 1.1 Uppdraget

Vårt uppdrag har varit att samlat se över statens roll i vård- och omsorgssystemet. Det övergripande syftet med arbetet anges i våra direktiv som att "...se över hur staten genom sina myndigheter kan verka för ett effektivt och långsiktigt hållbart vård- och omsorgssystem med fokus på hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande insatser i syfte att främja hälsa och minska ohälsa och framtida vårdbehov samt för att åstadkomma en jämlik vård och omsorg i hela landet".

Syftet med utredningen har varit att åstadkomma en tydligare ansvarsfördelning och höjd effektivitet i de statliga delarna i vård- och omsorgssystemet, både mellan myndigheterna, mellan departementet och myndigheterna, och för staten som helhet. Direktiven lyfter särskilt fram fördelarna med ett helhetsgrepp och en systemsyn, bland annat för att ge bättre underlag för samlad prioritering, för att kunna lösa problem som är gemensamma för flera myndigheter och för att öka möjligheterna till samordning mellan myndigheter.

Följande uppgifter pekas ut i direktiven:

- Ge en översiktlig bild av rådande myndighetsstruktur
- Beskriva eventuella problem i fråga om myndigheternas ansvarsfördelning och funktioner
- Sammanfatta centrala organisationsförändringar under senare tid och skälen till dessa
- Ge en bild av myndigheternas kompetensförsörjning
- Särskilt analysera och granska Socialstyrelsens uppdrag, funktion och ändamålsenlighet

- Beskriva myndigheternas effektivitet och ändamålsenlighet utifrån målgruppernas perspektiv: kommuner, landsting, professionella utförare och medborgare
- Vid behov lämna förslag som tydliggör ansvarsfördelningen mellan myndigheterna och undanröjer eventuella överlappningar
- Ge förslag på hur kunskapsstyrningen kan effektiviseras genom samordning
- Föreslå förtydliganden i ansvaret för att säkerställa efterlevnaden av regelverk och riktlinjer
- Ge förslag på hur myndighetsstrukturen som helhet kan utvecklas för ökad tydlighet, effektivitet och ändamålsenlighet
- Ge förslag på hur regeringens styrning av berörda myndigheter och verksamheter bör utformas
- Redogöra för hur förslagen praktiskt kan genomföras.

Utredningen ska utgå från ett system- och ett medborgarperspektiv, med beaktande av myndigheternas ändamålsenlighet utifrån huvudmännens och utförarnas perspektiv, de senare oavsett driftsform. Ett villkor i uppdraget har varit att rådande ansvarsfördelning mellan staten och huvudmännen ligger fast.

## 1.2 Vår tolkning av uppdraget

### *Regeringens ambition att ta ett stort grepp*

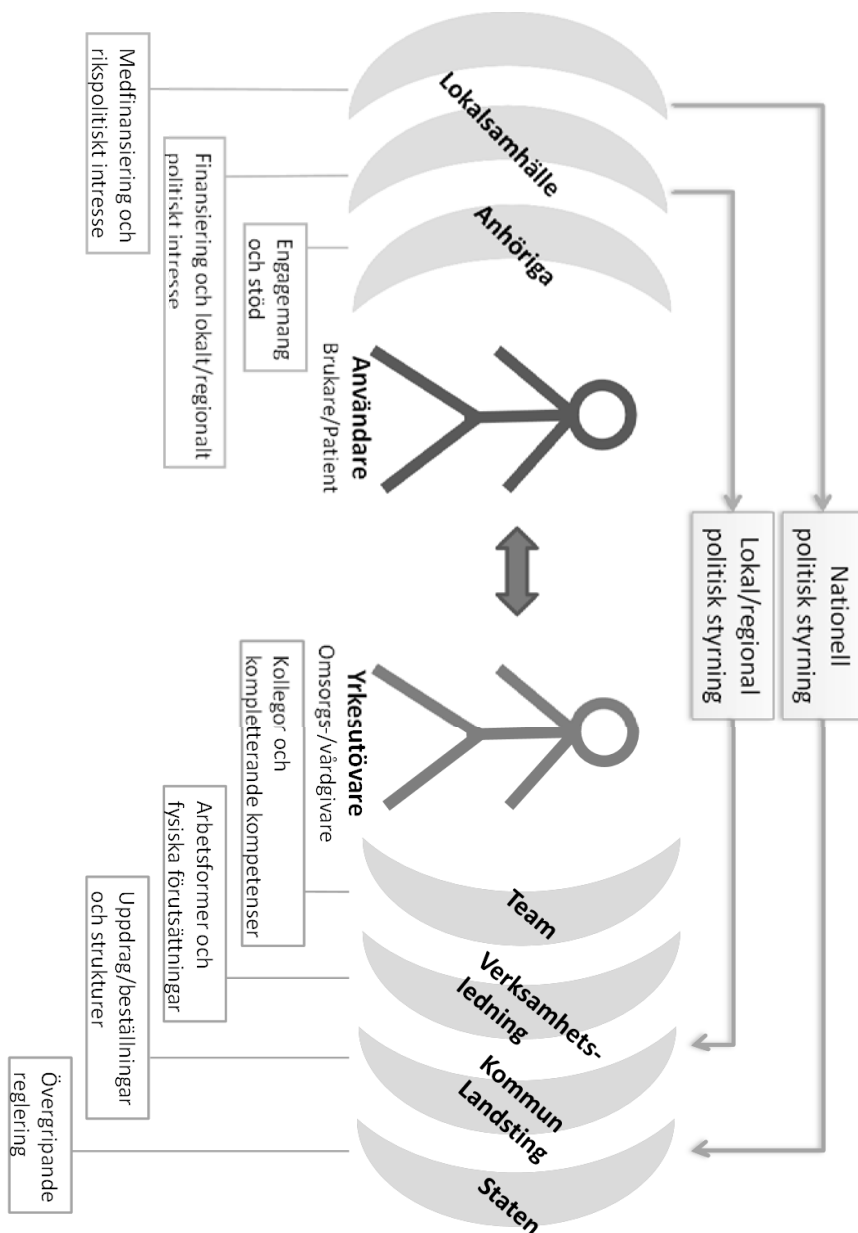
Vårt uppdrag visar att regeringen ser det som nödvändigt att ta ett stort grepp på vård- och omsorgssektorn i ett sammanhang. Direktiven lyfter fram både frågan om styrningen, myndighetsstrukturen och vård- och omsorgssystemets hela funktionalitet. Myndigheterna ska analyseras och granskas som en helhet, och våra förslag ska bl.a. syfta till att utveckla myndighetsstrukturen som helhet.

Vårt uppdrag har därmed varit bredare än en renodlad organisationsöversyn, såtillvida att det handlat både om att se hur strukturerna är uppbyggda och om att analysera samspelet och processerna som sker i strukturerna och som påverkar och styr hela systemet. Våra förslag handlar därför både om hur den statliga styrningen av systemet ska ske och om vem som ska göra vad. Regeringens betoning på bredd och systemsyn förstärks ytterligare

med uppmaningen att våra förslag ska relatera till framtidens behov. Det är de framtida utmaningarna som ska hanteras med våra förslag, snarare än problem i dagens system.

Regeringen visar i direktiven en öppenhet och vilja att förutsättningslöst pröva hela den statliga struktur som byggts upp kring vården och omsorgen, för att på så vis åstadkomma bättre stöd och styrning i framtiden. Uppdraget till utredningen öppnar för en diskussion om vilken roll staten tar sig i dag och bör ta sig i framtiden, i relation till huvudmännen och andra aktörer.

Figur 1.1 Illustration över statens roll i vård- och omsorgssystemet



Omsorg och vård handlar i grunden om möten mellan människor. Statens styrning ingår i en större helhet, och den blir bara effektiv när den samspelar med de praktiska förutsättningarna och övriga styr signaler.



*Långsiktighet och genomförbarhet*

Långsiktigheten är en grundläggande utgångspunkt i uppdraget. Vård- och omsorgssektorn utvecklas kontinuerligt, och så även statens roll i den. Myndigheternas uppdrag och arbetssätt förändras också successivt, men de grundläggande strukturerna och rollfördelningarna är av både principiella och praktiska skäl mer stabila. När en samlad översyn nu görs med uppdraget att åstadkomma ett hållbart system, är det vår ambition att föreslå en grundstruktur som kan stå sig 10–20 år. Implicit ligger i detta att en sådan långsiktigt hållbar struktur måste inrymma kapaciteten att successivt utvecklas och justeras. Den statliga struktur vi föreslår ska både verka i dagens vård och omsorg, och utvecklas för att möta kommande utmaningar och problem. Det innebär att uppdraget till utredningen kan ses som tredelat: vi ska dels föreslå hur statens roll i sektorn bör se ut framgent, dels föreslå hur staten ska hantera dessa roller, och dels föreslå en organisation som gör det möjligt att hantera framtida utmaningar på ett effektivt sätt.

Ambitionen att skapa en myndighetsstruktur som ska hålla under många år, gör det nödvändigt att börja analysen från bedömningar av de kommande årens behov. Vilka uppgifter kommer att behöva hanteras, och vilka arbets- och organisationsformer är bäst lämpade för att möta dessa behov? Först när den frågan analyserats, har kopplingarna till dagens struktur och övergångsfrågor och anpassningar diskuterats.

*Medborgaren i centrum*

Begreppet effektivitet kan ges olika innebörder. I direktiven är det systemets yttre effektivitet, den samlade effektiviteten i relation till medborgarna, som är huvudfrågan. En effektiv vård och omsorg ska motsvara medborgarnas behov, ges med tillräcklig kvalitet och utan att mer resurser än nödvändigt används. Vi har valt att göra en bred tolkning av medborgarbegreppet, så att det handlar om att påverka situationen för användarna (patienter/brukare) och deras anhöriga, för de yrkesverksamma i olika funktioner och för hela allmänheten som har intresse av att det ska finnas bra vård och omsorg när man behöver den, utan att kostnaderna är högre än nödvändigt. För att göra detta konkret, har vi låtit våra frågeställningar och resonemang ta sin utgångspunkt från dessa olika

aspekter av medborgarperspektiv. Vi har också försökt bedöma våra förslag ur denna bild av effektivitet. Det är det samlade resultatet av huvudmännens, statens och övriga aktörers stöd och styrning som är viktigt.

Man kan även använda begreppet "inre effektivitet" för att beskriva den statliga strukturens egen produktivitet, utifrån de resurser den förfogar över. Effektivisering i det perspektivet handlar om att sänka de statliga verksamheternas kostnader utan att försämra deras resultat, eller om att göra det möjligt för dem att åstadkomma mer utan att det höjer kostnaderna, eller en kombination av båda. Sådan effektivisering är naturligtvis alltid angelägen – och den är både ett löpande ansvar för alla ansvariga chefer och ett viktigt perspektiv i strukturella översyner, inklusive vår utredning.

Våra förslag ska leda både till en ökad yttre och inre effektivitet i vården och omsorgen. De statliga myndigheterna i systemet kan bli effektivare i sig, samtidigt som statens stöd och styrning på ett effektivare sätt kan bidra till en bättre vård och omsorg.

### 1.3 Omfattning och avgränsningar

#### *Ett decentraliserat system*

Riksdagen har i grundlagen beslutat att vård- och omsorgsområdet bäst utvecklas i ett decentraliserat system där kommuner och landsting finansierar, beslutar om och genomför verksamheten. Kommuner och landsting kan i sin tur överlåta åt andra producenter att bedriva verksamheten. Det innebär att statens roll i systemet är nära kopplad till kommuner och landsting och övriga producenter. Det innebär också att den styrning som riksdag och regering utövar i vård- och omsorgssystemet, får konsekvenser inte bara för de statliga myndigheterna, utan framför allt för huvudmän och producenter, både privata och offentliga. Statens samlade insatser i form av stöd och styrning ska syfta till att ge kommuner, landsting, regioner, utförare och enskilda yrkesutövare så bra förutsättningar som möjligt att åstadkomma en god vård och omsorg för befolkningen. Det sker dels genom stöd till utveckling och förnyelse, dels genom insatser för att säkerställa att de av Riksdagen fastställda kraven för vården och omsorgen följs.

*Olika sätt att definiera vård och omsorgsområdet*

Vård- och omsorgssystemet kan beskrivas och avgränsas på olika sätt. Det kan definieras som de verksamheter som regleras av Hälso- och sjukvårdslagen respektive Socialtjänstlagen. I det statliga utgiftsområdet för hälsovård, sjukvård och social omsorg ingår frågor som hälso- och sjukvård, socialtjänst (individ- och familjeomsorg samt ungdoms- och missbruksvård), äldrevård, frågor med koppling till funktionshinder och personer med funktionshinder, barnrättsfrågor, folkhälsofrågor samt forskningsfrågor i de delar som berör vård- och omsorgssystemet.<sup>1</sup>

Hälso- och sjukvårdslagen och Socialtjänstlagen är ramlagar, med övergripande mål för vården och omsorgen. Med utgångspunkt från dessa ska huvudmännen, kommuner och landsting, utforma insatserna efter lokala och regionala behov. I Hälso- och sjukvårdslagen anges vad sjukvårdshuvudmännen är skyldiga att erbjuda befolkningen. I Socialtjänstlagen anges både rättigheter, skyldigheter och mål för verksamheten, vilket ger andra möjligheter till överklagande, samtidigt som domstolarnas tolkning av gällande lagstiftning och praxis har en framträdande roll.<sup>2</sup> Dessa olika utgångspunkter för lagstiftningen medför svårigheter för de praktiska verksamheterna på många sätt, inte minst i relation till patienter och brukare som är i behov av insatser från både hälso- och sjukvården och socialtjänsten. Vi har inte haft i uppdrag att pröva möjligheterna till en samlad lagstiftning för vården och omsorgen, som ett sätt att överbrygga dessa skillnader. Däremot utgår vi ifrån att våra förslag kring statens stöd och styrning bör bidra till att överbrygga gränserna mellan områdena, eftersom detta skulle förbättra situationen för många medborgare.

Utöver ramlagstiftningen i Hälso- och sjukvårdslagen och Socialtjänstlagen, finns många andra författningar som preciserar hanteringen av olika frågor, t.ex. kring kommunernas och landstingens skyldigheter, professionens skyldigheter och patientens inflytande. Lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (1993:383, LSS) är en av de lagar som särskilt kan nämnas. Lagen ska garantera personer med omfattande och varaktiga funktionshinder goda levnadsvillkor. Över tid har även ramlagstiftningen kompletterats med nya paragrafer som preciserar innebörden.

<sup>1</sup> Prop. 2011/12:1 vol.6 *Budgetpropositionen för år 2012*.

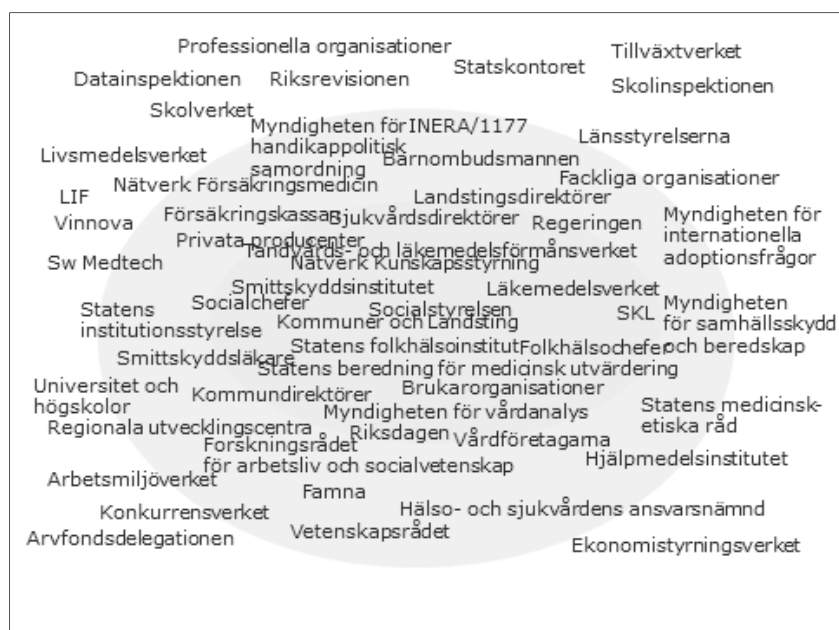
<sup>2</sup> Se t.ex. kommentarer i prop. 2009/10:67 *Stärkt ställning för patienten*, prop. 2005/06:73 *Nationell samordning av riksjukevården*, prop. 2008/09:160 *Samordnad och tydlig tillsyn av socialtjänsten*.

Alkohollagen (1994:1738) och Tobakslagen (1993:581) kan också nämnas för sin betydelse för människors hälsa och indirekt för vård- och omsorgsbehoven. Vid sidan av lagstiftningen finns olika politiska beslut för områdena, på nationell, regional och lokal nivå. EU-samarbetet är också en viktig grund för vården och omsorgen i Sverige, genom att mycket av den lagstiftning som införs är direkta anpassningar till bindande direktiv på EU-nivå.

### *Ett komplext system*

Vård- och omsorgssystemet är ett komplext system med många olika intressenter, kulturer, inneboende logiker, traditioner och hierarkier. Systemet utvecklas och styrs genom flera olika processer och skeenden. Starka professioner och organisationskulturer påverkar också komplexiteten.

**Figur 1.2** Illustration över aktörer i vård- och omsorgssystemet



Mängden aktörer i vård- och omsorgssystemet är stor. De aktörer som finns med i bilden berörs i olika utsträckning, på olika sätt och olika mycket, men samtliga har en eller flera kopplingar till systemet.

Eftersom vården och omsorgen finansieras och drivs på många olika sätt, är det svårt att ge någon exakt bild av verksamheternas

omfattning. Sammantaget handlar det om verksamheter som kostar omkring en sjättedel av BNP.<sup>3</sup>

### 1.3.1 Om vård och omsorg

Utredningsdirektivet beskriver uppdraget som på samma sätt riktat mot vården och omsorgen. I delbetänkandet konstaterade vi att det finns goda skäl för ett sådant integrerat synsätt, men att förutsättningarna i flera avseenden är olika.

I många fall vänder sig vården och omsorgen till samma individer. Många av dem som har stora omsorgsbehov har också stora vårdbehov. Bristen på konkret samordning av olika vård- och omsorgsinsatser är i dessa fall ofta ett stort problem.

Ett bättre samspel mellan vården och omsorgen kan bara åstadkommas om det drivs med kunskap om och respekt för verksamheternas olika utgångslägen, styrkor och svagheter.

Vården, och särskilt de medicinska delarna av den, verkar i en på många sätt nationell och även internationell miljö. Både kunskapsutvecklingen och många av utbildningarna är till stor del geografiskt gränsöverskridande. Omsorgerna har istället starkare kopplingar till närmiljön och hemorten.

De skilda förutsättningar mellan vård och omsorg som vi har noterat<sup>4</sup> följer inte bara gränsen mellan verksamhet som regleras av Hälso- och sjukvårdslagen respektive Socialtjänstlagen. Vissa skillnader finns också inom ett och samma område. Den kommunala hälso- och sjukvården har i många fall samma starka kopplingar till det lokala samhället som omsorgsverksamheterna. Historiskt har också modifieringar skett i finansieringsansvaret: Den så kallade Ädelreformen 1992 innebar exempelvis att stora delar av den långtidssjukvård och drevs med sjukvårdens begränsade patientavgifter överfördes till äldreboende med enskild betalning av hyra och hemtjänst i botten.

---

<sup>3</sup> Kostnaderna för hälso- och sjukvården låg år 2010 på 318 miljarder kronor, varav landstingens kostnader var 228 miljarder, kommunernas 24,3 miljarder, statens 5,7 miljarder och den privata sektorns kostnader 60,3 miljarder kronor enligt preliminära beräkningar hos Statistiska centralbyrån. Kostnaderna för omsorgen kan beräknas på olika sätt, där ett mått är kommunernas kostnader för äldre-, funktionshinderomsorg samt individ- och familjeomsorg, som år 2010 uppgick till 161 miljarder kronor, enligt Statistiska centralbyråns beräkningar. Till dessa summor kan läggas exempelvis statens insatser inom omsorgsområdet, investeringar i forskning om vård och omsorg samt olika insatser för att främja ohälsa och förebygga sjukdom. Kostnaderna för dessa insatser är svårare att beräkna, bland annat eftersom de är spridda på många aktörer.

<sup>4</sup> Se SOU 2011:65 *Statens roll i framtidens vård- och omsorgssystem – en kartläggning*.

Ytterligare ett sätt att försöka fånga skillnaderna mellan vård och omsorg kan vara att använda begrepp som ”behandling” respektive ”omvårdnad”.<sup>5</sup> I en sådan renodlad bild kan behandling beskrivas som aktiva insatser som är direkt inriktade på förändring, t.ex. genom kirurgi, läkemedelsbehandling eller kognitiv beteendeterapi medan omvårdnad mer handlar om stöd för självläkning och god livskvalitet, t.ex. inom äldreomsorgen. Med sådana definitioner finns det inslag av behandling och omvårdnad både inom de verksamheter som styrs av hälso- och sjukvårdslagen och de som styrs av Socialtjänstlagen, även om tonvikterna är olika. Dikotomin inrymmer inte heller lika självklart sådana delar av socialtjänsten som bygger på klientbegreppet, som t.ex. individ- och familjeomsorgen.

I praktiken betyder detta bland annat att ambitioner att beskriva olika behandlingsmetoder och värdera deras resultat oftast uppfattas som naturliga när det gäller läkemedelsbehandling, kirurgi och missbrukarvård, men mera svårtillämpliga inom exempelvis äldreomsorgen.

#### *Patienter, brukare eller användare*

Inom vården är begreppet ”patient” relativt väldefinierat, den person som erhåller eller är registrerad för att erhålla hälso- och sjukvård.<sup>6</sup> Inom omsorgen har det länge funnits en strävan att hitta ett motsvarande begrepp. Ordet ”brukare” används i många sammanhang, men är inte lika etablerat. ”Klient” är ett begrepp som ofta beskriver relationen inom delar av socialtjänsten, däribland individ- och familjeomsorg och missbruksvård. I vissa sammanhang, både inom omsorgen och vården, används ibland också begreppet ”kund”. Men eftersom ordet ”kund” ofta förknippas med en person som både betalar och själv kan välja, är det inte brett accepterat.

I vår utredning används orden ”brukare” och ”patient”, och som gemensamt begrepp ”användare”.

---

<sup>5</sup> Källa: Vårdförbundet.

<sup>6</sup> Socialstyrelsens termbank.

### 1.3.2 Gränstorna mot andra områden

#### *Socialförsäkringsområdet*

En viktig del i vård- och omsorgssystemet är socialförsäkringsområdet. I vårt uppdrag är frågan om socialförsäkringssystemen uttryckligen uteslutna, med hänvisning till den pågående utredningen *Hållbara försäkringar vid arbetslöshet och sjukdom*.<sup>7</sup> Vi har ändå valt att diskutera sambanden kortfattat i avsnitt 4.2.2 eftersom socialförsäkringsområdet har stor betydelse för vården och omsorgens utveckling totalt sett. Någon analys av försäkringssystemen som sådana görs inte.

#### *Folkhälsoområdet*

Ett annat område med starka kopplingar till vård och omsorg är hälsoområdet. Folkhälsoarbetets struktur och organisering präglas av en bred ansats. Styrningen och ansvarsfördelningen på detta område bygger på att samhället som helhet – inte bara vård- och omsorgssektorn – har ett ansvar för människors hälsa. Ansvaret vilar med denna ansats implicit också på alla och på var och en. Ansatsen innebär att den nationella politiken och styrningen inriktas mot flera övergripande frågor som har betydelse för folkhälsan.

---

<sup>7</sup> Dir. 2010:48 *Hållbara försäkringar vid sjukdom och arbetslöshet*.

Figur 1.3 Faktorer som påverkar folkhälsan



Källa: G Dahlgren och M Whitehead

Det övergripande nationella målet för folkhälsoarbetet är att skapa samhälleliga förutsättningar för en god hälsa på lika villkor för hela befolkningen.<sup>8</sup>

Till det övergripande målet hör elva målområden som benämns centrala bestämningsfaktorer för hälsan:

<sup>8</sup> Prop. 2007/08:110, 2002/03:35, bet. 2002/03:35:SoU7, rskr. 2002/03:145.



1. Delaktighet och inflytande i samhället
2. Ekonomiska och sociala förutsättningar
3. Barn och ungas uppväxtvillkor
4. Hälsa i arbetslivet
5. Miljöer och produkter
6. Hälsöfrämjande hälso- och sjukvård
7. Skydd mot smittspridning
8. Sexualitet och reproduktiv hälsa
9. Fysisk aktivitet
10. Matvanor och livsmedel
11. Tobak, alkohol, narkotika, dopning och spel

För att nå det övergripande målet med hjälp av arbete med de 11 tillhörande bestämningsfaktorerna krävs ett sektorsövergripande arbetssätt och en bred samverkan mellan berörda aktörer. Statens folkhälsoinstitut har ett särskilt ansvar att följa upp och utvärdera folkhälsans utveckling och alla samhällssektors åtgärder inom folkhälsoområdet. Statens folkhälsoinstitut, Smittskyddsinstitutet och Socialstyrelsen fungerar som nationella kunskapscentrum på området.<sup>9</sup> Utöver dessa tre myndigheter, har ett stort antal statliga myndigheter uppdrag att rapportera om vidtagna åtgärder inom folkhälsoområdet och att leverera relevant statistik.<sup>10</sup> Den större delen av det praktiska folkhälsoarbetet genomförs dock på regional och lokal nivå.<sup>11</sup> Många är berörda: dels de statliga myndigheterna inom området, kommuner och landsting, men också andra aktörer såsom näringslivet, ideella organisationer och enskilda medborgare.

I vårt uppdrag ingår inte att pröva den fortsatta inriktningen av den samlade folkhälsopolitiken, att se över målen för området eller att pröva ansvarsfördelningen mellan stat och huvudmän när det

---

<sup>9</sup> Arbetet för att främja hälsa och förebygga sjukdom sker med många olika verktyg och genom flera olika myndigheter. Förutom uppföljning, utvärdering och kunskapsutveckling sker också tillsyn, kontroll och bevakning.

<sup>10</sup> Dessa myndigheter är: Arbetsmiljöverket, Försäkringskassan, Myndigheten för handikappolitisk samordning (Handisam), Jordbruksverket, Statens kulturråd (Kulturrådet), Livsmedelsverket, Myndigheten för samhällsskydd och beredskap (MSB), Statens skolverk (Skolverket), Statistiska centralbyrån (SCB), Strålsäkerhetsmyndigheten samt Ungdomsstyrelsen. Källa: FHI 2010:16, *Folkhälsopolitisk rapport 2010*.

<sup>11</sup> Prop. 2011/12:1 *Budgetpropositionen för år 2012*.

gäller folkhälsopolitiken. Med detta sagt är det viktigt att också se kopplingarna till andra områden som har stor betydelse för människors hälsa, när vi nu tar fram förslag som fokuserar just vården och omsorgen.

#### *Funktionshinderspolitiska området*

Ytterligare ett område med starka kopplingar till vård och omsorg, är funktionshinderspolitiken. Målet för funktionshinderspolitiken är

- en samhällsgemensam med mångfald som grund,
- att samhället utformas så att människor med funktionsnedsättning i alla åldrar blir fullt delaktiga i samhällslivet,
- jämlikhet i levnadsvillkor för flickor och pojkar, kvinnor och män med funktionshinder

Utgångspunkten är ett samhälle som utformas så att alla människor, inklusive de som har funktionsnedsättning, ges möjlighet till full delaktighet i samhället och jämlikhet i levnadsvillkor. Myndigheten för handikappolitisk samordning, Handisam, samordnar arbetet med genomförande och uppföljning av politiken, medan de operativa insatserna genomförs av myndigheter inom de flesta samhällssektorer. Inom ramen för funktionshinderspolitiken finns ett omfattande stödsystem som via socialförsäkringssystemen och Försäkringskassan finansierar de insatser som behövs. Stödets omfattning – i synnerhet statens och kommunernas kostnader för assistansersättningar – har ökat kraftigt under senare år.<sup>12</sup> Eftersom dessa stöd är en del av socialförsäkringssystemen, diskuterar vi inte närmare stödets utformning eller framtida finansieringslösningar i detta betänkande.

Vi har inte haft i uppdrag att pröva den fortsatta inriktningen av den samlade funktionshinderspolitiken, att se över målen för området eller att pröva ansvarsfördelningen mellan stat och huvudmän när det gäller funktionshinderspolitiska frågor. Med detta sagt är det viktigt att också se kopplingarna till andra områden som har stor betydelse för personer med funktionshinder och deras

---

<sup>12</sup> Se t.ex. Statskontoret 2011:16 *Försäkringskassans handläggning av assistansersättning*, RiR 2004:7 *Personlig assistans till funktionshindrade*.

möjligheter att delta aktivt i samhällslivet, när vi nu tar fram förslag som fokuserar just vården och omsorgen.

### *Barnrättspolitik*

Barnrättspolitiken ingår i det statliga utgiftsområdet Hälsovård, sjukvård och social omsorg, men hör också till ett av de områden som har en bredare målgrupp än vården och omsorgen. Barnrättspolitiken syftar till att ta tillvara och stärka barns rättigheter och intressen i samhället, med utgångspunkt i FN:s konvention om barnets rättigheter (barnkonventionen). Perspektivet ska genomsyra all politik liksom alla verksamheter som rör barn. Barnombudsmannen har i detta sammanhang i uppgift att företräda barns och ungas rättigheter och intressen, driva på genomförandet och bevaka efterlevnaden av barnkonventionen. Myndigheten för internationella adoptionsfrågor beslutar om auktorisation av sammanslutningar som förmedlar internationella adoptioner, utövar tillsyn över dessa sammanslutningar, samt informerar i frågor om internationella adoptioner. Därutöver krävs insatser inom alla de områden där barn är berörda.<sup>13</sup>

### *Forskning och utbildning*

Fokus i vårt uppdrag ligger på de statliga myndigheternas förmåga att stötta och styra vården och omsorgen. Kunskapsspridning och – generering är en viktig del i detta arbete. När det gäller utbildningarnas kapacitet att möta sektorns behov, och sektorns förutsättningar för livskraftiga forskningsmiljöer och innovationsklimat har vi haft begränsade möjligheter att diskutera dessa frågor inom ramen för vårt uppdrag. Med detta sagt vill vi ändå peka på frågans vikt.<sup>14</sup> Frågan om förutsättningarna för forskning och utbildning behöver kontinuerligt analyseras och förslag tas fram kring viktiga utvecklings- och förbättringsområden, för att säkerställa fortsatt stöd till forskning av hög kvalitet.

---

<sup>13</sup> Prop. 2011/12:01 *Budgetpropositionen för 2012*.

<sup>14</sup> Se t.ex. FAS (2011) *Socialdepartementets politikområden inom hälsa och välfärd – en samlad forskningsstrategi*.

### *Andra områden*

Utöver de områden som nämnts specifikt ovan, finns betydelsefulla gränsområden gentemot vården och omsorgen, där både verksamhetsinriktningen och/eller det offentliga ansvaret gör avgränsningen mindre tydlig. I dessa gränsområden finns bland annat vuxentandvården som är offentligt reglerad men huvudsakligen privat finansierad samt optiker, hälsokost och kosmetiska behandlingar, som bara delvis är offentligt reglerade och är i stort sett helt privat finansierade. Här finns t.ex. läkemedelsbranschen och medicintekniska branschen, men också tjänster som delfinansieras via RUT-avdrag.

### **1.3.3 Avgränsningar**

Den samlade bilden är att en kristallklar avgränsning av vård- och omsorgssystemet är omöjlig att göra. Det finns ett antal kärnområden som handlar om bl.a. offentligt finansierad hälso- och sjukvård inklusive tandvård, socialtjänst (med individ- och familjeomsorg samt ungdoms- och missbruksvård), äldreomsorg, barnrättsfrågor, folkhälsofrågor, stöd till funktionshindrade, samt forskning relaterade till dessa områden. De statliga myndigheter som har någon koppling till vården och omsorgen är många. De som har en avgörande roll utifrån de frågeställningar som vårt uppdrag har, är å andra sidan färre.

I vårt arbete har den generella utmaningsbilden för sektorn som helhet och dess beröringspunkter med de statliga myndigheterna styrt vår avgränsning. Under kartläggnings- och analysarbetet har problembilden fördjupats och justerats. Våra slutliga förslag omfattar tio statliga myndigheter, en ideell förening samt ett bolag, Apotekens Service AB.<sup>15</sup>

### *Inledande avgränsning*

Inledningsvis lät vi de 16 myndigheter och organisationer med direkta kopplingar till Socialdepartementets vård- och omsorgsområden ingå i vår kartläggning. Dessa kopplades till utredningen i form av en referensgrupp:

---

<sup>15</sup> Se vidare kap 5.

1. Barnombudsmannen (BO)
2. Forskningsrådet för arbetsliv och socialvetenskap (FAS)
3. Försäkringskassan (tandvårdsdelen)
4. Hjälpmedelsinstitutet (HI)
5. Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd (HSAN)
6. Läkemedelsverket (LV)
7. Myndigheten för handikappolitisk samordning (Handisam)
8. Myndigheten för internationella adoptionsfrågor (MIA)
9. Myndigheten för vårdanalys (Vårdanalys)
10. Smittskyddsinstitutet (SMI)
11. Socialstyrelsen (SoS)
12. Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU)
13. Statens folkhälsoinstitut (FHI)
14. Statens institutionsstyrelse (SIS)
15. Statens medicinsk-etiska råd (SMER)
16. Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket (TLV)

Vi har kartlagt dessa myndigheter och organisationer, deras omfattning, uppgifter och regeringens styrning av dessa. Uppdraget i direktiven anger att Socialstyrelsens ändamålsenlighet och effektivitet ska bedömas särskilt. Det har däremot inte ingått i vårt uppdrag att granska övriga myndigheter var och en på detta sätt.

#### 1.4 Utgångspunkter från delbetänkandet

I oktober 2011 lämnade vi ett delbetänkande till regeringen, *Statens roll i framtidens vård- och omsorgssystem – en kartläggning*.<sup>16</sup> Delbetänkandet svarar på frågorna 1–4 i direktiven, samt beskriver de huvudsakliga bedömningar som utredningen gör av vårdens och omsorgens framtida utmaningar i fem övergripande utmaningar och tio områden där det behövs förbättringar.

---

<sup>16</sup> SOU 2011:65.

Kortfattat konstaterar vi i delbetänkandet att det finns ett behov av en genomgripande översyn av statens sätt att styra och stödja vård- och omsorgssystemet, och att myndighetsstrukturen därför bör omprövas. Vi konstaterar också att en effektivare statlig styrning kan uppnås utan resursförstärkningar, eftersom en del av problemen i den nuvarande statliga styrningen beror på att det finns överlappningar och komplicerande faktorer mellan myndigheter med likartade uppgifter.

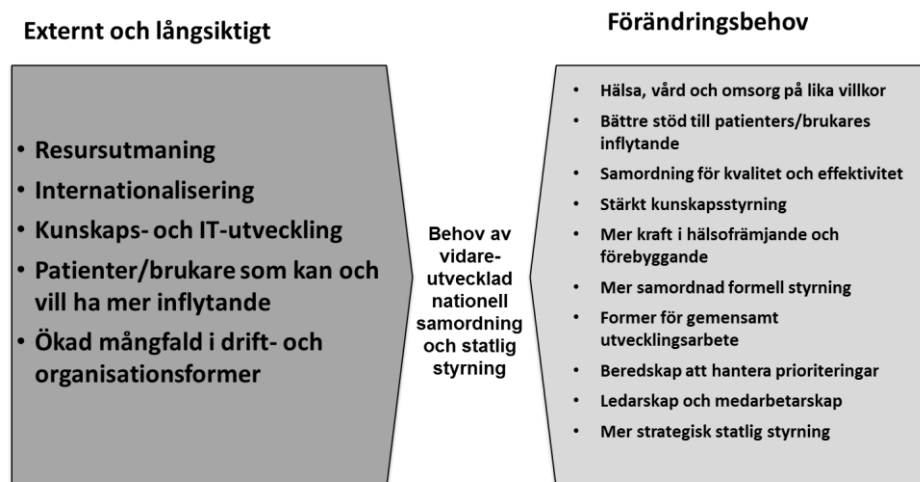
De fem övergripande utmaningarna skapar förändringstryck på både verksamheterna och på statens stöd till och styrning av vård- och omsorgssystemet: *resursutmaningen, internationaliseringen, kunskaps- och IT-utvecklingen, viljan och möjligheten för patienter och brukare att utöva inflytande över sin egen vård och omsorg samt ökad mångfald i produktion och finansiering*. De fem övergripande utmaningarna förändrar också förutsättningarna för den lokala och regionala politiska styrningen.

Våra tio vägledande bedömningar för hur statens stöd och styrning bör utvecklas för att bättre möta dessa fem grundläggande utmaningar:

1. Samordning för vård och omsorg på lika villkor. Behoven av nationell samordning för lika villkor har vuxit på senare tid, både inom vården och omsorgen.
2. Bättre stöd till patienters och brukares inflytande. Stödet till patienter, brukare och anhöriga som kan och vill bestämma mer över sin vård och omsorg kan utvecklas.
3. Samordning för kvalitet och effektivitet. Sverige är ett litet land sett till invånarantalet men stort till ytan. Nationell samordning krävs både ur ett tekniskt perspektiv och för att kunna arbetsfördela på ett effektivt sätt.
4. Vidareutveckling av kunskapsstyrningen. Processerna att ta fram kunskap måste bli snabbare och mer samordnade, och resultaten mer lättillgängliga för användaren.
5. Mer kraft behövs i det hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande arbetet. Arbetet måste i första hand integreras i vårdens och omsorgens löpande arbete och kunskapsutveckling.
6. Mer samordnad hantering av de formella styrmedlen. Statens tillsyn, föreskriftsarbete och arbete med tillstånd kan hanteras mer samordnat och snabbare för att bättre svara mot en sektor där mångfalden av aktörer ökar.

7. Vidareutvecklade arenor för gemensamt utvecklingsarbete. De positiva erfarenheterna från samverkan mellan Socialdepartementet och SKL behöver tas tillvara, med en förtydligad ansvarsfördelning och bättre involvering av myndigheterna.
8. Resursutmaningen kräver beredskap för att hantera prioriteringar, avgränsningar och strategiska satsningar. Staten behöver kontinuerligt både säkerställa en helhetsbild över vårdens och omsorgens samlade resursbehov, och kunna föra en diskussion om prioriteringar och om innehållet i det offentliga åtagandet.
9. Ledarskap och medarbetarskap är nyckelfrågor för att klara sektorns utmaningar. Ett förändringsledarskap krävs som ger medarbetare större möjligheter att utvecklas kontinuerligt.
10. Regeringens styrning behöver bli mer långsiktig och strategisk. Genomslagskraften för de politiska prioriteringar som görs på nationell nivå kan öka med större långsiktighet, uthållighet och mer samlade strategiska beslut.

Figur 1.4 Illustration över delbetänkandets bedömningar



## 1.5 Metod och angreppssätt

Vi inledde vårt arbete med en genomgripande analys av hur vården och omsorgen fungerar i dag och vilka utmaningar systemet står inför under de närmaste 10–20 åren. I enlighet med våra direktiv har vi kartlagt de berörda myndigheternas strukturer och arbetsuppgifter, och analyserat de olika styrmedel som staten använder.

Som en del i vår kartläggning har vi genomfört över 150 kvalitativa intervjuer med personer som arbetar i eller med vård- och omsorgssystemet eller dess närhet, eller som har stora kunskaper inom de områden som vårt uppdrag innefattar. Intervjuer har genomförts med 34 personer i de statliga myndigheterna, varav samtliga ledningar för de myndigheter och organisationer som knutits till arbetet i en referensgrupp<sup>17</sup>. Många av dessa personer har vi träffat vid flera ytterligare tillfällen för uppföljande samtal. Vi har intervjuat 21 personer verksamma i Regeringskansliet, många på Socialdepartementet men också på andra departement. Några av dessa har vi träffat flera gånger för att följa upp vissa frågor. Vi har intervjuat 24 personer verksamma på den kommunala nivån i vård- och omsorgssystemet, och 7 personer på landstingsnivå. Intervjuer

<sup>17</sup> Se avsnitt 1.3.3.



har också skett med 14 forskare, samt med 22 representanter för professionella och fackliga organisationer. 12 personer som företräder branscher med koppling till vård och omsorg, industri och fristående producenter av vård och omsorg har intervjuats, liksom 18 personer verksamma eller tidigare verksamma i utredningsarbete som inneburit översyner av statsförvaltningen.

Vi har bett dessa personer, som från olika utgångspunkter har stora kunskaper om vård- och omsorgssystemet och av statsförvaltningen, att ge oss sina bilder av sektorns utmaningar, i dag och under de närmaste 10–20 åren, och hur dessa utmaningar påverkar statens uppgifter. Våra frågor har varit öppet formulerade och intervjupersonerna har själva kunnat välja vilka aspekter de velat lyfta fram. Som ett komplement till dessa intervjuer har vi tagit del av material som anknyter till utredningens frågeställningar. Denna analys har varit utgångspunkten för vår problembild och för det delbetänkande som presenterades i oktober 2011.<sup>18</sup>

Vid sidan om dessa intervjuer har möten med grupper av aktörer ägt rum. Bland dessa kan särskilt nämnas Socialutskottet, landstingsdirektörs- och hälso- och sjukvårdsdirektörsnätverken på SKL, patient- och brukarorganisationer<sup>19</sup>, EU-kommissionen, NSK<sup>20</sup>, SKL:s förtroendevalda och presidium, SKL:s nätverk för folkhälsochefer i landstingen och motsvarande för kommunnivå, Statsrådsberedningens samordningskansli, lokala fackföreningar på Socialstyrelsen, personalen på Statens folkhälsoinstitut, privattandläkarna, föreningen SACO-vård<sup>21</sup> och föreningen Sveriges socialchefer.

Utredningen har haft löpande kontakt med politiker på nationell nivå – statsråd, riksdagsledamöter och statssekreterare.

I vårt arbete har SKL bistått på många sätt, både i diskussioner och möten och genom konkret underlag till utredningen. Detta stöd har varit viktigt för vår förståelse för vård- och omsorgssystemet ur ett kommunalt och landstingskommunalt perspektiv.

---

<sup>18</sup> SOU 2011:65 *Statens roll i framtidens vård- och omsorgssystem – en kartläggning*.

<sup>19</sup> Deltagande organisationer: Astma- och allergiförbundet, Pensionärernas Riksorganisation, Prostatacancerförbundet, Hjärt- och lungsjukas Riksförbund, Svenska Diabetesförbundet, Sveriges Pensionärsförbund, Demensförbundet, Lika Unika, Famna, Reumatikerförbundet, Riksförbundet för Social och Mental hälsa, Riksförbundet Attention.

<sup>20</sup> Nationella samverkansgruppen för kunskapsstyrning.

<sup>21</sup> Deltagande organisationer: Akademikerförbundet SSR, Förbundet Sveriges Arbetsterapeuter, Sveriges Dietister, Sveriges Farmaceutförbund, Svenska Logopedförbundet, Sveriges Läkarförbund, Sveriges Psykologförbund, Sveriges Tandläkarförbund, Legitimerade sjukgymnasters Riksförbund.

De 16 myndigheter och organisationer som ingått i referensgruppen till utredningen och som redovisats ovan, har bistått i arbetet både genom att delta aktivt i dialoger och diskussioner med utredningen, samt genom att formulera sina bilder av hur ett framtida vård- och omsorgssystem bör se ut och fungera utifrån de utmaningar som väntar. Vi har haft stor nytta av dessa konstruktiva synpunkter. Myndigheterna har faktagranskat beskrivningen av sina organisationer.

För att komplettera arbetet, har vi bett fem svenska forskare med olika perspektiv på vård- och omsorgssektorn att delge oss sina erfarenheter. Forskarna har beskrivit sin syn på vilka faktorer som fram till år 2025 påverkar statens förutsättningar att agera i vård- och omsorgssektorn, hur detta påverkar statens roll och styrning och resonerat kring hur staten bör organisera sig för att möta dessa utmaningar på ett effektivt sätt. Inför slutjusteringen av rapporterna genomfördes ett gemensamt seminarium då de fem olika analyserna diskuterades. De fem rapporterna finns samlade i Bilaga 5.

På vårt uppdrag har European Observatory on Health Systems and Policies<sup>22</sup>, skrivit en rapport om utmaningar och statlig styrning i 11 andra länder.<sup>23</sup> Denna rapport utkommer inom kort också i en uppdaterad version. Utredningssekretariatet har också mött experter från observatoriet i en särskild workshop. Utredningssekretariatet har också besökt Norge, Danmark, Finland, England, Nederländerna och Belgien/Bryssel, det sistnämnda främst för att få en europeisk överblick.

Utredningen har samrått med styrelseordföranden i Apotekens Service AB, med den parlamentariska utredningen Hållbara försäkringar vid sjukdom och arbetslöshet samt med utredningen Översyn av statlig regional förvaltning m.m.<sup>24</sup> Utredningen har även samrått med Arbetsgivarverket.

För att få en närmare uppfattning om vilka författningsmässiga konsekvenser som skulle bli följden av vårt förslag, har utredningen gått igenom stora delar av de lagar och förordningar som reglerar myndigheternas verksamheter. Genomgången redovisas i bilaga 6.

---

<sup>22</sup> <http://www.euro.who.int/en/who-we-are/partners/observatory/about-us>

<sup>23</sup> Se Bilaga 4.

<sup>24</sup> Dir 2010:48, *Hållbara försäkringar vid sjukdom och arbetslöshet*, Dir. 2009:62, *Översyn av statlig regional förvaltning*, tilläggsdir. 2010:72.

Vi vill tacka alla för den tid vi fått ta i anspråk för att lära och förstå hur staten uppfattas, men också för att vi fått ta del av tankar på hur det kan förbättras.

## 1.6 Förkortningar

Genomgående i vårt betänkande gäller att begreppet landsting även inbegriper begreppet regioner.<sup>25</sup> I texten använder vi oss av följande förkortningar:

Alkohol, narkotika, dopning och tobak (ANDT)  
Apotekens Service AB (APSE)  
Barnombudsmannen (BO)  
Forskningsrådet för arbetsliv och socialvetenskap (FAS)  
Försäkringskassan (FK)  
Hjälpmiddelsinstitutet (HI)  
Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd (HSAN)  
Hälso- och sjukvårdslagen (HSL)  
Läkemedelsverket (LV)  
Myndigheten för handikappolitisk samordning (Handisam)  
Myndigheten för internationella adoptionsfrågor (MIA)  
Myndigheten för vårdanalys (Vårdanalys)  
Nationella samverkansgruppen för kunskapsstyrning (NSK)  
Patientsäkerhetslagen (PSL)  
Riksrevisionen (RiR)  
Smittskyddsinstitutet (SMI)  
Statens Medicinsk-Etiska råd (SMER)  
Socialstyrelsen (SoS)  
Socialtjänstlagen (SoL)  
Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU)  
Statens folkhälsoinstitut (FHI)  
Statens institutionsstyrelse (SIS)  
Statens medicinsketiska råd (SMER)  
Sveriges Kommuner och Landsting (SKL)

---

<sup>25</sup> RF 1 kap, 7§§, 14 kap. 1-6§§ samt 2 kap 1 § KL.

Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket (TLV)  
Vetenskapsrådet (VR)  
Verket för innovationssystem (Vinnova)

## 2 Statens styrning och uppgifter inom vård- och omsorgssektorn i dag

### 2.1 En beskrivning av styrkedjan

Statens styrning av vård- och omsorgssystemet kan beskrivas ur många olika perspektiv. Det formella perspektivet beskriver systemet som en kedja, där riksdagens lagstiftning är grunden. Via lagstiftningen formulerar riksdagen gränserna och åtagandet för det kommunala självstyret, genom att ange de gemensamma mål som ska gälla all vård och omsorg i Sverige. Lagstiftningen är det grundläggande styrmedlet med bindande konsekvenser både för huvudmän och myndigheter.

Med EU-medlemskapet gör sig också den europeiska dimensionen påmind i lagstiftningssammanhang. Mycket av den nya lagstiftning som införs är direkta anpassningar till bindande direktiv på EU-nivå.

Regeringen kan själv precisera styrningen genom att besluta om föreskrifter, under beteckningen förordningar. I förordningarna fattar regeringen bl.a. beslut om ansvar och uppgifter för de statliga myndigheterna (förordningar med instruktion). Förordningar kan också användas för att styra huvudmännens ansvar på olika områden, under förutsättning att det finns ett bemyndigande för regeringen. Av Regeringsformen följer annars att åligganden för kommuner och landsting ska ske genom lagstiftning. En föreskrift är bindande, kan utgöra grund för tillsyn, och kan meddelas genom en lag eller förordning.

De statliga myndigheterna ansvarar inom sina verksamhetsområden för att gällande lagstiftning följs.<sup>1</sup> Regeringens ambition med styrningen av statsförvaltningen är att den ska vara tydlig,

---

<sup>1</sup> Myndighetsförordning (2007:515).

inriktad mot verksamheten, verksamhetsanpassad och medborgarorienterad. Regeringen skriver:

Tydlig innebär bl.a. att myndighetens uppdrag preciseras genom att uppgifter, regler och i förekommande fall mål och prioriteringar anges. Mål och uppgifter till myndigheterna formuleras så att respektive myndighet själv råder över eller har rimliga möjligheter att genom olika åtgärder kunna utföra uppdraget på ett tillfredsställande sätt.<sup>2</sup>

Regeringens mer direkta styrning av myndigheterna sker via instruktioner, och kompletteras med årliga regleringsbrev, där medelsfördelningen till respektive myndighet sker. Till detta kan regeringen besluta om särskilda uppdrag till myndigheterna. Till regeringens styrverktyg kan vidare nämnas utnämningmakten samt möjligheten att styra genom kontakter och dialog med myndigheterna, genom uttalanden och genom särskilda initiativ.

### 2.1.1 Myndigheternas styrmedel

Även myndigheterna har olika styrmedel till sitt förfogande, för att åstadkomma utveckling i de områden där de är verksamma. Ett av dessa styrmedel är att utöva tillsyn i enlighet med gällande regler. Myndigheterna meddelar också föreskrifter, dvs. generellt gällande, bindande regler.

En myndighet har dock ingen behörighet att meddela föreskrifter inom sitt verksamhetsområde enbart i sin egenskap av att vara myndighet. Denna behörighet uppkommer först genom ett bemyndigande av regeringen i förordning. Ett bemyndigande ger aldrig en myndighet en generell rätt att besluta föreskrifter, utan avser alltid behörighet att meddela föreskrifter på ett på visst begränsat område.<sup>3</sup> Ett exempel är Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2012:2) om smittspårningspliktiga sjukdomar som Socialstyrelsen har meddelat med stöd av ett bemyndigande i 7 § Smittskyddsförordningen (2004:255).

En stor del av många myndigheters styrning utgörs av allmänna råd, dvs. regler som skiljer sig från föreskrifter genom att de inte är bindande för vare sig myndigheter eller enskilda. Med allmänna råd avses sådana generella rekommendationer om tillämpningen av en författning som anger hur någon kan eller bör handla i ett visst

---

<sup>2</sup> Prop. 2009/10:175, *Offentlig förvaltning för demokrati, delaktighet och tillväxt*.

<sup>3</sup> Ds.1998:43, s. 24

hänseende.<sup>4</sup> För att en myndighet ska få besluta allmänna råd behövs inget särskilt bemyndigande.

En myndighet kan utfärda allmänna råd för att främja en enhetlig tillämpning av en viss författning eller för att bidra till utveckling i en viss riktning utan att formellt binda den som råden är riktade till. Exempel på allmänna råd är Socialstyrelsens allmänna råd om grundläggande kunskaper hos personal som arbetar i socialtjänstens omsorg om äldre (SOSFS 2011:12). Socialstyrelsen ger i dessa allmänna råd rekommendationer till stöd för tillämpningen av bestämmelsen i 3 kap. 3 § andra stycket Socialtjänstlagen (2001:453). Enligt bestämmelsen ska det för utförande av uppgifter inom socialtjänsten finnas personal med lämplig utbildning och erfarenhet. I råden anges de grundläggande kunskaper och förmågor som den personal som omfattas av råden bör ha.

Myndigheterna tar även fram en mängd andra dokument som inte är juridiskt bindande som t.ex. kan benämnas handböcker, riktlinjer eller vägledningar. Det kan handla om dokument som innehåller sådan information som inte får tas in i de bindande reglerna, t.ex. motivuttalanden, rättsfallsreferat eller myndighetens uppfattning om hur ett regelverk bör tolkas för att ge användaren en så fullständig information som möjligt. Ett exempel är Vägledning till Läkemedelsverkets föreskrifter (LVFS 2011:19) om kliniska läkemedelsprövningar på människor. Denna vägledning är avsedd att främja en enhetlig tillämpning av föreskrifterna och vänder sig till de aktörer (bl.a. läkemedelsföretag, prövare och tillverkare av prövningsläkemedel) som medverkar i genomförandet av kliniska läkemedelsprövningar på människor. Andra typer av dokument är bl.a. de nationella riktlinjer som Socialstyrelsen tar fram som ger vägledning om vilka behandlingar och metoder som olika verksamheter i vård och omsorg bör bedriva.

Myndigheterna kan också påverka verksamheterna genom uppföljning, samordning, kunskapsutveckling, information, egna förslag till regeringen, utvärdering samt dialog och samspel med huvudmännen och regeringen. Även kommunerna har föreskriftsrätt och kan utöva tillsyn inom olika områden, t.ex. lokalt miljö- och hälsoskyddsarbete.

---

<sup>4</sup> 1 § författningssamlingsförordningen (1976:725).

### 2.1.2 Myndigheternas ledningsformer

Av myndighetsförordningen framgår att förvaltningsmyndigheter under regeringen kan ledas av antingen en myndighetschef (enrådighetsmyndighet), en styrelse (styrelsemyndighet) eller en nämnd (nämndmyndighet).<sup>5</sup> Regeringens utgångspunkt är att verksamhetens art, politiska prioriteringar och regeringens behov av att styra myndigheten på ett visst sätt bör vara utgångspunkten för valet av ledningsform.

#### *Enrådighetsmyndighet med eller utan insynsråd*

De flesta förvaltningsmyndigheter leds som enrådighetsverk, då en generaldirektör ensam ansvarar för verksamheten inför regeringen. Ledningsformen passar för verksamhet som i hög grad är styrd av lag, som i huvudsak är av rutinärende- och servicekaraktär, verksamhet av främjande karaktär eller verksamheter med ett litet finansiellt ansvar, menar regeringen.<sup>6</sup> Drygt 100 förvaltningsmyndigheter leds för närvarande som enrådighetsmyndigheter.

En majoritet av de drygt 100 förvaltningsmyndigheter som leds av en myndighetschef har ett insynsråd. Myndighetschefen ska vara ordförande i insynsrådet och hålla rådet informerat om verksamheten. Utöver myndighetschefen kan insynsrådet bestå av förtroendevalda ledamöter och/eller ledamöter från myndigheter och organisationer av särskild betydelse för myndighetens verksamhet. Ledamöterna utses av regeringen på viss tid. Insynsrådets uppgift är att utöva insyn i verksamheten och att ge myndighetschefen råd. Det har inga beslutsbefogenheter. Insynsråd kan förekomma exempelvis då insyn i verksamheten av medborgare och politiker bedöms som särskilt angelägen eller när verksamheten har breda kontaktytor mot många olika grupper.<sup>7</sup>

---

<sup>5</sup> Myndighetsförordningen gäller för förvaltningsmyndigheter under regeringen om det inte finns en författningsbestämmelse som avviker från myndighetsförordningen, då gäller den bestämmelsen.

<sup>6</sup> Prop. 2009/10:175 *Offentlig förvaltning för demokrati, delaktighet och tillväxt.*

<sup>7</sup> Prop. 2009/10:175 *Offentlig förvaltning för demokrati, delaktighet och tillväxt.*



### *Styrelse*

Styrelse med fullt ansvar är en lämplig ledningsform för myndigheter som beslutar om medel i stor omfattning, myndigheter med stora anslag eller transfereringar, myndigheter som förvaltar stora tillgångar, forskningsintensiv eller kunskapsproducerande verksamhet eller verksamhet som i stor utsträckning påverkar näringsliv, kommuner och landsting.<sup>8</sup> Myndigheter som omfattas av internrevisionsförordningen (2006:1228) bör ledas av en styrelse eftersom internrevisionen då ges bäst förutsättningar att verka.

I styrelsemyndigheter är det styrelsen som ansvarar inför regeringen för verksamheten. Myndighetschefen ansvarar inför styrelsen för den löpande verksamheten enligt de direktiv och riktlinjer som styrelsen beslutar. Myndighetschefen ska ingå i styrelsen, men inte vara dess ordförande eller vice ordförande. Myndighetschefens uppgifter är bl.a. att hålla styrelsen informerad om verksamheten, förse styrelsen med underlag för beslut och verkställa styrelsens beslut. Därtill svarar myndighetschefen under styrelsen för myndighetens arbetsgivarpolitik och företräder myndigheten som arbetsgivare.<sup>9</sup>

### *Nämnd*

I en nämndmyndighet är det nämnden som ansvarar för verksamheten inför regeringen. Nämndmyndigheter kännetecknas av ett snävt ansvarsområde, en liten organisation och en kollektiv beslutsform. Vissa nämnder har en domstolsliknande karaktär. Om regeringen har bestämt att myndigheten ska ha ett eget kansli leds det i regel av en kanslichef. Det är dock vanligt att en vårdmyndighet sköter administrationen.

### *Särskilda organ*

I flera av de myndigheter som omfattas av vår utredning finns beslutsgrupper som fattar självständiga beslut med bara en begränsad påverkansmöjlighet från vårdmyndigheten. Grupperna regleras i myndigheternas instruktioner.

---

<sup>8</sup> Prop. 2009/10:175 *Offentlig förvaltning för demokrati, delaktighet och tillväxt*.

<sup>9</sup> Myndighetsförordning (2007:515).

## 2.2 Myndigheterna och deras uppgifter i dag

Som vi beskrivit i kapitel 1 har vi som utgångspunkt låtit 16 myndigheter och organisationer ingå i vår kartläggning av det statliga vård- och omsorgssystemet. Denna grupp har även bistått oss i vårt utredningsarbete genom att myndighetscheferna (eller motsvarande) ingått i en referensgrupp. I bilaga 3 i vårt delbetänkande finns en fördjupad beskrivning av myndigheterna och organisationerna var och en.<sup>10</sup> I bilaga 3 i detta betänkande finns en fördjupad verksamhetsbeskrivning av de myndigheter/organisationer som berörs av våra förslag, som bygger på myndigheternas egna uppgifter. Gruppen har getts möjlighet att faktagranska beskrivningarna. Socialstyrelsen roll och ändamålsenlighet analyseras mer fördjupat i kapitel 3. Nedan följer en kortfattad beskrivning av myndigheternas uppdrag och omfattning.

Uppgifterna om myndigheternas storlek redovisas här genom bokslutsuppgifter för 2010 som anger anslag, övriga intäkter och medeltal anställda.

För de myndigheter som direkt berörs av våra förslag, redovisar vi dessutom aktuella uppgifter i form av myndighetschefernas bedömning av antal årsarbetare 2012.<sup>11</sup> Uppgiften kan ses som ett komplement till uppgifterna för 2010. Dessa bedömningar avser helårsarbetskrafter och innefattar även inhyrd arbetskraft och kan bland annat av dessa skäl inte direkt jämföras med bokslutsuppgifterna för 2010.

### *Barnombudsmannen (BO)*

Barnombudsmannens uppgifter är reglerade i lag<sup>12</sup>. Barnombudsmannen ska företräda barns och ungas rättigheter och intressen mot bakgrund av Sveriges åtagande enligt Förenta nationernas konvention om barnets rättigheter (barnkonventionen). Barnombudsmannen ska även driva på genomförandet och bevaka efterlevnaden av barnkonventionen. Därutöver finns ytterligare uppgifter, exempelvis att föreslå författningsändringar och samla kunskap och sammanställa statistik om barns och ungas levnadsvillkor.

---

<sup>10</sup> SOU 2011:65 *Statens roll i framtidens vård- och omsorgssystem*.

<sup>11</sup> Bilaga 3.

<sup>12</sup> Lag (1993:335) om Barnombudsman.

**Tabell 2.1 Barnombudsmannen, intäkter och anställda, 2010**

	Anslag, tkr	Övriga intäkter	Totala intäkter	Medelantal anställda
2010	17 901	5 461	23 632	20

Källa: Resultaträkning i årsredovisning, avser förbrukade medel.

### *Forskningsrådet för arbetsliv och socialvetenskap (FAS)*

Forskningsrådet för arbetsliv och socialvetenskap (FAS) har till uppgift att främja och stödja grundforskning och behovsstyrd forskning på arbetslivsområdet samt inom social- och folkhälsovetenskap. Inom ramen för denna uppgift har FAS ett antal uppgifter, främst fördela medel till forskning men även en rad andra uppgifter, exempelvis bedöma kvaliteten, nyttiggörandet och samhällsrelevansen i den egna verksamheten och i utvärderingen av den forskning till vilken rådet har fördelat medel samt utreda angelägna forskningsbehov.<sup>13</sup>

**Tabell 2.2 FAS, intäkter och anställda, 2010**

	Anslag, tkr	Övriga intäkter, tkr	Totala intäkter, tkr	Medelantal anställda
2010	33 229	1 769	34 998	22

Källa: Resultaträkning i årsredovisning, avser förbrukade medel.

### *Försäkringskassan (tandvårdsdelen)*

Försäkringskassan är förvaltningsmyndighet för de delar av socialförsäkringen och andra förmåner och ersättningar som enligt lag eller förordning ska administreras av Försäkringskassan. Verksamheten består huvudsakligen i att besluta och betala ut sådana förmåner och ersättningar som myndigheten ansvarar för, däribland statligt tandvårdsstöd.<sup>14</sup>

<sup>13</sup> Förordning (2007:1431) med instruktion för Forskningsrådet för arbetsliv och socialvetenskap.

<sup>14</sup> Förordning (2009:1174) med instruktion för Försäkringskassan.

**Tabell 2.3** Försäkringskassan, finansiering och anställda, 2010

	Anslag, tkr	Övriga intäkter, tkr	Totala intäkter, tkr	Medelantal anställda
2010	7 198 000	945 000	8 143 000	12 867

Källa: Resultaträkning i årsredovisning, avser förbrukade medel.

### *Hjälpmedelsinstitutet (HI)*

Hjälpmedelsinstitutet är ett nationellt kunskapscentrum inom området hjälpmedel och tillgänglighet för människor med funktionsnedsättning. Hjälpmedelsinstitutet är ingen myndighet utan en ideell förening med staten och Sveriges Kommuner och Landsting som huvudmän. Institutet har lagstöd för att utföra vissa förvaltningsuppgifter<sup>15</sup>. Institutet har ett årligt fast anslag som formellt regleras i Socialstyrelsens regleringsbrev.

**Tabell 2.4** Hjälpmedelsinstitutet, finansiering och anställda, 2010

	Anslag, tkr	Övriga intäkter, tkr	Totala intäkter, tkr	Medelantal anställda
2010	51 876	48 876	99 752	76

Källa: Resultaträkning i årsredovisning, avser förbrukade medel.

- Inför 2012 bedömer HIs ledning att verksamheten kommer att kräva cirka 75 egna och inhyrda helårsarbetskrafter.

### *Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd (HSAN)*

Socialstyrelsen har från och med 1 januari 2011 övertagit hanteringen av patientklagomål från Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd (HSAN). HSAN:s uppgifter har begränsats till att pröva ärenden om provotid, återkallelse av legitimation och annan behörighet, begränsning av förskrivningsrätt samt ny legitimation och behörighet.<sup>16</sup> Från och med den 1 juli 2011 är HSAN en nämnd-

<sup>15</sup> Lag (1998:1214) om överlämnande av vissa förvaltningsuppgifter till Hjälpmedelsinstitutet, ideell förening.

<sup>16</sup> Förordning (2007:1019) med instruktion för Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd.

myndighet. Kammarkollegiet sköter administrationen. HSAN tilldelas 18 696 tkr i anslag för år 2011.

**Tabell 2.5 HSAN, finansiering och anställda, 2010**

	Anslag, tkr	Övriga intäkter, tkr	Totala intäkter, tkr	Medelantal anställda
2010	29 354	2 898	32 252	33

*Källa:* Resultaträkning i årsredovisning, avser förbrukade medel.

### *Läkemedelsverket*

Läkemedelsverket (LV) ansvarar för kontroll och tillsyn av läkemedel och andra produkter som står läkemedel nära.<sup>17</sup> LV:s kontroll och tillsyn är till stor del lagreglerad genom exempelvis läkemedelslagen, lagen om kontroll av narkotika eller genom olika EG-förordningar. LV har också andra uppgifter, bland andra att svara för föreskrifter och allmänna råd samt delta i EU-samarbete och annat internationellt arbete.

**Tabell 2.6 Läkemedelsverket, intäkter och anställda, 2010**

	Anslag, tkr	Övriga intäkter, tkr	Totala intäkter, tkr	Medelantal anställda
2010	0	612 525	612 525	610

*Källa:* Resultaträkning i årsredovisning, avser förbrukade medel.

- Inför 2012 bedömer LV:s myndighetsledning att verksamheten kommer att kräva cirka 654 egna och inhyrda helårsarbetskrafter. Detta speglar en viss faktisk ökning sedan 2010.

### *Myndigheten för handikappolitisk samordning (Handisam)*

Myndigheten för handikappolitisk samordning (Handisam) inrättades 1 januari 2006. Uppgifter från Handikappombudsmannen och Staten institut för särskilt utbildningsstöd fördes över till Handisam.

<sup>17</sup> Förordning (2007:1205) med instruktion för Läkemedelsverket.

Handisam har som övergripande uppgifter att samordna arbetet inom funktionshindersområdet samt främja ett strategiskt och effektivt genomförande av den nationella funktionshinderspolitiken. Inom ramen för dessa uppgifter har Handisam en rad särskilda uppgifter, exempelvis ta fram åtgärder för att komma till rätta med problem inom området, bevaka internationella utvecklingen, bidra till kunskapsutveckling och utveckla metoder för att integrera funktionshindersperspektivet i processer och organisationer.<sup>18</sup>

**Tabell 2.7 Handisam, intäkter och anställda, 2010**

	Anslag, tkr	Övriga intäkter <sup>1</sup> , tkr	Totala intäkter, tkr	Medelantal anställda
2010	19 976	23 299	43 275	27

*Källa:* Resultaträkning i årsredovisning, avser förbrukade medel.

1. Övriga intäkter består till 98 procent av bidrag (Nationellt processtöd, ESF.rådet, Attityduppdraget, Regeringskansliet).

- Inför 2012 bedömer Handisams myndighetsledning att verksamheten kommer att kräva cirka 41 egna och inhyrda helårsarbetskrafter. Detta speglar inte någon faktisk förändring i förhållande till 2010, utan enbart att bedömningen för 2012 avser både egna och inhyrda årsarbetskrafter.

#### *Myndigheten för internationella adoptionsfrågor (MIA)*

Myndigheten för internationella adoptionsfrågor (MIA) har till uppgift att skapa en hög kvalitet i den internationella adoptionsverksamheten i Sverige. MIA ansvarar för uppgifter enligt flera lagar och förordningar<sup>19</sup> samt fördelar statsbidrag till organisationer. MIA ska beakta barnkonventionen samt övervaka de svenska auktoriserade sammanslutningarnas arbete med internationell adoptionsförmedling, följa den internationella utveck-

<sup>18</sup> Förordning (2007:1134) med instruktion för Myndigheten för handikappolitisk samordning.

<sup>19</sup> Lagen (1997:191) med anledning av Sveriges tillträde till Haagkonventionen om skydd av barn och samarbete vid internationella adoptioner, lagen (1997:192) om internationell adoptionsförmedling, förordningen (1976:834) om prövning av utländskt beslut om adoption.

lingen, informera myndigheter och organisationer m.fl. samt får förhandla med myndigheter och organisationer i andra länder.<sup>20</sup>

**Tabell 2.8 MIA, intäkter och anställda, 2010**

	Anslag, tkr	Övriga intäkter, tkr	Totala intäkter, tkr	Medelantal anställda
2010	12 037	280	12 317	11

*Källa:* Resultaträkning i årsredovisning, avser förbrukade medel.

- Inför 2012 bedömer MIAs myndighetsledning att verksamheten kommer att kräva cirka 12 egna och inhyrda helårsarbetskrafter.

#### *Myndigheten för vårdanalys (Vårdanalys)*

Myndigheten för vårdanalys (Vårdanalys) bildades den 1 januari 2011. Vårdanalys har i uppgift att ur ett patient-, brukar och medborgarperspektiv följa upp och analysera verksamheter och förhållanden inom hälso- och sjukvård, tandvård samt i gränssnittet mellan vård och omsorg. Mer specifikt har Vårdanalys i uppgift att, bland andra, följa upp och analysera vårdens och omsorgens funktionssätt, effektivitetsgranska statliga verksamheter samt utvärdera information om vården och omsorgen som lämnas till den enskilde.<sup>21</sup>

Vårdanalys är under uppbyggnad och har i regleringsbrevet för år 2011 tilldelats 18 miljoner kronor. Enligt planerna kommer anslagsnivån från år 2013 att ligga på knappt 30 miljoner kronor.

- Inför 2012 bedömer Vårdanalys myndighetsledning att verksamheten kommer att kräva cirka 26 egna och inhyrda årsarbetskrafter.

<sup>20</sup> Förordning (2007:1020) med instruktion för Myndigheten för internationella adoptionsfrågor.

<sup>21</sup> Förordning (2010:1385) med instruktion för Myndigheten för vårdanalys.

*Smittskyddsinstitutet (SMI)*

Smittskyddsinstitutets allmänna uppgifter är sammanfattningsvis:

- genom kunskapsuppbyggnad och kunskapsspridning främja befolkningens skydd mot sjukdomar
- inom smittskyddsområdet svara för uppföljning, utvärdering och metodutveckling samt kunskapsuppbyggnad på vetenskaplig grund, förse regeringen, Socialstyrelsen och övriga myndigheter med kunskap samt förmedla kunskap till berörda inom hälso- och sjukvård, kommunal vård samt andra berörda.

Därutöver har SMI särskilda uppgifter bland annat inom krisberedskap, området hiv/aids, smittutbrott och internationellt samarbete.<sup>22</sup>

**Tabell 2.9 Smittskyddsinstitutet, intäkter och anställda, 2010**

	Anslag, tkr	Övriga intäkter <sup>1</sup>	Totala intäkter	Medelantal anställda
2010	202 265	129 453	332 718	324

*Källa:* Resultaträkning i årsredovisning, avser förbrukade medel.

<sup>1</sup> Övriga intäkter bestod år 2010 av avgifter och andra ersättningar (53 953 tkr), bidrag (75 185 tkr) och finansiella intäkter (315 tkr).

- Inför 2012 bedömer SMIs myndighetsledning att verksamheten kommer att kräva cirka 250 egna och inhyrda helårsarbetskrafter. Detta speglar en viss faktisk minskning sedan 2010, främst till följd av förändringar mellan 2010 och 2011.

*Socialstyrelsen (SoS)*

Socialstyrelsen (SoS) är förvaltningsmyndighet för verksamhet som rör hälso- och sjukvård, tandvård, hälsoskydd, smittskydd, socialtjänst, stöd och service till vissa funktionshindrade samt frågor om alkohol och missbruksmedel. SoS ska verka för en god hälsa och social välfärd samt för stödinsatser, omsorg och vård av hög kvalitet på lika villkor för hela befolkningen.

SoS har inom ramen för sitt övergripande uppdrag tre uppgifter: bygga upp och sprida kunskap, regelgivning och tillsyn. Därutöver finns ett antal övriga uppgifter avseende samordning bl.a. för

<sup>22</sup> Förordning (2010:604) med instruktion för Smittskyddsinstitutet.



insatser för barn, krisberedskap och smittskydd, erkännande av yrkeskvalifikationer samt statsbidrag.<sup>23</sup>

**Tabell 2.10 Socialstyrelsen, intäkter och anställda, 2010**

	Anslag, tkr	Övriga intäkter	Totala intäkter	Medelantal anställda
2010	925 992	148 898	1 074 890	959

*Källa:* Resultaträkning i årsredovisning, avser förbrukade medel.

- Inför 2012 bedömer SoSs myndighetsledning att verksamheten kommer att kräva cirka 1230 egna och inhyrda helårsarbetskrafter. Detta speglar en betydande faktisk ökning sedan 2010, främst till följd av två utvidgningar av uppdraget; övertagandet av tillsynen inom socialtjänstområdet samt övertagandet av huvuddelen av HSANs arbetsuppgifter.

#### *Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU)*

Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU) har till uppgift att vetenskapligt utvärdera tillämpade och nya medicinska metoder i hälso- och sjukvården. SBU ska sammanställa utvärderingarna och sprida dem till vårdgivare och andra berörda. Myndigheten ska utvärdera hur denna kunskap använts och vilka resultat som nåtts. Utöver detta ska SBU vara kontakt i internationella frågor som rör utvärdering av medicinska metoder.<sup>24</sup>

**Tabell 2.11 SBU, intäkter och anställda, 2010**

	Anslag, tkr	Övriga intäkter	Totala intäkter	Medelantal anställda
2010	56 248	14 845	71 093	48

*Källa:* Resultaträkning i årsredovisning, avser förbrukade medel.

<sup>23</sup> Förordning (2009:1243) med instruktion för Socialstyrelsen.

<sup>24</sup> Förordning (2007:1233) med instruktion för Statens beredning för medicinsk utvärdering.

- Inför 2012 bedömer SBU:s myndighetsledning att verksamheten kommer att kräva cirka 66 egna och inhyrda helårsarbetskrafter. Detta speglar en viss faktisk ökning i förhållande till 2010, samt att bedömningen för 2012 avser både egna och inhyrda årsarbetskrafter.

#### *Statens folkhälsoinstitut (FHI)*

Statens folkhälsoinstitut (FHI) har till uppgift att främja hälsa och förebygga sjukdomar och skador. Mer specificerat ska FHI göra en sektorsövergripande uppföljning av folkhälsans bestämningsfaktorer, utvärdera folkhälsopolitiska insatser, vara ett nationellt kunskapscentrum för metoder och strategier inom folkhälsoområdet samt ansvara för tillsyn inom alkohol-, narkotika- och tobaksområdet samt området hälsofarliga varor. Tillståndsgivningen och tillsynen är styrd av lagar och EU-förordningar. FHI ska medverka i EU- och annat internationellt arbete.<sup>25</sup>

**Tabell 2.12 FHI, intäkter och anställda, 2010**

	Anslag, tkr	Övriga intäkter	Totala intäkter	Medelantal anställda
2010	178 610	25 144	203 754	172

*Källa:* Resultaträkning i årsredovisning, avser förbrukade medel.

- Inför 2012 bedömer FHI:s myndighetsledning att verksamheten kommer att kräva cirka 143 egna och inhyrda helårsarbetskrafter. Detta speglar en viss faktisk minskning sedan 2010, främst mellan 2010 och 2011.

#### *Statens institutionsstyrelse (SiS)*

Statens institutionsstyrelsens (SiS) verksamhet är indelad i ungdomsvård och missbruksvård. Vid de särskilda ungdomshemmen vårdas ungdomar med stöd av LVU<sup>26</sup> och de som dömts till sluten

<sup>25</sup> Förordning (2009:267) med instruktion för Statens folkhälsoinstitut.

<sup>26</sup> Lagen (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga, LVU.

ungdomsvård enligt LSU<sup>27</sup>. Vid LVM-hemmen vårdas vuxna med missbruk med stöd av LVM.<sup>28</sup> SiS ska särskilt svara för

- planering, ledning och drift av de särskilda ungdomshemmen och LVM-hemmen,
- anvisning av platser till hemmen,
- ekonomisk styrning, resultatuppföljning och kontroll,
- metodutveckling, forskning, och utvecklingsarbete.<sup>29</sup>

Tabell 2.13 SIS, intäkter och anställda, 2010

	Anslag, tkr	Övriga intäkter	Totala intäkter	Medelantal anställda
2010	772 570	1 390 300	2 162 870	3 354

Källa: Resultaträkning i årsredovisning, avser förbrukade medel.

### Statens Medicinsk-etiska råd (SMER)

Regeringen inrättade Statens medicinsketiska råd (SMER) år 1985. Rådet tillkom på initiativ av socialutskottet i syfte att främja en fördjupad dialog om etiska frågor som väcks av medicinska forskningsframsteg mellan politiker och företrädare för vårdens discipliner, myndigheter och professioner. Motiven för rådet och de frågor som rådet bör ta upp beskrivs i en promemoria från Socialdepartementet.<sup>30</sup> En av rådets främsta uppgifter är att i ett tidigt skede uppmärksamma regeringen på utvecklingen inom sådan medicinsk forskning och behandling som kan vara etiskt kontroversiell.

Formellt är rådet en kommitté under Socialdepartementet och har ett sekretariat med tre anställda. Rådet består av ordföranden, åtta politiska ledamöter och tolv sakkunniga.<sup>31</sup>

<sup>27</sup> Lagen (1998:603) om verkställighet av sluten ungdomsvård, LSU.

<sup>28</sup> Lagen (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall, LVM.

<sup>29</sup> Förordning (2007:1132) med instruktion för Statens institutionsstyrelse.

<sup>30</sup> Socialdepartementet, protokoll vid regeringssammanträde 1985-03-05, *Inrättande av ett råd för medicinsk-etiska frågor*.

<sup>31</sup> Socialdepartementet, protokoll vid regeringssammanträde 1985-03-14, *Inrättande av ett råd för medicinsk-etiska frågor*.

*Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket (TLV)*

Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket (TLV) ansvarar för beslut om subventionering och prisreglering av varor som ingår i läkemedelsförmånerna samt har tillsyn över efterlevnaden av lagen (2002:160) om läkemedelsförmåner m.m. och av föreskrifter och villkor som har meddelats i anslutning till lagen.

TLV ska vidare följa utvecklingen i andra länder, följa upp och utvärdera sina beslut samt informera berörda om sin verksamhet och sina beslut.<sup>32</sup>

**Tabell 2.14 TLV, intäkter och anställda, 2010**

	Anslag, tkr	Övriga intäkter	Totala intäkter	Medelantal anställda
2010	87 667	1 734	89 401	56

*Källa:* Resultaträkning i årsredovisning, avser förbrukade medel.

- Inför 2012 bedömer TLVs myndighetsledning att verksamheten kommer att kräva cirka 80 egna och inhyrda helårsarbetskrafter. Detta speglar en viss faktisk ökning sedan 2010.

Sammanfattningsvis har myndigheterna/organisationerna följande uppgifter i sina instruktioner.<sup>33</sup>

- Elva myndigheter har till uppgift att ta fram och sprida kunskap. Sju myndigheter verkar inom närliggande och ibland samma områden: FHI, LV, Vårdanalys, SMI, SoS, SBU och TLV.
- Fem myndigheter har tillsynsuppgifter inom olika områden. FHI (alkohol-, narkotika-, tobak, hälsofarliga varor), LV (läkemedel och andra produkter som står läkemedel nära), MIA (internationella adoptioner), SoS (hälso- och sjukvård, tandvård, hälsoskydd, smittskydd, socialtjänst, stöd och service till vissa funktionshindrade samt frågor om alkohol och missbruksmedel), TLV (apoteksmarknadens aktörer bland annat avseende reglerna för utbyte av läkemedel på apotek).

<sup>32</sup> Förordning (2007:1206) med instruktion för Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket.

<sup>33</sup> Alla har inte instruktioner: Barnombudsmannens uppgifter regleras i lag. Hjälpmedelsinstitutet är ingen myndighet utan en ideell förening med staten och SKL som huvudmän. Institutets uppgifter regleras i lag om överlämnande av vissa förvaltningsuppgifter. SMER är formellt en kommitté, inrättandet av rådet beskrivs i ett regeringsbeslut från 1985.

- Fyra myndigheter arbetar med regelgivning: FHI (föreskriftsrätt avseende sina tillsynsområden), LV (svara för föreskrifter och allmänna råd), SoS (ansvara för föreskrifter och allmänna råd), TLV (svara för föreskrifter och allmänna råd).
- Tre myndigheter, LV, SiS och SMI, ska bedriva egen forskning.
- Sju myndigheter har forskningsanknutna uppgifter, FAS (främja och stödja), Handisam (initiera), FK (stödja), SMI (stödja), SBU (vetenskapligt utvärdera), SoS (följa, verka för), SMER (informations- och åsiktsutbyte om medicinsk-etiska frågor).
- Några myndigheter har så kallade "främjandeuppgifter", främst Handisam (genomförande av handikappolitiken), Barnombudsmannen (företräda barn och ungdomars intressen i enlighet med barnkonventionen), FHI (främja hälsa och förebygga sjukdomar och skador) och SMI avseende HIV-prevention (främja ideella organisationers verksamhet) och antibiotikaresistens (främja tvärsektorielt arbete, samt främja insatser på lokal och regional nivå).
- SIS ansvarar för behandlingshem och är den enda myndigheten som bedriver vård- och omsorgsverksamhet i egen regi.

Bland förändringar i myndighetsstruktur och uppgifter de senaste åren kan särskilt nämnas:

- SoS fick den 1 januari 2011 ansvar för hanteringen av patientklagomål från HSAN. HSAN prövar nu endast behörighetsfrågor avseende legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal. Från den 1 juli 2011 är HSAN en nämndmyndighet. Kammarkollegiet sköter handläggning och administration åt ansvarsnämnden.
- Vårdanalys bildades den 1 januari 2011 med övergripande uppgift att ur ett patient-, brukar och medborgarperspektiv följa upp och analysera hälso- och sjukvård, tandvård samt gränssnittet mellan vård och omsorg.
- Ansvaret för tillsyn över socialtjänsten och tillsyn enligt LSS fördes från länsstyrelserna till SoS den 1 januari 2010.
- Smittskyddsinstitutet ombildades 2010 och fick ett bredare och mer folkhälsoinriktat uppdrag med tonvikt på kunskapsuppbyggnad och kunskapsstyrning. Samtidigt fördes stora delar av

forskningsverksamheten till Karolinska institutet, medan uppgifter kring hiv/aids-prevention m.m. överfördes från SoS till SMI.

- I samband med reformen av det statliga tandvårdsstödet 2008 och omregleringen av apoteksmarknaden 2009, fick Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket (tidigare Läkemedelsförmånsnämnden) ett bredare uppdrag.
- Statens folkhälsoinstitut omlokaliseras år 2005 till Östersund. I stort sett alla medarbetare nyrekryterades.

## 2.3 Myndigheternas registerhantering

Myndigheterna förfogar över ett flertal uppgiftssamlingar, register, som används till att stödja den egna verksamheten. Dessa register regleras i flera författningar som ger respektive myndighet rättsligt stöd för att hantera personuppgifter i de olika registren. Uppgifterna i registren omfattas av den sekretess som gäller för respektive myndighet, register eller del av myndighetens verksamhet där uppgifterna hanteras.

### *Rättsliga förutsättningar*

I regel är en myndighet personuppgiftsansvarig för de register som förs i den egna verksamheten. Detta innebär att myndigheten dels bestämmer ändamålen med och medlen för behandlingen av personuppgifter, dels är ansvarig för att behandlingen sker på ett lagligt och korrekt sätt och i enlighet med god sed.<sup>34</sup> Personuppgiftslagen (1998:204) hindrar inte att en myndighet eller annan extern aktör anlitas som personuppgiftsbiträde av andra myndigheter. Den myndighet som är personuppgiftsansvarig kan alltså välja att anlita en extern aktör som för myndighetens räkning sköter exempelvis drift och underhåll av IT-system för registrets hantering, statistiska sammanställningar, samkörningar eller annat som innebär att den externa aktören behandlar personuppgifter. Personuppgiftsbiträdet får bara behandla personuppgifterna enligt givna instruktioner och riktlinjer från den personuppgiftsansvarige. Biträdet är därmed osjälvständigt i den mening att biträdet inte kan

---

<sup>34</sup> Se 3 och 9 §§ personuppgiftslagen (1998:204).

bestämma för vilka ändamål personuppgifterna ska behandlas. Den personuppgiftsansvarige som anlitar ett biträde ska se till att relationen regleras i ett personuppgiftsbiträdesavtal.<sup>35</sup> Den personuppgiftsansvarige är oavsett om ett biträde anlitas alltid rättsligt ansvarig gentemot de registrerade. Det är alltid den personuppgiftsansvarige som har att fatta de formella besluten kring hanteringen av uppgifterna, t.ex. i fråga om registerinnehåll, uppgifternas utlämnande, eventuella samkörningar och andra bearbetningar.

### *Centrala uppgiftssamlingar hos myndigheterna*

Socialstyrelsen ansvarar bl.a. för fem hälsodataregister som innehåller personuppgifter om patienter. Dessa är patientregistret, medicinska födelseregistret, cancerregistret, läkemedelsregistret och tandhälsoregistret. I de förordningar som reglerar registren framkommer bl.a. vilka uppgifter som får finnas i registren liksom skyldigheten för dem som bedriver hälso- och sjukvård att lämna uppgifter till registren.<sup>36</sup> Enligt lagen (1998:543) om hälsodataregister får registren endast användas för framställning av statistik, forskning samt uppföljning, utvärdering och kvalitets-säkring av hälso- och sjukvården. Uppgifterna i registren skyddas av s.k. absolut sekretess enligt 24 kap. 8 § offentlighets- och sekretesslagen (2009:400), vilket är lagens starkaste sekretesskydd.

Socialstyrelsen ansvarar också för andra register som innehåller känsliga personuppgifter, bl.a. donationsregistret<sup>37</sup> och dödsorsaksregistret, samt är statistikansvarig myndighet för ett antal register över insatser i socialtjänsten.

Läkemedelsverket ansvarar för en rad olika register inom områdena läkemedel och medicintekniska produkter. Som exempel kan nämnas det nationella produktregistret för läkemedel som omfattar alla godkända läkemedel i Sverige och registret om medicintekniska produkter som förs för att underlätta Läkemedelsverkets kontroll av de medicintekniska produkter som av tillverkaren CE-märkts och släppts ut på marknaden. Läkemedelsverket behandlar också med stöd av 4 kap. 4 och 5 §§ läkemedelsförordningen (2006:272) personuppgifter utifrån rapporter till myndigheten om biverk-

---

<sup>35</sup> Se 30 § personuppgiftslagen (1998:204).

<sup>36</sup> Se SFS 2001:707, 2001:708, 2001:709, 2005:363 och 2008:194.

<sup>37</sup> Se förordning (2009:1243) med instruktion för Socialstyrelsen.

ningar av läkemedel bl.a. från de som innehar godkända läkemedel samt från vårdgivare och patienter/ konsumenter.

Smittskyddsinstitutet hanterar en stor mängd uppgiftssamlingar inom ramen för sin verksamhet, som exempelvis sker i enskilda forskningsstudier, rapporteringen av anmälningspliktiga smittsamma sjukdomar (SMInet) och genom den vaccinationsregistrering som sker i Systemet Svevac.

I prop. 2011/12:123 *Ny ordning för nationella vaccinationsprogram* föreslår regeringen en ny lag om register för nationella vaccinationsprogram med ikraftträdande den 1 januari 2013.<sup>38</sup> I registret ska vårdgivarna registrera alla vaccinationer som ges inom ramen för programmen. Smittskyddsinstitutet ska vara personuppgiftsansvarigt för behandlingen av personuppgifter i registret. Personuppgifter ska få behandlas för statistik, utvärdering, kvalitetssäkring, uppföljning, forskning och epidemiologiska undersökningar.

Myndigheterna för också ett antal s.k. verksamhetsregister över dem som har tillstånd att bedriva olika verksamheter eller är anmälningspliktiga för sin verksamhet. Registren används främst för tillsyn, forskning och statistik. Som exempel kan nämnas att Socialstyrelsen har skyldighet att föra register över dem som har tillstånd att bedriva blodverksamhet/vävnadsinrättningar<sup>39</sup> och att Statens folkhälsoinstitut ska föra ett centralt register med uppgifter om dem som har tillstånd eller bedriver verksamhet enligt alkohollagen (2010:1622)<sup>40</sup>.

## 2.4 Statens servicecenter

Regeringen har beslutat att inrätta en ny myndighet – Statens servicecenter – den 1 juni 2012 med uppgift att svara för samordnat administrativt stöd till statliga myndigheter. En utgångspunkt för eventuella förslag om nya myndigheter har varit att de nya organisationerna ska anslutas till Statens servicecenter från start.

Syftet med Statens servicecenter är att öka effektiviteten och minska de administrativa kostnaderna i statsförvaltningen. Genom att koncentrera och standardisera verksamheten i ett servicecenter

---

<sup>38</sup> Planerad behandling i riksdagen 2012-06-11.

<sup>39</sup> Se 18 § lagen (2006:496) om blodsäkerhet och 23 § lagen (2008:286) om kvalitets- säkerhetsnormer vid hantering av mänskliga vävnader och celler.

<sup>40</sup> Se 13 kap. 1 § alkohollagen (2010:1622).



uppnås stordriftsfördelar, samtidigt som risker för kompetensbrist och personberoende inom myndigheterna minskar.

Målsättningen för servicecentret är att myndigheter med motsvarande 25 procent av alla statligt anställda ansluts till servicecentrets ekonomi- och lönerelaterade tjänster till och med 2015. Vad gäller e-handel är utgångspunkten att alla myndigheter som vill ska kunna ansluta sig till servicecentrets tjänst.

Servicecentrets tjänsteutbud kommer inledningsvis att omfatta löneadministration, rese- och utläggsadministration, beslutsskrivning avseende personalfrågor, tjänstepensionsadministration, kund- och leverantörsfakturahantering, anläggningsredovisning, löpande redovisning och bokslut, tidredovisning samt stöd för e-beställningar.

Syftet är att möjliggöra för kundmyndigheterna att frigöra sin administrativa personal för andra uppgifter, vilket är en förutsättning för att besparingspotentialen ska kunna realiseras.

Servicecenterutredningen har föreslagit en prismodell baserad på styckprissättning. Prislistan ska i grunden vara lika för alla och göra det tydligt för en myndighet vad den får och till vilket pris. Prissättningen ska vidare baseras på full kostnadstäckning där servicecentrets kostnader för såväl uppstart, löpande verksamhet som investeringar ska finansieras med avgifter.

I Statens servicecenter kommer administrativa stödtjänster att vara kärnverksamhet. Det innebär att servicecentrets främsta fokus kommer att vara att tillhandahålla administrativa stödtjänster med hög kvalitet till ett konkurrenskraftigt pris. För en myndighet som ansluter till Statens servicecenter innebär detta att myndighetens fokus på den egna kärnverksamheten kan öka.

Utöver de kvalitativa fördelarna finns en förväntad besparings-effekt som i Servicecenterutredningen beräknades till 33 procent, när det gäller statens kostnader för administrativa stödtjänster.<sup>41</sup>

## 2.5 Apotekens Service AB

Apotekens Service AB, APSE, är ett statligt bolag som från den 1 juli 2009 har ansvar för den infrastruktur som används av samtliga apoteksaktörer på den omreglerade apoteksmarknaden och som Apoteket AB tidigare ansvarade för.<sup>42</sup> APSE:s huvuduppgift är att ansvara för nationella infrastrukturtjänster som ska vara tillgängliga

---

<sup>41</sup> SOU 2011:38 *Ett myndighetsgemensamt servicecenter.*

<sup>42</sup> APSE:s hemsida april 2012.

för alla aktörer på apoteksmarknaden, i syfte att främja en patient-säker och kostnadseffektiv distribution av läkemedel. Detta ska ske på likvärdiga och icke-diskriminerande villkor för öppenvårds-apoteken.<sup>43</sup> Socialdepartementet är bolagets huvudman.<sup>44</sup>

Bolagets kunder är apoteksaktörer, landsting och systemleverantörer. Företagets tjänster består av tillgänglighet till elektroniska recept, stöd för att hantera läkemedelsförmånen och tillgång till nationella system för läkemedelsstatistik. En del av bolagets tjänster är obligatoriska för alla apoteksaktörer till en specifik kostnad, andra tjänster finns som tillval. Bolaget ansvarar också för elektroniska expertstöd, receptregistret, läkemedelsförteckningen och högkostnadsdatabasen. De tre senare används vid expediering av recept på apotek.<sup>45</sup>

TLV har till uppgift att prissätta APSE:s tjänster. Prissättningen omprövas efter årlig översyn.

---

<sup>43</sup> Statens ägardirektiv antagna på årsstämman april 2010.

<sup>44</sup> Enligt bolagsordningen är bolagets verksamhet att hantera databaser, register, IT-system och annan infrastruktur sammanhängande med apoteksverksamhet samt att utföra andra uppgifter som ålagts bolaget enligt lag, förordning eller genom avtal med staten, samt att bedriva därmed förenlig verksamhet. Syftet ska inte vara att generera vinst åt aktieägaren.

<sup>45</sup> APSE:s hemsida april 2012.

## 3 Fördjupad analys av Socialstyrelsen

I det följande analyseras Socialstyrelsens funktionalitet och ändamålsenlighet i vård- och omsorgssystemet i enlighet med direktiven. En samlad bild av myndighetens resursfördelning finns i Bilaga 3.

Vår analys av myndigheten utgår från det kartläggningsarbete som genomförts, och som baseras dels på intervjuer och möten, dels på en genomgång av olika styrdokument och annat relevant material.<sup>1</sup> I flertalet av de intervjuer vi genomfört har vi ställt frågan om hur Socialstyrelsens funktion och ändamålsenlighet i vård- och omsorgssystemet uppfattas.

Ett särskilt avsnitt sammanfattar den utvärdering av tillsynsreformen som Statskontoret överlämnade till regeringen i mars i år.<sup>2</sup>

### 3.1 En översiktlig bild

Socialstyrelsen (SoS) är förvaltningsmyndighet för verksamhet som rör hälso- och sjukvård, tandvård, hälsoskydd, smittskydd, socialtjänst, stöd och service till vissa funktionshindrade samt frågor om alkohol och missbruksmedel. SoS ska verka för en god hälsa och social välfärd samt för stödinsatser, omsorg och vård av hög kvalitet på lika villkor för hela befolkningen.

SoS har inom ramen för sitt övergripande uppdrag tre uppgifter: bygga upp och sprida kunskap, regelgivning och tillsyn. Därutöver finns ett antal övriga uppgifter avseende samordning bl.a. för

---

<sup>1</sup> Se kap. 1 för en fördjupad beskrivning av vårt arbetssätt.

<sup>2</sup> Statskontoret 2012:11 *Utvärdering av tillsynsreformen*.

insatser för barn, krisberedskap och smittskydd, erkännande av yrkeskvalifikationer samt fördelning av statsbidrag.<sup>3</sup>

Socialstyrelsen inrymmer många särskilda organ med eget beslutsmandat, reglerade i myndighetens instruktion. Dessa organ har bildats med syftet att sprida ansvaret för känsliga eller svåra beslut. Organen blir i detta sammanhang en garant för att besluten fattas utifrån en bred kompetensbas.

### **Kort om förändrade uppgifter och organisationsförändringar avseende Socialstyrelsen, år 2006 och framåt**

2006:

- Nationella rådet för specialisttjänstgöring inrättades den 1 mars. Rådets uppdrag är att utarbeta målbeskrivningar för de olika specialiteterna, stödja huvudmännen att uppnå hög kvalitet i specialiseringstjänstgöringen och främja utbildning av handledare.
- Myndigheten fick ansvar för register för uppföljning av dentala material.
- Myndigheten övertog administrationen av delar av Sibus (Statens institut för särskilt utbildningsstöd). I samband med detta blev Sibus ett särskilt beslutsorgan inom Socialstyrelsen.
- Myndigheten fick ansvar för tillsyn över blodverksamhet, enligt Lagen (2006:94) om blodsäkerhet.
- Myndigheten fick ett sektorsansvar för handikappolitiken.

2007

- Nya regler om rikssjukvård infördes från den 1 januari, vilket innebar att en särskild nämnd inrättades i myndigheten. Myndighetens uppgift är att fatta beslut om rikssjukvård; hälso- och sjukvård som ska bedrivas av ett landsting men som har hela landet som upptagningsområde.
- SKL övertog myndighetens ansvar för administrationen av medel till nationella kvalitetsregister.

---

<sup>3</sup> Förordning (2009:1243) med instruktion för Socialstyrelsen.

2008:

- Sibus avvecklades 1 juli. Verksamheten övertogs av nyinrättade Specialpedagogiska skolmyndigheten. Verksamheterna vid Specialpedagogiska institutet och Specialskolemyndigheten överfördes till den nya myndigheten.
- Myndigheten fick ansvar för tandhälsodataregister för vuxna enligt Förordning (2008:194) om tandhälsoregister hos Socialstyrelsen.

2009:

- Myndigheten fick ansvar för tillsyn över verksamhet som rör insamling, kontroll och framställning av vävnader och celler.<sup>4</sup>
- Som en konsekvens av omregleringen av apoteksmarknaden förändrades myndighetens uppgifter. Tillsynsuppdraget breddades med hänsyn till att marknaden omfattar fler aktörer.

2010:

- Tillsyn och verksamhet enligt Socialtjänstlagen(2001:453, SoL) och Lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (1993:383, LSS) fördes över till myndigheten den 1 januari. Myndigheten övertog dessutom ansvaret för kommunernas löpande tillsyn av sådan verksamhet, samt ansvaret för tillsyn över SiS:s institutioner.
- Myndigheten fick ett förstärkt tillsynsuppdrag gällande hem för vård eller boende för barn och unga genom förändring i Socialtjänstförordningen (2001:937). Myndigheten ålades att genomföra minst två inspektioner per år, varav minst en ska vara oanmäld.
- Myndigheten fick i uppdrag att driva UPP-centrum, ett nationellt utvecklingscentrum för barns psykiska hälsa. Centret ska inordnas i myndighetens ordinarie verksamhet från år 2012.
- I samband med ombildning av SMI, överfördes vissa uppgifter som rör hiv/aids och andra sexuellt överförbara blodburna sjukdomar från SoS till SMI. Även ansvaret för finansiering av

---

<sup>4</sup> Europaparlamentets och rådets direktiv 2004/23/EG av den 31 mars 2004 om fastställande av kvalitets- och säkerhetsnormer för donation, tillvaratagande, kontroll, bearbetning, konservering, förvaring och distribution av mänskliga vävnader och celler. Lag (2008:286) om kvalitets- och säkerhetsnormer vid hantering av mänskliga vävnader och celler.

systemet för att följa utbredning och konsekvenserna av en pandemi fördes från SoS till SMI.

- Nationella hivrådet flyttades den 1 juli från SoS till SMI.
- På regeringens uppdrag utsågs två nationella kompetenscentra att samla in, strukturera och sprida kunskap i kommunerna: ett för anhöriga (NkA) och ett demenscentrum (SDC).

2011:

- Myndigheten fick den 1 januari ansvar för hanteringen av patientklagomål från HSAN. HSAN prövar nu endast behörighetsfrågor avseende legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal. Från den 1 juli 2011 är HSAN en nämndmyndighet. Kammarkollegiet sköter handläggning och administration åt ansvarsnämnden.

**Tabell 3.1 Socialstyrelsen, intäkter och anställda, 2010**

	Anslag, tkr	Övriga intäkter	Totala intäkter	Medelantal anställda
2010	925 992	148 898	1 074 890	959

*Källa:* Resultaträkning i årsredovisning, avser förbrukade medel.

## 3.2 Tillsynsreformen

### *Regeringens utgångspunkter*

När det gäller vården och omsorgen regleras tillsynen bl.a. i Socialtjänstlagen, Patientsäkerhetslagen och Lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade. En viktig förändring av tillsynen skedde 1 januari 2010, då länsstyrelsernas tillsyns- och tillståndsverksamhet enligt Socialtjänstlagen och Lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS) fördes över till Socialstyrelsen, och samordnades med myndighetens tillsyn av hälso- och sjukvården. I regeringens proposition beskrivs reformen som en tvåstegsraket, där en renodlad tillsynsmyndighet bildas i steg två, genom att den samlade tillsynsverksamheten bryts ut från Socialstyrelsen.<sup>5</sup> Statskontoret fick i uppdrag att genom en utvärdering

<sup>5</sup> Prop. 2008/09:160, *En samordnad och tydlig tillsyn av socialtjänsten*, Socialtjänstlagen (2001:453, SoL).

ge underlag till beslut om det ska bildas en renodlad tillsynsmyndighet.<sup>6</sup>

Motiven för förändringen var i korthet att länsstyrelsens tillsyn var för svag, för begränsad, att brister inte följdes upp och att tillsynen var för olika över landet. Problemen förklarades bl.a. med bristen på en central funktion med uppgift att se till att tillsynsuppgifterna hanteras enhetligt över landet. En annan förklaring som lyftes fram var att länsstyrelserna som fristående myndigheter gjorde olika prioriteringar. Samarbetet mellan de olika länsstyrelserna bedömdes dessutom som begränsat. Regeringen ansåg att möjligheten till samarbete mellan tillsynen över socialtjänsten inklusive LSS och tillsynen över hälso- och sjukvården begränsades av att respektive tillsynsmyndighet prioriterade olika.

Andra brister som föranledde förändringen var dålig öppenhet i länsstyrelsernas tillsyn samt regeringens svårigheter att styra över 21 fristående länsstyrelser tillsyn.

Reformen innebär att lagstiftningens krav om tillsyn ensades i patientsäkerhetslagen (2010:659, PSL), socialtjänstlagen (2001:453, SoL) och lagen (1993:383, LSS) om stöd och service till vissa funktionshindrade.

Tillsyn definieras i 13 kap 2 § första stycket SoL.

Tillsyn enligt denna lag innebär granskning av att den verksamhet som avses i 1 § uppfyller krav och mål enligt lagar och andra föreskrifter samt beslut som har meddelats med stöd av sådana föreskrifter.

Föreläggande enligt 5 och 8 §§, återkallelse av tillstånd och förbud enligt 9–11 §§ får användas endast när verksamheten inte uppfyller de krav som framgår av lagar och andra föreskrifter.

I 13 kap. 3 § preciseras den s.k. tillsynsrollen, dvs. övriga uppgifter med nära samband med den tillsyn som ska utföras av Socialstyrelsen.

Socialstyrelsen ska inom ramen för sin tillsyn

- lämna råd och ge vägledning,
- kontrollera att brister och missförhållanden avhjälps,
- förmedla kunskap och erfarenheter som erhålls genom tillsynen, och
- informera och ge råd till allmänheten.

Sammanfattningsvis är tillsynsrollen i vården och omsorgen tudelad: Det handlar dels om en granskande roll som syftar till att

---

<sup>6</sup> Statskontoret 2012:11 *Utvärdering av tillsynsreformen*.

kontrollera att lagar och regler följs, dels en stödjande roll, med syfte att få verksamheterna att utvecklas i en dialog om tillsynens resultat. Föreningen av de båda rollerna kan upplevas som svår, men regeringen ser att bägge delarna är viktiga i hälso- och sjukvården och socialtjänsten.

När det gäller tillsynen av hälso- och sjukvården finns motsvarande tillsynsbestämmelser i patientsäkerhetslagen (2010:659, PSL) och syftar till att främja hög patientsäkerhet inom hälso- och sjukvård och därmed jämförlig verksamhet. Lagen omfattar tillsyn av hälso- och sjukvården (dvs. verksamheten) och dess personal.<sup>7</sup> Lagen (1993:383) om stöd och service till vissa funktionshindrade, LSS, regleras på samma sätt och omfattar verksamheten.<sup>8</sup> I PSL och LSS finns likadana bestämmelser som finns i socialtjänstlagen (2001:453, SoL) 13 kap. 3 § SoL och som preciserar den s.k. tillsynsrollen.

Utöver detta finns i socialtjänstförordningen en precisering kring tillsyn över hem för vård eller boende för barn och unga. Här anges att Socialstyrelsen ska genomföra inspektioner minst två gånger per år, varav åtminstone en ska vara oanmäld.<sup>9</sup>

#### *Reformen följdes av internt förändringsarbete*

I samband med att riksdagen fattade beslut om en sammanhållen och integrerad tillsyn av hälso- och sjukvård och socialtjänst, fattade också regeringen beslut om en ny instruktion för myndigheten, som utgår ifrån områdena Kunskap, regelgivning och tillsyn.<sup>10</sup> Socialstyrelsen inrättade också en processbaserad organisation, med syfte att skapa bättre förutsättningar för integrering av hälso- och sjukvård och socialtjänst. I processorganiseringen skulle myndighetens olika styrmedel (såsom kunskap, normering och tillsyn) effektiviseras. Ett annat syfte var att skapa större enhetlighet i metoder, rutiner och uppföljning. Den tidigare organisationen, som delade hälso- och sjukvård och socialtjänst i separata avdelningar, ansågs inte ändamålsenlig för att möta de framtida utmaningar som myndigheten fått i uppdrag att hantera. Frågor som missbruksvård, äldreomsorg, omsorg om funktionshindrade, vård för barn och unga, stöd och vård till

<sup>7</sup> Patientsäkerhetslag (2010:659, PSL) 7 kap.

<sup>8</sup> Lagen (1993:383) om stöd och service till vissa funktionshindrade, LSS.

<sup>9</sup> Socialtjänstförordningen (SFS 2001:937) 3 kap 19 §.

<sup>10</sup> Förordning (2009:1243) med instruktion för Socialstyrelsen.



personer med psykisk sjukdom ansågs kräva ett mer integrerat synsätt i stället för att hanteras separat.<sup>11</sup>

### 3.2.1 Statskontorets utvärdering av tillsynsreformen

Statskontoret har utvärderat Socialstyrelsens tillsynsarbete inom ramen för uppdraget att utvärdera tillsynsreformen. Nedanstående avsnitt sammanfattar Statskontorets utvärdering.<sup>12</sup>

Statskontoret skriver i sin rapport att även om förutsättningarna för att nå en enhetlig tillsyn har förbättrats i och med att verksamheten samlats i en myndighet, så finns många brister i styrning, ledning och organisering av den samlade tillsynen.

Statskontoret har inom ramen för sin utvärdering av tillsynsreformen genomfört en enkät till kommuner och landsting, bl.a. om hur de uppfattar Socialstyrelsens tillämpning av tillsynsrollen. Statskontoret visar att kommunerna tycker att Socialstyrelsen har försummat den del av tillsynen som innebär vägledning och rådgivning om hur regler ska tillämpas, samt kunskapsåterföring av tillsynens iakttagelser. Kommunala företrädare vet heller inte till vem på Socialstyrelsen de kan vända sig för att få vägledning om hur det nationella regelverket ska tillämpas. Statskontoret konstaterar vidare att flertalet kommunala företrädare anser att det var enklare att få vägledning och råd före 2010, då tillsynen över socialtjänsten låg på länsstyrelserna. Drygt 50 % av kommunerna anser att kunskapsåterföringen från tillsynen har försämrats efter reformen.

Bland företrädare för landstingen är svarsfrekvensen lägre men det som framkommer är att det finns ett missnöje över att handläggningstiderna vuxit och att det blivit svårare att nå tjänstemän för att diskutera frågor.

#### *Oklart vem som ska ge vägledning och råd i anslutning till tillsynen*

Statskontoret konstaterar att regeringen i sin styrning av Socialstyrelsen via det instruktionsenliga uppdraget inte närmare preciserar det lagreglerade tillsynsuppdraget. I instruktionen framgår att Socialstyrelsen ska ansvara för tillsyn inom sitt verksamhetsområde samt att Socialstyrelsen ska ta tillvara och sprida kunskap från

<sup>11</sup> Statskontoret 2011:8 *Myndighetsanalys av Socialstyrelsen*.

<sup>12</sup> Statskontoret 2012:11 *Utvärdering av tillsynsreformen*.

tillsynen, och att den ska bedrivas utifrån ett barnperspektiv och ett jämställdhetsperspektiv. I myndighetens arbetsordning anges att tillsynsavdelningens uppdrag är att granska verksamheterna, samt att ta tillvara och sprida kunskap från tillsynsverksamheten, såväl inom myndigheten som i förhållande till dem som myndigheten omfattar. Avdelningen har också ansvaret för att informera, lämna råd och ge vägledning till verksamheter inom ramen för tillsynen och till allmänheten.<sup>13</sup> Dock erfar Statskontoret att i praktiken har ansvarsfördelningen kommit att bli annorlunda. I praktiken har tillsynsavdelningen kommit att ansvara enbart för de granskande uppgifterna, samt delvis för förmedling av kunskaper och erfarenheter som erhållits genom tillsynen, medan andra delar av myndigheten kommit att ansvara för resterande delar i tillsynsuppdraget, såsom rådgivning, vägledning och kunskapsförmedling.

### *Ingen systematik i ärendehantering*

Statskontorets utvärdering visar att Socialstyrelsen saknar system för att samlat styra och följa upp tillsynsverksamheten. Statskontoret konstaterar att det saknas ett fungerande dokumenthanteringssystem och att det därmed också är omöjligt att följa t.ex. handläggningstider. Statskontoret skriver:

Bristande uppföljningssystem försvårar analyser av ärendebalanser och handläggningstider. En effektiv produktionsstyrning förutsätter att olika typer av ärenden och eventuella flaskhalsar kan identifieras löpande.

Bristerna i myndighetens interna uppföljning och kontroll av tillsynsverksamheten gör sig också gällande i relation till tillsynsobjekten. Socialstyrelsen har i uppdrag att föra register över dessa, och kommuner och landsting har en plikt att anmäla vård- och omsorgsgivare till Socialstyrelsen. Statskontoret har i sin utvärdering särskilt granskat tillsyn över hem och boende för barn och konstaterar att många kommuner inte följt sina skyldigheter att anmäla verksamheterna. Socialstyrelsen har inte vid något tillfälle utfärdat föreläggande mot kommuner som bryter mot anmälningskyldigheten.

---

<sup>13</sup> Verksamheterna som ska granskas är: verksamheter inom socialtjänstområdet, smittskydd, hälso- och sjukvård samt hälso- och sjukvårdspersonal i deras yrkesutövning.

*Tillsynens resurser är inte fredade inom myndigheten*

Statskontoret lyfter i sin utvärdering fram att eftersom tillsynen huvudsakligen finansieras via Socialstyrelsens förvaltningsanslag, utan särskilda villkor eller specificerade anslagsposter, minskar regeringens möjligheter att styra tillsynen finansiellt. Regeringen har därmed gett Socialstyrelsen ansvaret för prioriteringen av tillsynens resurser i förhållande till resurser för övriga delar av myndighetens uppdrag. Det innebär också att Riksdagen avsagt sig det övergripande ansvaret för prioriteringen av resurstilldelningen för samlad statlig tillsyn inom hälso- och sjukvård och socialtjänst.

*Obalanser i tillsynsregleringen*

Statskontoret har också pekat på att tillsynsregleringen i Socialtjänstförordningen riskerar att tränga undan annan tillsyn inom området. Statskontoret konstaterar vidare att ärendebalanserna – dvs. antalet icke avgjorda ärenden – har ökat kraftigt, under 2011 med närmare 60 procent. Vid slutet av 2011 uppgick balansen till 17 200 ärenden, varav drygt 3 500 varit öppna längre än 1 år. En del av dessa ärenden är en konsekvens av att Socialstyrelsen sedan den 1 januari 2011 har fått ansvar för att utreda enskildas klagomål mot hälso- och sjukvården. Av de 17 200 ärendena i balans, klassades drygt 5 900 som klagomål mot hälso- och sjukvård.<sup>14</sup>

*Hälso- och sjukvårdstillsynen fortsatt underdimensionerad i relation till socialtjänsttillsynen*

Den utredning som föregick regeringens proposition om reformen inom den sociala tillsynen, konstaterade att resurserna för tillsyn över hälso- och sjukvård var otillräckliga jämfört med resurserna för äldreomsorgstillsynen. Utredningen menade att Regeringskansliet inte i tillräcklig utsträckning prioriterade tillsynsresurserna för hälso- och sjukvård.

Dock visar Statskontoret att reformen i praktiken inte innebar någon förändring i resursfördelningen mellan de två tillsynsområdena. Ingen närmare analys av resursbehovet för den nya samordnade statliga tillsynen över socialtjänst respektive hälso- och

<sup>14</sup> Uppgifterna har Statskontoret fått genom att uttryckligen efterfråga uppgifter om antalet öppna tillsynsärenden.

sjukvård gjordes när de båda tillsynsområdena fördes samman. Statskontoret skriver:

Den nya tillsynsorganisationen blev egentligen summan av de personalresurser som före reformen utövade tillsyn hos länsstyrelserna och de personalresurser som före reformen utövade tillsyn över hälso- och sjukvård hos Socialstyrelsen.<sup>15</sup>

Statskontorets samlade bedömning är att det vore lämpligt att bilda en fristående tillsynsmyndighet för hälso- och sjukvård och socialtjänst. De menar att det är alltför svårt för Socialstyrelsen att inom ramen för sitt samlade uppdrag genomföra de åtgärder som skulle behövas för att utveckla tillsynen. Med en renodlad tillsynsmyndighet skulle tillsynen i stället få en särställning som statligt styrmedel, samtidigt som Riksdagen får det övergripande ansvaret för prioritering av resurserna för tillsynen. Vidare menar de att en ny inspektionsmyndighet ger möjligheter att från början anpassa styrmodeller, uppföljningssystem och ärendehanteringssystem till stora ärendevolymer och en myndighetsutövande roll. Statskontoret menar att detta skulle förbättra möjligheterna för en förtydligad och utvecklad tillsynsroll och strategi för kompetensförsörjning. Statskontoret pekar också på vikten av en nära dialog mellan den nya myndighetsledningen och regeringen i inledningsfasen av ett uppbyggnadsskede, för att minimera risker som kan uppstå under genomförandet.

### **3.3 Vår bedömning av Socialstyrelsens ändamålsenlighet och funktionalitet i vården och omsorgen**

#### *Uppdraget*

Socialstyrelsen har många olika roller enligt sitt instruktionsenliga uppdrag, och mottar därutöver många särskilda uppdrag från regeringen under löpande budgetår.

De olika rollerna i uppdraget inrymmer olika mål som delvis är motstridiga. Ett exempel på målkonflikter i det instruktionsenliga uppdraget är att myndigheten både har normerande och granskande uppgifter. Dessutom har myndigheten i uppgift att fördela statsbidrag. De inneboende målkonflikterna gör att myndigheten kan förväntas ha svårt att i alla delar tillgodose uppdraget, trots att

---

<sup>15</sup> Statskontoret 2012:11 *Utvärdering av tillsynsreformen*.

detta är en av regeringens grundläggande förvaltningspolitiska principer. Regeringen menar att styrningen av myndigheterna ska vara tydlig i den meningen att "...mål och uppgifter till myndigheterna /ska/ formuleras så att respektive myndighet själv råder över eller har rimliga möjligheter att genom olika åtgärder kunna genomföra uppdraget på ett tillfredsställande sätt".<sup>16</sup>

Mängden särskilda uppdrag till Socialstyrelsen har ökat under senare år,<sup>17</sup> något som också kritiserats av bl.a. Statskontoret.<sup>18</sup> Uppdragsmängden till Socialstyrelsen står i också strid med regeringens principiella ställningstaganden kring myndighetsstyrning som syftar till att åstadkomma en mer långsiktig och strategisk styrning. För att åstadkomma detta menar regeringen att styrsignalerna till myndigheterna bör blir färre och tydligare.<sup>19</sup> En risk med en stor uppdragsmängd är att myndighetens utrymme för egna initiativ och mer långsiktigt arbete i enlighet med målen i instruktionen minskar.

Troligen spelar mängden särskilda uppdrag in i den bild vi fått av myndigheten genom de samtal och intervjuer vi genomfört. Uttryck som "skotträdd", "passiv" och "utan förmåga att vara i framkant" har återkommit i intervjuerna. Dessa uttryck speglar att mängden uppdrag får konsekvenser för hur myndighetens roll i vården och omsorgen uppfattas. De får också konsekvenser för regeringens bild av myndigheten. Vår bedömning är att med en minskad uppdragsmängd och större möjligheter till proaktivitet, egna initiativ och långsiktiga strategiska analyser över sektorns framtida utmaningar, så kan också myndighetens mervärde i vården och omsorgen öka.

### *Målgruppen*

En problematik som hänger samman med myndighetens olika roller och som också lyfts fram är att målgruppen inte är tydligt utpekad. Vem är myndigheten till för?

Här finns ingen entydig uppfattning. Här förekommer t.ex. bilden av myndigheten som ett stabsorgan till regeringen som ska

---

<sup>16</sup> Prop. 2009/10:175 *Offentlig förvaltning för demokrati, delaktighet och tillväxt*.

<sup>17</sup> Se också kap 4.

<sup>18</sup> Se Statskontoret 2011:8 *Myndighetsanalys av Socialstyrelsen*.

<sup>19</sup> Se prop. 2008/09:1 *Budgetpropositionen för 2009*, där regeringen skriver att "...det är angeläget att styrsignalerna till myndigheterna för att de ska få avsett politiskt genomslag blir såväl färre som tydligare".

bidra med underlag för politikens fortsatta inriktning, och bilden av myndigheten som i första hand ett stöd för sektorn och dess aktörer i arbetet med att driva och utveckla verksamheterna. En tredje bild är att Socialstyrelsen ska vara statens förlängda arm, och se till att lagar och regler följs. Utifrån det sistnämnda perspektivet är myndighetens roll tydligt åtskild från intressen och behov i kommuner och landsting.

I kapitel 4 tecknar vi en bild av vårdens och omsorgens behov. Här framkommer att det i vården och omsorgen finns en tydlig efterfrågan på nationell samordning, stöd och styrning inom många olika frågor, varav många frågor täcker delar av Socialstyrelsens nuvarande uppdrag. Det finns med andra ord ett stort mervärde för Socialstyrelsen att fylla för vården och omsorgen. Utifrån detta perspektiv är myndighetens målgrupp vården och omsorgen och dess företrädare.

Samtidigt står myndigheten i en direkt lydndsrelation till regeringen, en aktör som också den representerar ett medborgerligt intresse. Det är regeringen och inte sektorn som förväntas styra myndigheten i linje med medborgarnas önskemål.

Utifrån utredningens angreppssätt finns inget självändamål med en statlig myndighet i vård- och omsorgssystemet, om inte vården och omsorgen och ytterst medborgarna har någon nytta av den. Statens mervärde i sektorn ska med andra ord relateras till vårdens och omsorgens behov. Utifrån detta perspektiv är det vården och omsorgen som är den omedelbara målgruppen för staten och de statliga myndigheterna. Vi menar att den otydlighet kring myndighetens målgrupp som framkommit, förstärks genom de konstitutionella förutsättningarna, som pekar ut att ansvaret för verksamheterna ligger på kommuner och landsting. Detta gör att myndighetens målgruppsbild kompliceras och delas mellan nationella och regionala/lokala intressen.

För myndighetens del betyder det att lyhördheten mot och kontakterna med kommuner, landsting och t.ex. olika producenter av vård- och omsorg måste vara omfattande, samtidigt som myndigheten har att omsätta de lagar och regler som regering och riksdag beslutat, utöver det instruktionsenliga uppdraget samt eventuella särskilda uppdrag från regeringen.

### *Ingångar*

Omorganiseringen av Socialstyrelsen syftade till att förutsättningarna för ett mer samlat arbetssätt i myndigheten skulle förbättras. Systematik i metoder och integrering av relevanta perspektiv i de underlag och rapporter myndigheten tar fram skulle också kunna underlättas. Men förändringen har gett upphov till en del nya problem, problem som man också förutsåg i samband med omorganisationen. Myndigheten har inte i tillräcklig utsträckning förmått att behålla tydligheten i ”ingångar” och kontaktytor mot omvärlden. Dessutom har målen om en större integration mellan olika områden bara delvis uppnåtts. Myndighetens olika avdelningar sluter sig och integreringen mellan olika delar är begränsad, även om gränssnitten är nya.<sup>20</sup>

Omorganisationen visar på behovet av tydliga fack- eller sakorienterade ingångar och kompetensgemenskaper i myndighetens kommunikation med omvärlden. Detta kan ske parallellt med ett processorienterat arbetssätt. I synnerhet inom kunskapsområdet behövs områdesvisa indelningar för att det ska gå att orientera sig för den som vill komma i kontakt med myndigheten.

Att kompetens saknas på vissa områden är svårt att undvika i alla sammanhang för en myndighet med ett så omfattande uppdrag som Socialstyrelsen. Men när särskild kompetens saknas på myndigheten, måste ändå området vara identifierat och ha en ”plats”, så att myndigheten kan hänvisa vidare, upphandla tjänster eller kompetens eller på annat vis tillgodose behoven av kontakter i vården och omsorgen.

### *Tillsynen*

Arbetet med tillsyn inom hälso- och sjukvård och socialtjänst förutsätter en dubbel roll: det handlar dels om att säkerställa vårdens och omsorgens kvalitetsnivåer och patienters och brukares rättssäkerhet genom granskning av att beslutade lagar och regler efterlevs. Dels handlar det om att genom att informera om tillsynens resultat och gällande regelverk, bidra till vårdens och omsorgens utveckling.<sup>21</sup>

---

<sup>20</sup> Se också Statskontoret 2011:8 *Myndighetsanalysen av Socialstyrelsen*.

<sup>21</sup> Patientsäkerhetslagen (2010:69, PSL), Socialtjänstlagen (2001:453, SoL), Lagen (1993:383, LSS) om stöd och service till vissa funktionshindrade.

Socialstyrelsens tillsyn har kommit att brista i balansen mellan de två rollerna. Förmågan till flexibilitet, konstruktiv dialog och utveckling av alternativa lösningar har försvagats med den tolkning av tillsynsrollen som Socialstyrelsen gör.

Som ett led i att vården och omsorgen förändrats och utvecklas mot en marknad med en mångfald av olika aktörer, bör också tillsynen anpassas i sin inriktning. Tillsynsverksamheten bör utvecklas mer mot att också täcka beställarrollen, eftersom beställaren har en avgörande roll för verksamheternas kvalitet och också det yttersta ansvaret för att frågor om t.ex. patientsäkerhet och brukarnas rättssäkerhet upprätthålls.

Vår kartläggning av Socialstyrelsens tillsynsverksamhet visar att myndigheten bedriver omkring 2 500 fysiska tillsynsbesök på ett år, fördelat på omkring 290 årsarbetare. Fördelat per inspektör och år innebär detta i snitt knappt 9 inspektioner årligen.<sup>22</sup> Detta är inte en tillfredsställande nivå.

Delvis kan det låga antalet inspektioner bero på att den tillsyn som bedrivs, inte sker utifrån ett riskbaserat angreppssätt. Med ett riskbaserat angreppssätt kan inspektionstillfällena effektiviseras och anpassas efter risknivån. Ett riskbaserat angreppssätt kräver dock en annan överblick över tillsynsobjekten än vad Socialstyrelsen har i dag. Det är ett allvarligt problem att kommunerna inte fullgör sin anmälningsskyldighet till Socialstyrelsen, och i detta sammanhang är det problematiskt att myndigheten inte använder de ingripandemöjligheter som finns för att åstadkomma en bättre överblick. Samma luckor i kunskapen om tillsynsobjekten inom vården finns i vårdgivarregistret. Bristerna i registren medför stora hinder för verksamhetstillsynen från Socialstyrelsens sida.<sup>23</sup> Med detta sagt är det också allvarligt att myndigheten saknar ett ärendehanteringssystem som möjliggör en samlad uppföljning och styrning av tillsynen.

Myndigheten har tagit initiativ för att komma tillrätta med problemen. Bl.a. planeras en förändrad organisering av tillsynsverksamheten.<sup>24</sup>

Även om ett riskbaserat angreppssätt skulle införas och ärendesystemen förbättras, är det enligt utredningens bedömning tvek-

---

<sup>22</sup> Se bilaga 3.

<sup>23</sup> Ewa Axelsson (2011) *Patientsäkerhet och kvalitetssäkring i svensk hälso- och sjukvård*. I avhandlingen konstateras att ett tillstånds- eller godkännandeförfarande även för offentligt driven verksamheter skulle kunna vara ett sätt att råda bot på uppkomna brister.

<sup>24</sup> Se t.ex. Cap Gemini (2011) *Utvärdering av Tillsynsavdelningens organisation*. Rapport m. SoS:s dnr 1.3-10566/2011.



samt om resursfördelningen till tillsynen är tillräcklig i Socialstyrelsen i dag. De stora ärendebalanserna pekar på att tillsynen troligen behöver förstärkas för att kunna fungera fullt ut.

### *Kunskapsstyrningen*

Socialstyrelsen medverkar i kunskapsstyrningen på olika sätt. Myndigheten samordnar arbetet med Öppna jämförelser tillsammans med SKL. Myndigheten står också bakom mycket av arbetet med att ta fram nationella riktlinjer för vården och omsorgen. En allt större del i myndighetens arbete ägnas åt att genomföra särskilda uppdrag, varav många har kopplingar till kunskapsstyrningen. Inte minst viktigt är myndighetens arbete inom området uppföljning, statistik och analys på olika områden.

Socialstyrelsen har specialistkompetens inom flera olika områden, som gör att myndigheten bidrar till kunskapsutvecklingen för sektorn på många olika sätt. De underlag som myndigheten bidrar med och som visar jämförelser av kvalitet och resultat i vården och omsorgen över landet, har stor betydelse för verksamheternas utveckling. Öppna jämförelser betraktas som en av de viktigaste påverkansfaktorerna för förbättringar, och här är Socialstyrelsens nationella perspektiv viktigt.

En mer samordnad infrastruktur och bättre system för datafångst och integrering av olika perspektiv i resultatjämförelserna skulle ytterligare kunna öka tempot och genomslagskraften i denna del i kunskapsstyrningen.<sup>25</sup> På så sätt kan dessa underlag bli än mer verksamma i vården och omsorgen.

Vikten av integration av olika perspektiv på vård och omsorg märks i myndighetens arbete, t.ex. i de nyligen framtagna riktlinjerna för förebyggande hälso- och sjukvård.<sup>26</sup> Trots myndighetens omorganisering för att skapa ökad integration mellan hälso- och sjukvård och socialtjänst, är dock gränstorna inom myndigheten fortfarande så starka att de uppfattas som ett problem i vården och omsorgen. Hälso- och sjukvården hanteras för sig, det förebyggande arbetet för sig, funktionshindersperspektivet för sig etc., i många av de rapporter, underlag och rekommendationer som

---

<sup>25</sup> Se också Socialstyrelsen (2012) *Ändamålsenlig och strukturerad dokumentation – underlag för nationell samordning och finansiering*.

<sup>26</sup> Socialstyrelsen (2011) *Nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder 2011*, Socialstyrelsen m.fl. (2012) *Förslag till nationell modell för kunskapsstyrning*.

myndigheten färdigställer och som vården och omsorgen ska omsätta i praktiken.<sup>27</sup>

Trots att specialiseringen på myndigheten är stor, saknas spetskompetenser inom flera områden. Det handlar dels om kompetens kring exempelvis sådant som kost och tandvård, men också om kompetens på områden där vården och omsorgen efterfrågar ökat stöd: ledning, styrning, beställarkompetens, kompetens om vård- och omsorgsmarknadens aktörer och beteende etc. Dessutom beskriver myndigheten svårigheter i rekrytering av läkare samt svårigheter att hitta specialister som kan bistå i arbetet med att ta fram vissa typer av riktlinjer.<sup>28</sup> Kompetensbehoven som uppstår på myndigheten kan riskera att bromsa upp det viktiga arbetet med kunskapsstyrningen.

Myndighetens arbete med att ta fram riktlinjer är en viktig del i kunskapsstyrningen. Två problemområden relateras till detta: 1) de tar för lång tid att ta fram. 2) riktlinjerna implementeras inte. Frågan om tidsutdräkt beror delvis på de kompetensförsörjningsproblem som redovisades ovan, men troligen också på hur arbetet med att ta fram riktlinjer bedrivs. Här finns förutsättningar för att arbeta snabbare. Ofta finns underlag och rekommendationer (t.ex. i form av HTA-analyser)<sup>29</sup> redan på annat håll (både på andra ställen i landet och analyser som tagits fram i andra länder), som myndigheten i högre grad skulle kunna "översätta" till nationella underlag. Överlag finns en stor potential för myndigheten att bättre dra nytta av lokalt och regionalt framtagen kunskap. När det gäller frågan om svårigheten att få till stånd implementering av nationella riktlinjer, ligger en stor del av förklaringen i bristande kopplingar till huvudmännen. Huvudmännens bild över möjligheter till implementering är viktig att ta hänsyn till för att åstadkomma en bättre implementering av nationella riktlinjer.

### *Akut eller långsiktig utmaning?*

I vårt uppdrag har det långsiktiga perspektivet varit vägledande. Mer dagsaktuella problem måste också lösas, men inför framtiden är det viktigare att orientera sig bland mer strategiska frågor.

---

<sup>27</sup> Se också kap 4, avsnitt 4.2.

<sup>28</sup> Se också SOU 2011:65 *Statens roll i framtidens vård- och omsorgssystem*.

<sup>29</sup> Health Technology Assessment. Samlad analys av metodernas medicinska, ekonomiska, etiska och sociala effekter. Källa: SBU:s hemsida.

Den omorganisering som myndigheten genomfört och som inneburit en processororienterad i stället för sakorienterad organisering, syftade till att åstadkomma ett mer samlat angreppssätt för stödet till och styrningen av vården och omsorgen. Utredningen bedömer att ett sådant samlat angreppssätt är viktigt att förstärka framöver i vården och omsorgen.<sup>30</sup> Även om förändringen inledningsvis inneburit svårigheter, otydligheter och lett till trögheter internt inom myndigheten, är det utredningens bedömning att omorganiseringen är ett viktigt steg i rätt riktning. Däremot har förändringen försvagat tydligheten och ingångarna för olika målgrupper och försämrat tydligheten i myndigheten gentemot omvärlden.

Bristerna som noterats i tillsynsverksamheten kan troligen delvis förklaras av tillsynsreformen, som fick omfattande konsekvenser för myndighetens uppdrag, arbetssätt, personalsammansättning och roll. Några av dessa problem är övergående och kan hanteras inom ramen för myndighetens nuvarande förutsättningar. Däremot uppfattar vi att även om verksamheten kan effektiviseras, bl.a. genom ett mer riskbaserat angreppssätt, så kan de samlade problemen i dagens tillsynsverksamhet antagligen bara lösas genom en resursförstärkning.

I kapitel 4 visar vi att kunskapsstyrningens utmaningar och problem är den mest angelägna framtidsfrågan för vården och omsorgen. Det är framför allt i detta sammanhang som staten behöver utveckla sin roll. På Socialstyrelsen finns stora delar av den kompetens som krävs för att utveckla kunskapsstyrningen i framtiden. I dag utnyttjas inte denna potential fullt ut. Det behövs en större tillit till myndighetens förmåga att bistå i sektorns utveckling. I vårt kartläggningsarbete har vi noterat att det finns en bild av att Socialstyrelsen brister i förmåga att arbeta ”snabbfotat”, att bistå i utvecklingsarbetet i vården och omsorgen och att bidra till implementeringen av t.ex. nationella riktlinjer. Myndigheten beskrivs som att den alltför tydligt tar avstånd från dessa delar. Socialstyrelsen beskrivs med andra ord som alltför restriktivt ”statlig” i sitt perspektiv på vården och omsorgen.<sup>31</sup> Någon beskriver det som att ”Socialstyrelsen tar fram sitt kunskapsunderlag och skriver sina riktlinjer men sen släpper de sitt ansvar. De tycker inte att de har ansvaret för nästa steg. Men vem ska se till att all klokskap implementeras?”

---

<sup>30</sup> Se kap 4.

<sup>31</sup> Se också kap. 4 avsnitt 4.2.

Ansvar för implementering av nya regler vilar på huvudmännen. Men i detta sammanhang vill vi ändå lyfta fram ett utvecklingsområde som handlar om att Socialstyrelsen i sitt arbetssätt skulle kunna fokusera mer på sina mottagare i vården och omsorgen och det sätt som kunskapen, riktlinjerna eller andra produkter bäst når dessa. Ett sätt kan vara att medvetet arbeta för att åstadkomma ett bättre sätt att kommunicera mot vården och omsorgen.

Socialstyrelsens mångfacetterade uppdrag inrymmer svårigheter att förena olika roller. Inom tillsynsområdet märks detta i en obalans mellan den granskande och vägledande rollen, inom kunskapsområdet märks det i svårigheter i arbetet mot målgrupper i vården och omsorgen, både i framtagandet av och spridningen av kunskapsunderlag och rekommendationer, t.ex. nationella riktlinjer.

## 4 Statens stöd och styrning möter inte vårdens och omsorgens behov

I detta kapitel diskuterar vi statens roll i vården och omsorgen med utgångspunkt från ett medborgar- och resultatperspektiv. Vi beskriver sektorns ökande behov och efterfrågan av samarbete och samordning på nationell nivå. Vi analyserar hur statens stöd och styrning fungerar i dag och pekar på förändringsbehoven.

Huvuddelen av våra iakttagelser och bedömningar utgår från den problembild som tecknades i delbetänkandet hösten 2011.<sup>1</sup> Sedan dess har bilden fördjupats och nyanserats. Vårt arbetssätt beskrivs närmare i kapitel 1.

Många av de frågor och utmaningar som vi diskuterar i vårt delbetänkande är aktuella även i andra länder med likartade förutsättningar. Paralleller med andra länder diskuteras i avsnitt 4.7, med stöd bland annat av en särskild rapport framtagen på utredningens uppdrag.<sup>2</sup>

Analysen har huvudsakligen ett långsiktigt och strukturellt fokus: Hur väl är statens roll, stöd och styrning anpassad för att möta de utmaningar och konkreta frågor som vården och omsorgen kommer att behöva hantera under de närmaste 10–20 åren?

---

<sup>1</sup> SOU 2011:65 *Statens roll i framtidens vård- och omsorgssystem en kartläggning*.

<sup>2</sup> Se bilaga 4.

## 4.1 Vårdens och omsorgens utmaningar och utvecklingsområden

### *Delbetänkandets slutsatser – och deras betydelse i det fortsatta arbetet*

I delbetänkandet pekade vi ut fem grundläggande utmaningar och tio angelägna utvecklingsområden:

De fem långsiktiga utmaningarna var Resursutmaningen, Internationaliseringen, Kunskaps- och IT-utvecklingen, Patienter och brukare som kan och vill ha mer makt över sin egen vård och omsorg samt Ökad mångfald i produktion och finansiering.

De områden vi pekade ut som särskilt viktiga i det fortsatta utredningsarbetet var:

- Samordning för vård och omsorg på lika villkor
- Bättre stöd till patienters och brukares inflytande
- Samordning för kvalitet och effektivitet
- Vidareutveckling av kunskapsstyrningen
- Mer kraft i hälsofrämjande och förebyggande arbetet
- Mer samordnad hantering av de formella styrmedlen
- Vidareutvecklade arenor för gemensamt utvecklingsarbete
- Resursutmaningen kräver beredskap att hantera prioriteringar, avgränsningar och strategiska satsningar
- Ledarskap och medarbetarskap är nyckelfrågor för att klara sektorns utmaningar
- Regeringens styrning behöver bli mer långsiktig och strategisk

Dessa punkter har nyanserats under det fortsatta arbetet, men de har fortsatt att vara viktiga utgångspunkter för utredningsarbetet.

Två frågor som vi blivit mer uppmärksamma på under arbetets gång är folkhälso- och funktionshinderperspektiven. Båda dessa har bred inriktning på många samhällssektorer, samtidigt som de borde ha en starkare plats i många delar av vården och omsorgen.

*Utmaningarna har inga enkla lösningar – det handlar om att hitta strukturer och arbetsformer som gör det enklare att hantera dem*

Frågorna som listas ovan har olika karaktär. Kvalitet, lika villkor, patient- och brukarinflytande samt bättre hälsa är mål i sig, medan olika typer av samordning och styrformer snarare är verktyg.

En viktig gemensam nämnare är att de är frågor som kommer att kräva successiv hantering under många år framöver. Därmed har utredningens fokus inte varit att hitta specifika lösningar på var och en av frågorna, utan att lägga förslag som gör det enklare att successivt hantera dem:

För att hantera resursutmaningen behövs det vidareutvecklade system för att stärka effektiviteten på alla nivåer. Löpande förbättringsarbete behöver stimuleras och underlättas. Det behövs också starkare system för att skapa strukturell effektivitet, t.ex. genom samordnat IT-stöd och arbetsfördelning när det gäller specialiserad verksamhet. Dessutom behöver det finnas välfungerande former för att stödja olika typer av prioriteringsbeslut.

Internationaliseringens krav och möjligheter behöver mötas med ökad öppenhet i hela sektorn. På flera områden behövs också vidareutvecklade nationella kontaktpunkter för att hantera den internationella utvecklingen.

Kunskaps- och IT-utvecklingens växande möjligheter till gränsöverskridande lärande behöver stödjas av användarvänliga och samordnade system.

Patienter och brukare behöver enklare vägar för att finna information och kunna påverka.

Hela systemet ska vara anpassat till mångfalden i organisations- och driftformer. Mångfalden ska kunna underlätta nytänkande och lokal anpassning. Tillsynen ska garantera att all verksamhet lever upp till kraven i den nationella lagstiftningen.

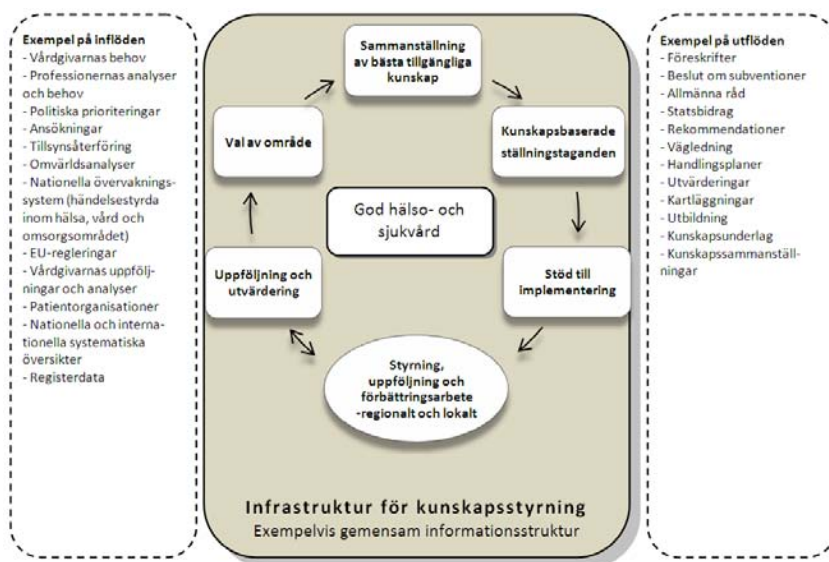
## **4.2 Kunskapsstyrning är en nyckelfaktor**

Vår bedömning är att det arbetssätt som kallas kunskapsstyrning är en nyckelfaktor för att kunna hantera många av de utmaningar och frågor som sektorn står inför.

Förenklat uttryckt är kunskapsstyrning en successiv process där kunskap sprids, resultat följs upp och ny kunskap sedan skapas med stöd av uppföljningen. Det handlar både om att välja rätt

metod i varje enskilt fall och om att bygga bra helheter och system. På detta sätt kan vården och omsorgen bli mer jämlik, samtidigt som resultaten blir bättre och säkerheten och kvalitén för patienterna och brukarna kan höjas på ett resurseffektivt sätt. Det principiella arbetssättet är tillämpligt även i övergripande arbete med frågor som befolkningens hälsa och funktionshindersfrågor.

Figur 4.1 God vård-"snurran"



Källa: Socialstyrelsen m.fl. (2012) Förslag till nationell modell för kunskapsstyrning – enligt regeringsuppdrag om att utveckla modellen för God vård.



I grunden handlar det om att bygga system för successivt lärande och att dra nytta av den kompetens och det engagemang som finns och kan vidareutvecklas hos de berörda; professioner, brukare och patienter, verksamhetsledningar, uppdragsgivare och förtroendevalda. Vård och omsorg är komplexa verksamheter som ofta styrs mer effektivt genom kunskapsutveckling, kunskapsspridning och resultatuppföljning än genom strikt reglering.

När prioriteringar behövs, ska även dessa baseras på bästa möjliga kunskap. Eftersom det då handlar om avvägningar mellan olika intressen behöver arbetssättet i dessa fall kompletteras med strukturerade beslutsprocesser, både på professionell och politisk nivå.

### *Flera initiativ tagna*

Flera initiativ när det gäller kunskapsstyrning har tagits under senare år. De flesta har primärt berört hälso- och sjukvården, men det finns ett ökande antal initiativ även när det gäller omsorgen. Några exempel:

I januari 2009 skapades en grupp med representanter från de sex hälso- och sjukvårdsregionerna, SKL, SoS, LV, SBU och TLV. FHI anslöt sig till gruppen i ett senare skede. Gruppen kallas Nationella samverkansgruppen för kunskapsstyrning (NSK). NSK ska verka för ett tätare samarbete mellan de olika aktörerna i hälso- och sjukvården, det vill säga de aktörer som också representeras i gruppen.<sup>3</sup> Förslag finns också om att bilda motsvarande samordningsgrupp för kunskapsstyrning inom socialtjänstområdet, NSK-s.<sup>4</sup> På myndighetsnivå finns också en egen samordningsgrupp för kunskapsstyrningen, myndigheternas samordningsgrupp (MSG).<sup>5</sup>

2009 presenterade SoS och SKL en gemensam rapport som kartlade och analyserade nationellt och regionalt stöd för en evidensbaserad praktik i hälso- och sjukvården<sup>6</sup>.

2011 slöt regeringen och SKL en överenskommelse om stöd till evidensbaserad praktik inom socialtjänstens område.<sup>7</sup> Överens-

---

<sup>3</sup> SKL:s hemsida

<sup>4</sup> Uppgift från SKL.

<sup>5</sup> Socialstyrelsen och SKL (2009) *Mot en effektivare kunskapsstyrning – kartläggning och analys av nationellt och regionalt stöd för en evidensbaserad praktik i hälso- och sjukvården.*

<sup>6</sup> Socialstyrelsen och SKL (2009) *Mot en effektivare kunskapsstyrning – kartläggning och analys av nationellt och regionalt stöd för en evidensbaserad praktik i hälso- och sjukvården.*

<sup>7</sup> *Stöd till en evidensbaserad praktik för god kvalitet inom socialtjänstens område – överenskommelse för 2011 mellan staten och SKL.* Bilaga till protokoll vid regeringssammanträde 2011-01-27, S2011/986/FST

kommelsen följdes sedan upp med en ny överenskommelse 2012, där staten avsätter 135 miljoner kronor för fortsatt arbete.<sup>8</sup>

I januari 2012 redovisade SoS, LV, SBU, FHI, SMI och TLV sitt gemensamma uppdrag att utveckla modellen God vård.<sup>9</sup>

I januari 2012 presenterade SKL också ett positionspapper om evidensbaserad praktik i socialtjänst och hälso- och sjukvård.<sup>10</sup>

Satsningarna på patientsäkerhet och kvalitetsregister har ett annat fokus, men har samtidigt många kopplingar till arbetet med successivt förbättringsarbete.

#### 4.2.1 Förbättringsbehoven

I den ovannämnda rapporten från SoS och SKL 2009 pekade man på problem med bristande samordning av kunskapsunderlagen från SoS, SBU, LV och TLV. SoS och SKL konstaterar att det trots god vilja från berörda myndigheter är svårt att nå tillräcklig samordning utan "... förändringar i myndigheternas uppdrag, ledningsansvar och/eller struktur."<sup>11</sup>

NSK sammanfattade i oktober 2011 några punkter som visar att det finns ett behov av bl.a.<sup>12</sup>:

- bättre samarbete mellan huvudmännen och de statliga myndigheterna kring implementering och uppföljning av nya kunskapsunderlag,
- mer heltäckande kunskapsunderlag som utgår från centrala vårdområden och verksamheternas behov,
- vidareutvecklade nationella kunskapsunderlag som kan minska behovet av regionalt och lokalt arbete med kunskapsunderlag,
- en effektivare användning av den nationella expertisen som nu ofta blir en "flaskhals" eftersom samma experter används i många parallella sammanhang.

---

<sup>8</sup> Protokoll vid regeringssammanträde 2012-03-08, dnr S2011/986/FST (delvis) *Godkännande av en överenskommelse om stöd till en evidensbaserad praktik för god kvalitet inom socialtjänsten.*

<sup>9</sup> Socialstyrelsen m.fl. (2012) *Förslag till nationell modell för kunskapsstyrning – enligt regeringsuppdrag om att utveckla modellen för God vård.*

<sup>10</sup> SKL (2012) *Evidensbaserad praktik i socialtjänst och hälso- och sjukvård.*

<sup>11</sup> Socialstyrelsen och SKL (2009) *Mot en effektivare kunskapsstyrning – kartläggning och analys av nationellt och regionalt stöd för en evidensbaserad praktik i hälso- och sjukvården.*

<sup>12</sup> Promemoria framtagen av NSK, daterad 2011-10-05.

I arbetet med utredningens delrapport fångade vi upp många likartade synpunkter:

#### *Kunskapen ska integrera olika perspektiv*

Olika aspekter bör vara sammanvägda och integrerade. Eventuella motsägelsefullheter och tolkningsskillnader bör vara utredda innan informationen sprids. Det finns också stora fördelar med överbryggande länkar mellan vården och omsorgen. Multisjuka äldre och personer med psykiska sjukdomar är exempel på grupper som behöver insatser från båda områdena.

Läkemedelsgenomgångar för äldre är ett exempel på en angelägen insats som skulle behöva ett breddat perspektiv. Många som använder flera läkemedel samtidigt har nytta av en samlad genomgång där alla deras aktuella läkemedel bedöms samtidigt. Vid flera äldreboenden genomförs sådana genomgångar i samarbete mellan kommunen och landstinget. En stor del av sjukligheten handlar här om hjärt-kärlproblem, sömnstörningar och nedstämdhet, problem som kan behandlas på många olika sätt; inklusive sådant som kostvanor och livsstilsförändringar som t.ex. kan stödjas av sociala insatser och hjälpmedel som underlättar aktivare liv. Arbetet är angeläget, men skulle behöva bättre stöd av kunskapsunderlag som integrerar läkemedelskunnande med kunnande om andra behandlingsmetoder och förebyggande insatser.

Tanken med integration av olika perspektiv utgår från kunskaper om att det slutliga resultatet av vårdens och omsorgens insatser för den enskilde medborgaren, ofta avgörs av den samlade livssituationen.<sup>13</sup> Begrepp som "livshändelser", "vårdkedjor" och "processorientering" uttrycker liknande resonemang.

#### *Kunskapen ska vara lätt att använda*

Kunskaperna bör på ett enhetligt sätt vara tillgängliga så nära användarna som möjligt, helst i de kanaler de använder även för andra ändamål. För de professionella aktörerna handlar det om successiv integration i olika typer av beslutsstöd, behandlingsjournaler och liknande. För patienter och brukare handlar det om

---

<sup>13</sup> Se t.ex. Statens Folkhälsoinstitut och Socialstyrelsen (2012) *Folkhälsan i Sverige – årsrapport 2012*.

integration i t.ex. 1177/Inera och Vårdguiden. Fortlöpande uppdatering bör vara en löpande rutin. Behovet av tryckta rapporter kommer antagligen att minska påtagligt.

Genom att göra kunskapsunderlagen lättillgängliga redan från början kan de också användas direkt, utan behov av ytterligare bearbetning på regional och lokal nivå.

#### *Kunskapsutveckling genom jämförelser av resultat*

Det finns många exempel på att kunskapsutvecklingen nu sker allt mer genom löpande resultatåterföring och jämförelser. Denna kunskapsutveckling sker mer successivt, genom att kontinuerligt bidra till lärandet om verksamheterna och sambanden mellan insatser och resultat. Utmärkande för t.ex. Öppna jämförelser är just syftet att stimulera lärande mellan landsting och kommuner för högre kvalitet och effektivitet, och inte minst att öka öppenheten gentemot medborgarna genom bättre resultatinformation.

Denna typ av kunskapsutveckling ställer dock krav på jämförbarhet och enhetlighet i sådant som indikatorer, dataunderlag och statistik. Termer, begrepp och definitioner måste ensas. Det handlar om ett omfattande arbete som på sikt kan ge mer heläckande bilder av verksamheternas resultat. Arbetet medför också krav på förbättrade tekniska förutsättningar, som kompatibilitet och förenklingar för uppgiftslämnare och för dem som vill ta del av informationen.

Arbetet med att utveckla t.ex. Öppna jämförelser handlar därför både om tekniska frågor och om att utveckla kunskaper genom ett förbättrat innehåll i jämförelserna. Båda dessa delar är viktiga att vidareutveckla i den fortsatta kunskapsutvecklingen.

*Kunskapen ska svara på de frågor som ställs*

Inte minst när kunskapsläget är osäkert är det viktigt med lättillgänglig information: Finns beprövad erfarenhet som ska följas tills vidare? Finns metoder som ska undvikas? Finns några kompetenscentra dit det går att vända sig med frågor? Finns studier på gång som förväntas ge bättre kunskapsstöd inom den närmaste framtiden?

Inom omsorgen och det förebyggande arbetet är det oftast svårare att nå hög evidensgrad än t ex inom läkemedelsområdet. Orsakssambanden är inte lika lätta att isolera, tidscykeln mellan en intervention och ett resultat kan vara lång, och jämförelserna med icke-alternativen svårare. Inte desto mindre är det angeläget att successivt stärka kunskapsutvecklingen och att hela tiden använda bästa möjliga kunskap inför de frågor som ställs.

Processerna för att ta fram kunskapsunderlag behöver också bli snabbare och effektivare, så att användarna inte blir lämnade utan vägledning.

*Möjligheterna till internationellt utbyte bör utnyttjas bättre*

Internationaliseringen påverkar vården och omsorgen på många sätt: Människor rör sig allt mer över nationsgränserna, såväl i sina roller som patienter och brukare, som medarbetare och som skattebetalare. Kunskaper och erfarenheter sprids snabbare, men även problem som t.ex. smittsamma sjukdomar. De internationella regelverken blir allt mer betydelsefulla på allt fler områden. I dag är dessa regelverk betydelsefulla t.ex. när det gäller läkemedel och medicintekniska produkter samt när det gäller upphandling av varor och tjänster. Även företagen inom vård- och omsorgssektorn internationaliseras, genom att utländska företag etablerar sig i Sverige och genom att svenska företag driver verksamhet utomlands.

Det internationella kunskapsutbytet får ökad betydelse. Allt fler underlag kan relativt enkelt anpassas och användas även i Sverige.

*Det förebyggande perspektivet behöver stärkt ställning*

Hälsa har ett stort egenvärde genom att det för de flesta människor är en av de viktigaste förutsättningarna för ett gott liv. Dessutom är det samhällsekonomiskt fördelaktigt om behoven av vård och omsorg kan begränsas. Exempelvis beräknar Socialdepartementet i en rapport<sup>14</sup> att god hälsa i befolkningen har ekonomiska potentialer i mångmiljardnivå för vård- och omsorgssektorn.

På övergripande samhällsnivå handlar det om ett brett spektrum av faktorer<sup>15</sup> och insatsmöjligheter. Det finns systematiska och långsiktiga skillnader mellan olika socioekonomiska grupper samt mellan kvinnor och män. Även var i landet man lever spelar roll för hälsoutvecklingen. Det finns också skillnader i den självupplevda hälsan mellan utrikes och inrikes födda, mellan personer med funktionsnedsättning och befolkningen i sin helhet samt mellan personer med olika sexuell läggning. Till detta ska läggas att den psykiska hälsan hos skolungdomar och unga vuxna blivit sämre. Vi vet också att vårdens och omsorgens förmåga att behandla och bemöta medborgare jämlikt brister på olika områden.<sup>16</sup>

Individer och grupper har olika individuella och samhälleliga förutsättningar att ta till sig information och råd och att leva på ett sätt som främjar god hälsa. Det är t.ex. känt att de fyra viktigaste riskfaktorerna för icke smittsamma sjukdomar är skadlig alkoholkonsumtion, tobaksmissbruk, felaktig kost och otillräcklig fysisk aktivitet. Dessa riskfaktorer är ofta ojämnt fördelade i befolkningen så till vida att en och samma individ eller grupp kan ha flera av de riskabla levnadsvanorna. Erfarenheten har visat att hälsosatsningar tenderar att få ett större genomslag för de personer som redan har relativt goda kunskaper medan det har visat sig svårt att nå personer som lever med flera av riskfaktorerna. En annan riskfaktor för hälsan är funktionshinder. Självupplevd ohälsa är t.ex. 10 gånger vanligare bland personer med funktionsnedsättning än inom övriga befolkningen.<sup>17</sup> Här behövs vidareutvecklad uppföljning och insatser som bättre förmår att nå ut till de med störst behov. Kunskaper om metoder för att förebygga bruk och missbruk av alkohol, narkotika, dopningsmedel och tobak (ANDT) ingår i

---

<sup>14</sup> Socialdepartementet (2010) *Den ljusnande framtiden är vård – Delresultat från LEV-projektet*.

<sup>15</sup> Se kap 1.

<sup>16</sup> Se t.ex. Socialstyrelsen (2011) *Lägesrapport 2011 – Hälso- och sjukvård och socialtjänst*, SKL (2010) *Vård på (o)jämliga villkor*, Statens folkhälsoinstitut och Socialstyrelsen (2012) *Folkhälsan i Sverige – årsrapport 2012*.

<sup>17</sup> Statens folkhälsoinstitut och Socialstyrelsen (2012) *Folkhälsan i Sverige – årsrapport 2012*.

detta arbete som en viktig del. I ANDT-arbetet ingår också samordningsuppgifter och kunskaper om vård och behandling etc.

Inom vården och omsorgen kan perspektivet få en betydligt starkare ställning än i dag. Det hälsofrämjande och förebyggande perspektivet hanteras i dag alltför separat och bör få en betydligt starkare plats i de kunskapsunderlag som används inom sektorn.

#### *..liksom funktionshindersperspektivet*

Det har inte legat i utredningens uppdrag att bedöma det övergripande arbetet med funktionshindersfrågor. Men för vård- och omsorgssektorn bedömer vi att funktionshindersperspektivet inte i tillräcklig utsträckning integreras i kunskapsunderlag och riktlinjer.

Funktionshinderspolitiken har – liksom folkhälsopolitiken – bredare målgrupper än vården och omsorgen, samtidigt som vården och omsorgen utgör en stor del av kontaktytan mellan personer med funktionsnedsättning och samhället. På motsvarande sätt som när det gäller det sjukdomsförebyggande och hälsofrämjande perspektivet, behöver funktionshindersperspektivet därför få en starkare ställning i de kunskapsunderlag, råd och rekommendationer som riktas till vården och omsorgen, utan att perspektivet för den skull tappar kraft i övriga delar av samhället.

#### *Kopplingen till rehabilitering och sjukskrivning behöver stärkas*

Sjukskrivning betraktas som en del i vård och behandling enligt Socialstyrelsens rekommendationer i det Försäkringsmedicinska beslutsstödet. Detsamma framgår av Socialstyrelsens riktlinjer för God Vård och överensstämmer med villkoren i sjukskrivningsmiljarden, där bland annat landstingens ledningssystem ska omfatta även sjukskrivningsfrågorna. Detta sätt att se på sjukskrivningar börjar bli mer och mer accepterat inom hälso- och sjukvården, men det är fortfarande inte en självklarhet. Utifrån ett samlat perspektiv och utifrån ohälsotolets utveckling totalt sett, är erfarenheterna av den senaste tidens utvecklade samverkan mellan vården och Försäkringskassan positiva och kan utvecklas och förstärkas. Även här efterlyses med andra ord en bättre helhetssyn och ökad integration mellan olika kunskapsområden. En sådan idé på förstärkning av kopplingarna som vi också framförde i delbetänkandet, är att vård-

givaren skulle kunna ha ett direkt ansvar för och hantera en del av sjukskrivningarna. Vid avgränsade sjukdomstillstånd skulle sjukskrivningen kunna ses som en del av rehabiliteringen och som en integrerad del av vården. När en sjukfrånvaro ingår som en relativt standardiserad del i ett behandlingsprogram, t.ex. ett antal dagars/veckors återhämtning efter en operation, är tanken att detta skulle kunna beslutas utan administrativ omväg via Försäkringskassan. Genom att i sådana fall låta sjukskrivningsbeslutet tas direkt av läkaren/behandlaren, skulle förenklingar kunna uppnås. Med hänsyn till att socialförsäkringsfrågorna bereds i sin helhet av kommittén *Hållbara försäkringar vid sjukdom och arbetslöshet*<sup>18</sup> och eftersom Försäkringskassans ansvar enligt vårt uppdrag bara ska belysas utifrån hanteringen av tandvårdsstödet<sup>19</sup>, väljer vi ändå att lyfta fram denna idé utan att lämna några konkreta förslag.

#### *Kopplingarna mellan vård och omsorg behöver stärkas – med respekt för skillnaderna*

Det finns starka skäl att stärka samspelet och gränsöverskridande arbetssätt mellan vården och omsorgen, bl.a. eftersom många av de individer som har stora omsorgsbehov också har stora vårdbehov. Ett sätt att stödja detta kan vara att ta fram och använda allt mer gemensamma och integrerade kunskapsunderlag. Samtidigt är det är viktigt att driva integrationsarbetet med respekt för att förutsättningarna skiljer sig åt.

#### *Huvudmännen behöver en tydligare roll i arbetet med riktlinjer som stödjer prioriteringar*

I dag finns flera riktlinjer som tagits fram med god evidens, men ändå inte får tillräckligt genomslag. Delvis handlar detta om otillräcklig koppling mellan riktlinjearbetet och de praktiska och ekonomiska förutsättningar som finns ute i verksamheterna.

För att riktlinjearbetet ska kunna driva utvecklingen framåt än mer, behövs starka kopplingar till det praktiska arbetets förutsättningar. Verksamhetsansvariga från huvudmännen måste tidigt och tydligt vara med i riktlinjearbetet.

---

<sup>18</sup> Dir.2010:48 *Hållbara försäkringar vid sjukdom och arbetslöshet*.

<sup>19</sup> Se bilaga 1.



Dessutom behöver både kommuner och landsting stärka sin förmåga att hantera kunskapsspridning och kunskapsutveckling i sina verksamheter.

*Den avskilda hanteringen av kunskapsstöd inom läkemedelsområdet blir ett större problem*

I dag hanteras kunskapsstödet när det gäller läkemedel avskilt från annat kunskapsstöd. LV har relativt stora resurser för att på olika sätt ge både yrkesverksamma och allmänhet kunskapsstöd om läkemedel, naturläkemedel och angränsande frågor. Myndigheten producerar kunskapssammanställningar och svarar på enskilda frågor. Bland annat ger LV vart annat år ut en ny version av Läke-medelsboken som på ett samlat sätt beskriver läkemedelsbehandlingar vid olika sjukdomstillstånd. På samma sätt som praktiskt taget hela LV:s verksamhet, finansieras detta kunskapsstöd med avgifter från industrin. Till LV:s uppgifter hör även tillsyn av tillverkare och produkter inom det medicintekniska området.

Detta kunskapsstöd har stor betydelse i vården. Så vitt vi kan bedöma har det också hög trovärdighet och legitimitet. Samtidigt innebär den avskilda hanteringen vissa problem.

I praktiken handlar den viktigaste frågan om bristen på integration: Varför är inte kunskapsstödet om läkemedel fullt ut integrerat med kunskapsstöd om andra behandlingsmetoder?

Principiellt sett är det tveksamt att kunskapsstödet inom just detta område ska finansieras på annat sätt än kunskapsstöd inom andra områden. På vilka grunder avgörs det hur mycket kunskapsstöd som ska fokusera på läkemedel och hur mycket som ska fokusera på andra behandlingsmetoder?

I flera avseenden har läkemedelssektorn varit en föregångare när det gäller att utveckla kunskapsstöd. De erfarenheterna behöver nu användas i uppbyggnaden av användaranpassad kunskapsstyrning som utgår från patientens/brukarens situation och behov snarare än från en enskild behandlingsmetod.

*Särlagstiftningen om kunskapsstyrning inom läkemedelsområdet  
försvårar integrerade arbetssätt*

Enligt lagen (1996:1157) om läkemedelskommittéer ska det finnas en eller flera läkemedelskommittéer i varje landsting. Kommittéernas uppgift är att genom rekommendationer till hälso- och sjukvårdspersonalen eller på annat lämpligt sätt verka för en tillförlitlig och rationell läkemedelsanvändning inom landstinget.

Läkemedelskommittéerna har haft stor betydelse för att få en mer rationell läkemedelsanvändning. Deras erfarenheter är värdefulla i det vidareutvecklade arbetet med kunskapsstyrning, men vår bedömning är att lagstiftningen motverkar integrering med andra viktiga delar i vården och omsorgens kunskapsutveckling.

*Vårdens och omsorgens behov av samlad forskningsstöd*

Forskning och utbildning skapar viktiga förutsättningar för vård- och omsorgssektorns utveckling på längre sikt. Behoven finns inom flera områden, såväl naturvetenskapliga som samhällsvetenskapliga.

Naturvetenskapliga forskningssatsningar görs bland annat i samverkan mellan universitetssjukhusen, andra universitet och högskolor, industri och landsting.

Vården och omsorgen har viktiga roller både som mottagare av kunskap, men också som kunskapsgeneratorer och ”testbäddar” för t.ex. nya arbetssätt och hjälpmedel.

För att få ett kunskapsunderlag med ett helhetsperspektiv för vården och omsorgen behövs forskning från flera olika områden. Med allt mer sammansatta behov hos patienter och brukare och med fler tvärssektoriella problemställningar behövs tvärvetenskaplig och multidisciplinär forskning. Forskningsresultat behöver kombineras på nya sätt, föras ut till relevanta målgrupper och nyttiggöras i verksamheter. FAS lyfte i sin forskningsstrategi fram behovet av följande kompetenser för forskning inom politikområdena Hälsa och Valfärd: utvärderings- och effektforskning, hälsoekonomi, organisations- och tjänsteforskning, välfärdstatsforskning, epidemiologi, statistik och informatik.<sup>20</sup>

---

<sup>20</sup> FAS (2011) *Socialdepartementets politikområden inom hälsa och välfärd – en samlad forskningsstrategi*.

Idag finansieras och stöds dessa olika forskningsområden av flera olika forskningsfinansiärer, vilket bidrar till en splittrad bild. Det medför också en risk att viktiga forskningsområden faller mellan stolarna. Splittringen medför också svårigheter i de samlade kontakterna mellan vården och omsorgen och forskningsområdet. Här finns ett behov av en mer samordnad statlig aktör som kan bidra till en bättre dialog mellan vetenskapssamhället och vården och omsorgen.

#### *Bristfällig dialog med forsknings- och utbildningssektorn*

Den framtida kompetensförsörjningen i vården och omsorgen är central för att klara övriga utmaningar i sektorn. För att möta dessa utmaningar, behöver de utbildningar och kompetensutvecklingsmöjligheter som erbjuds, stämma överens med behoven i sektorn. Det handlar både om att de utbildningar som erbjuds ska framstå som attraktiva så att tillräckligt många utbildar sig, och om att det behövs ett tätt samspel mellan lärosätena och sektorns olika företrädare, för att säkerställa att de utbildningar som erbjuds motsvarar behoven. Framöver behövs bättre former för att ta hand om dessa angelägna frågor.

#### *Exempel på kunskapsunderlagens otillräckliga genomslag*

Ett exempel från hjärtsjukvården kan beskriva en del av problematiken med otillräckligt genomslag för kunskapsunderlag och rekommendationer i praktiken: Det har under många år funnits nationella riktlinjer från SoS och kvalitetsregister. Beslut om olika läkemedel fattas av LV och TLV. FHI ger råd om livsstil som under senare år arbetats in i riktlinjerna. Riktlinjerna uppdateras sällan, trots att ny kunskap tillkommer kontinuerligt. Vissa nyckeltal över resultat i hjärtsjukvården ingår i Öppna jämförelser och flera enheter arbetar dessutom effektivt med jämförelser från kvalitetsregistret. SoS:s granskning visar dock att mycket få patienter får helt rätt behandling vid en genomgång av de viktigaste behandlingsinsatserna. Slutsatsen i SoS:s rapport är att om alla skulle få rätt behandling skulle många kunna lägga flera friska år till livet,

samtidigt som de samhällsekonomiska vinsterna skulle bli avsevärda.<sup>21</sup>

### *Statens kunskapsstyrning är splittrad*

Många av statens myndigheter arbetar i dag med kunskapsstöd till vård- och omsorgssektorn.

**Figur 4.2 Myndigheter och organisationer med kunskapsrelaterade uppgifter i vården och omsorgen**



Regeringen har under senare år aktivt verkat för en ökad samordning mellan myndigheterna i kunskapsstyrningen. I instruktionerna för SoS, SBU, TLV, LV och SMI samt i FHI:s regleringsbrev, anges att ”arbetet med kunskapsstyrning ska planeras och utföras i samverkan med andra berörda myndigheter så att den statliga styrningen av hälso- och sjukvården är samordnad”.<sup>22</sup>

<sup>21</sup> Socialstyrelsen (2009) *Hjärtsjukvård – öppna jämförelser och utvärdering 2009*.

<sup>22</sup> Förordning (2009:1243) med instruktion för Socialstyrelsen, förordning (2007:1233) med instruktion för Statens beredning för medicinsk utvärdering, förordning (2007:1206) med instruktion för Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket, förordning (2010:604) med

Regeringen har också i särskilda uppdrag angett att myndigheterna gemensamt ska ansvara för och rapportera arbetet med vissa kunskapsstyrningsfrågor. Bland annat har FHI, SBU och SoS ett gemensamt uppdrag att pröva användningen av SBU:s metoder för att utveckla och bedöma kunskapsunderlag även inom folkhälsoområdet.<sup>23</sup> SoS, LV, SBU, FHI, SMI och TLV har också haft ett gemensamt uppdrag att utveckla modellen för God vård.<sup>24</sup> Ytterligare exempel är regeringens uppdrag till SoS och FHI att gemensamt rapportera om folkhälsans utveckling och dess bestämningsfaktorer.<sup>25</sup>

Här har det visat sig att myndigheternas mandat, uppdrag och kompetenser skapar vissa problem. Formellt sett har myndigheterna samma status och roll gentemot regeringen. Ingen av dem kan samordna i meningen styra över någon annan. Det innebär att det krävs samsyn och konsensus, vilket ibland försvåras eftersom myndigheterna har skapats utifrån olika ändamål och förhållanden.

Gränssnitten mellan myndigheterna skapar dessutom problem och trögheter när det gäller att utbyta information, analysera samband och fatta strategiska beslut. De statliga myndigheternas arbete i kunskapssammanhang riktas därmed delvis inåt mot andra delar av staten i stället för utåt mot verksamheterna och medborgarna. Kraft behöver läggas på att hitta sätt att överbrygga gränser sinsemellan.

Möjligheten till genomslag från FHI och Handisam, som inte riktar sig till enbart vården och omsorgen, försvåras också av de organisatoriska gränserna.

Själva antalet myndigheter med ansvar att stödja vården och omsorgen utifrån bästa möjliga kunskap skapar också i sig problem med överblickbarheten för mottagarna och även för regeringen.

---

instruktion för Smittskyddsinstitutet, regleringsbrev för budgetåret 2012 avseende Statens folkhälsoinstitut.

<sup>23</sup> Uppdrag att utreda utformningen av rekommendationer för metoder och strategier på folkhälsoområdet, regeringsbeslut 2012-01-26, dnr S2012/623/FS (delvis), Uppdrag att utreda konsekvenserna för Statens folkhälsoinstitut av att tillämpa GRADE-systemet för värdering av vetenskapligt stöd, regeringsbeslut 2012-01-26, dnr S2012/624/FS (delvis).

<sup>24</sup> Socialstyrelsen m.fl. (2012) Förslag till nationell modell för kunskapsstyrning – enligt regeringsuppdrag om att utveckla modellen för God vård.

<sup>25</sup> Statens folkhälsoinstitut och Socialstyrelsen (2012) Folkhälsan i Sverige – årsrapport 2012.

### *Utredningens bedömning*

Vi bedömer att vidareutvecklad kunskapsstyrning är en nyckelfråga för att hantera de utmaningar som vården och omsorgen står inför. Specialiserad fackkunskap inom olika områden kommer att ha minst lika stor betydelse som den har i dag, men den behöver finnas i sammanhang som utgår från patienters och brukares helhetssituation och är anpassade till både brukarnas, patienternas och verksamheternas behov.

## **4.3 Tillsyn och reglering ska säkerställa att regler följs**

### *Regeringens övergripande syn på tillsyn*

Tillsyn är ett instrument som syftar till att garantera att lagar och regler följs i enlighet med de demokratiskt fattade besluten. Tillsynen är ett styrmedel som ytterst ska upprätthålla respekten för folkviljan. Vikten ligger implicit på enhetlighet.<sup>26</sup> Regeringen definierar tillsynen på följande sätt:

...verksamhet som avser självständig granskning för att kontrollera om tillsynsobjekt uppfyller krav som följer av lagar och andra bindande föreskrifter och vid behov kan leda till beslut om åtgärder som syftar till att åstadkomma rättelse av den objektsansvarige.<sup>27</sup>

Statskontoret konstaterar i sin studie om statlig tillsyn och tillsynens utveckling att tilltron till tillsyn och användningen av tillsyn som styrmedel ökat under de senaste decennierna, bl.a. som en följd av resultatstyrningens utveckling, avregleringar, privatiseringar och EU-medlemskapet. Statskontoret konstaterar också att det finns en tendens att lägga tillsynsuppdraget i särskilda nyinrättade myndigheter i stället för inom existerande myndigheter, i enlighet med tanken om renodling av myndigheters verksamhet utifrån deras funktion eller roll i systemet (exempel på andra funktioner kan vara normering, produktion och utveckling).<sup>28</sup>

Statskontorets konstaterande om renodlingstendensen i statsförvaltningen lyfter den principiella frågan om var tillsynen bäst

<sup>26</sup> Se t.ex. Statskontoret (2012) *Tänk till om tillsyn*.

<sup>27</sup> Skr. 2009/10:79 *En tydlig, rättssäker och effektiv tillsyn*.

<sup>28</sup> Statskontoret (2012) *Tänk till om tillsynen*. Se också Statskontoret (2011) *Fristående utvärderingsmyndigheter – en förvaltningspolitisk trend?*

hör hemma. Vi har i delbetänkandet påpekat att det inom vården och omsorgen finns två olika synsätt: Ett synsätt betraktar tillsynen som en viktig del i ett "hjul" av verksamhetsutveckling, där tillsynens resultat leder fram till nya kunskaper, som i sin tur kan bilda grund för exempelvis nya föreskrifter och praxis, som sedan följs upp vid ny tillsyn etc. Med ett annat synsätt utgår man ifrån att det måste finnas en tydlig åtskillnad mellan regelgivning, tillsyn och utvecklingsstöd, så att opartiskhet säkerställs. Med detta synsätt betonas de olika roller eller rationaliteter som de olika aktiviteterna har. Tillsyn kräver integritet, tydlighet och likabehandling gentemot tillsynsobjektet. Arbetet med att ta fram föreskrifter bör med detta synsätt hållas isär från tillsynsuppdraget.<sup>29</sup>

Figur 4.3 Samspelet mellan utveckling och tillsyn



Tillsynens kärna är att säkerställa att fastställda lagar och regelverk följs och därmed garantera genomförandet av intentionerna från regering och riksdag. Som en del av detta ska tillsynen ge information om gällande regler. Iakttagelser från tillsynen kan också bidra till successivt lärande och förbättring.

Regeringens syn på tillsynens sammanhang och relationen mellan t.ex. tillsyn-normering-främjande är förhållandevis öppen. Regeringen skriver:

<sup>29</sup> Se också SOU 2008:118 *Styra och ställa – förslag till en effektivare statsförvaltning*, bilagan.

Det är i allmänhet inte lämpligt att tillsynsmyndigheten uppträder som konsult och ger råd om hur tillsynsobjekten ska agera i specifika ärenden. Det kan t.ex. uppstå svårigheter om tillsynsmyndigheten tidigare lämnat mycket precisa råd i ärenden som sedan blir föremål för tillsyn. Tillsynsmyndigheten måste dock självklart kunna lämna upplysningar om vad som utgör gällande rätt. Inom vissa tillsynsområden kan skäl tala för att även rekommendationer och vägledning ska vara en del av tillsynen.<sup>30</sup>

Regeringen är alltså tydlig med att rådgivning i specifika ärenden är olämpligt för en tillsynsmyndighet, men att det är en självklar uppgift att kunna beskriva de regler som gäller.

#### *Tillsyn ur verksamheternas perspektiv*

I vår inledande kartläggning konstaterade vi att vården och omsorgen styrs av regler och krav från flera olika håll. Statliga myndigheter – inte enbart de som är knutna Socialdepartementet – står för stora delar av regleringen, men även huvudmännen har sina regelverk, rapporteringskrav och kontrollfunktioner. För patienter, brukare och yrkesverksamma är det inte alltid tydligt vilka regler och kontroller som kommer från vilket håll. För huvudmännen kan det vara viktigt att göra en tydlig skillnad mellan statens rikslänkande normkrav och det utrymme som finns för eget utvecklingsarbete.

#### *Dagens problem i Socialstyrelsens tillsyn*

För närvarande finns flera problem i statens tillsyn mot vård- och omsorgssektorn. Som framgår i kapitel 3, har SoS sedan januari 2010 ansvar för tillsynen av både vård- och omsorgsverksamhet. I kapitel 3 redovisar vi också en del av de konkreta brister som i dag finns i SoS tillsynsverksamhet. Åtgärder har också inletts på myndigheten för att hantera dessa.

I våra samtal har vi också fångat upp den principiella synpunkten att den statliga normeringen och tillsynen bör fokusera på resultat och inte låses till ”strukturmått” som bemanning, lokalytor, standardutrustning etc. Sådana strukturmått minskar utrymme för lokal anpassning och nytänkande. Här finns stor utveck-

---

<sup>30</sup> Skr. 2009/10:79 *En tydlig, rättssäker och effektiv tillsyn.*



lingspotential i möjligheterna att ta fram bättre mått och indikatorer.

Sammantaget kan vi konstatera att SoS:s tillsynsverksamhet i dag har brister, och att man också inom myndigheten inlett ett arbete för att komma tillrätta med dessa.

#### *Andra problem som berör tillsyn, tillstånd och legitimationer*

I våra samtal har synpunkter kring tillsyn, tillstånd och legitimationer ofta lyfts fram i ett och samma sammanhang. I vårt delbetänkande beskrev vi detta som en önskan om en mer samordnad hantering av de formella styrmedlen.

Utöver den ovan nämnda kritiken mot verksamhetstillsynen noterade vi också kritik mot den reglering och tillsyn som riktas mot apoteken. Strukturen uppfattas som komplicerad i och med att det är SoS som utövar tillsyn över personalen, medan det är LV som svarar för tillsyn över lokaler och utrustning. Samtidigt har TLV tillsynsansvar över apoteksmarknaden.

Flera av dem vi talat med lyfte fram betydelsen av att tillsynen riktas tydligt både mot beställare/uppdragsgivare och de operativa verksamheterna. Formellt sett finns det inga problem i detta, men frågan behöver ändå uppmärksammas eftersom rutiner och arbetsformer till stor del vuxit fram innan mångfalden ökade i sektorn.

En del fristående producenter av vård och omsorg, representerade för läkemedelsindustrin, apoteksbranschen och medicinteknikföretagen upplever att de myndigheter som svarar för tillståndsgivning och tillsyn inte förstår företagets villkor. Reglerna upplevs som oklara och handläggningstiderna som långa, vilket skapar svårigheter särskilt för små företag. Ur huvudmännens perspektiv blir problemet att förnyelsemöjligheterna bromsas upp.

Arbetsmiljöverket är en myndighet utan direkt koppling till Socialdepartementet som har en viktig roll i vård- och omsorgssystemet. Här uppfattar huvudmän och verksamhetsföreträdare ibland att Arbetsmiljöverkets krav krockar med verksamhetskraven från SoS. I dessa fall efterlyses en avstämning mellan myndigheterna, så att kraven blir möjliga att leva upp till. Det finns också önskemål om att Arbetsmiljöverkets regler ska finnas tillgängliga i samma sammanhang – t ex på samma webbplats – där information om övriga regler finns.

*Tillsynsvägledning kring alkohol- och tobak*

FHI:s tillsynsansvar över efterlevnaden av alkohollagen och tobakslagen sker genom stöd och samordning gentemot länsstyrelserna, som har ansvaret för tillsynsvägledning inom länet och ska biträda kommunerna med råd i deras verksamhet. Den direkta tillämpningen av regelefterlevnaden sker dock av kommunerna och av respektive Länspolismyndighet.

Från kommunalt håll pekar man på skillnader i det stöd och den vägledning som länsstyrelserna ger. Rollfördelningen mellan FHI och Länsstyrelserna upplevs som oklar. Här pågår nu utvecklingsarbete inom Länsstyrelserna för att förtydliga och ensa den tillsynsvägledning som riktas till kommunerna.<sup>31</sup> Regeringen har också pekat ut länsstyrelsernas roll i arbetet med ANDT-strategin, genom finansieringen av särskilda ANDT-samordnare. Samordnarna ska bidra till att föra ut mål och inriktning i regeringens ANDT-strategi, genom bidrag till utvecklingen av det lokala ANDT-arbetet. Arbetet ska ske i samverkan med Statens folkhälsoinstitut.<sup>32</sup>

*Godkännanden av läkemedel och andra produkter*

Läkemedelsverket ansvarar för godkännande och kontroll av läkemedel, naturläkemedel och utövar tillsyn över medicintekniska produkter. Detta är en viktig del av arbetet att garantera säkerhet och möjliggöra innovation. Detta arbete är numera integrerat i en gemensam EU-hantering där industrin söker tillstånd, levererar underlag och betalar för prövningen. En stor del av arbetet görs av nationella myndigheter, men besluten fattas sedan på EU-nivå. Sveriges del i processen sköts i huvudsak av Läkemedelsverket.

Denna verksamhet skiljer sig på många sätt från de verksamheter som riktar sig direkt till vården och omsorgen. Här riktas arbetet till industrin. Verksamheten är intäktsfinansierad och till stor del konkurrensutsatt genom att det inte är givet i vilket EU-land processen ska skötas.

Denna del av LV:s verksamhet ligger i huvudsak utanför utredningens uppdrag. Vi har inte gjort någon analys av dessa verksamheter och lägger heller inga förslag till förändringar av sättet att arbeta med dem.

<sup>31</sup> Vägledning beslutad 9 december 2011, Länsstyrelsen i Södermanlands län dnr 705-1230-2011D.

<sup>32</sup> Prop. 2010/11:47 *En samlad strategi för alkohol-, narkotika-, dopnings-, och tobakspolitiken.*

*Utredningens bedömningar kring tillsyn, tillstånd och legitimationer*

Statens effektivitet i arbetet med tillsyn, tillstånd och legitimationer behöver förbättras. Kapaciteten bör öka och arbetsätten effektiviseras och förnyas.

Den information och dialog som ska komplettera granskningen behöver vidareutvecklas. Utan att göra den granskande rollen otydlig, bör tillsynens iakttagelser också användas som stöd för successivt lärande. Huvudmännens verksamhetsansvar innebär också ett ansvar för egen uppföljning och utveckling.

Staten har organiserat tillsynsverksamheten på olika sätt i olika sektorer. Inom Finansmarknadsområdet har Finansinspektionen ansvaret både för tillsyn och tillstånd, liksom på infrastrukturområdet där Post- och telestyrelsen har båda uppgifterna. Även inom skolområdet har tillsynsverksamheten sammanförts med tillstånd och legitimationer. Parallellen har gemensamma nämndare med vården och omsorgen genom att staten inom skolområdet har ett likartat förhållande till huvudmännen, som svarar för den operativa verksamheten.

#### **4.4 Det behövs ett stärkt nationellt grepp om IT- och kommunikationsfrågorna**

En förutsättning för ett löpande förbättringsarbete i vården och omsorgen är tillgången på aktuella och jämförbara data. Det är genom tillgången på dessa uppgifter som förändringstrycket i vården och omsorgen skapas, genom att det blir tydligt vilka åtgärder som åstadkommer vilken effekt. Dessutom synliggörs de förbättringar som går att åstadkomma. Data ska kunna spegla många olika aspekter: kostnader, strukturer, processer och resultat. Data är grunden för bland annat

- benchmarking och avvikelseanalyser baserat på jämförande data för att t.ex. ge förutsättningar för förbättringsarbete i vardagen,
- att kunna identifiera strategiska problemområden att utveckla,
- att kunna bedriva forskning,
- att kunna göra analyser av effektivitets- och kvalitetsutveckling, framtagandet av prognoser och simuleringar m.m.,

- underlag för ledning och styrning t.ex. genom resultatbaserade ersättningar, och
- att kunna följa att mål nås i nationella, regionala och lokala satsningar.

Trots att det finns mycket data redan i dag, behöver register såväl utvecklas som byggas ut, för att göra det möjligt att utveckla system som skapar lärande i mötet mellan profession och patient/brukare/användare. Ett sådant lärande bygger på återkoppling av data som visar hur insatsen i det individuella fallet eller för grupper av patienter och brukare ser ut i jämförelse med de som lyckas bäst.

Nyttan spelar avgörande roll. Data som samlas in utan att användas och återförs skapar vare sig engagemang eller ökad kompetens.

### *Möjligheter till ökat inflytande för patienter och brukare*

Många av de iakttagelser vi gjort visar hur patienter och brukare i allt större utsträckning kan utöva en direkt påverkan på vården och omsorgen, bl.a. som ett resultat av olika valfrihetsreformer och att resurserna följer patientens/brukarens val. Inom hälso- och sjukvården kan patienter röra sig fritt mellan landsting, och det finns också ökade möjligheter att söka vård inom hela EU. Den enskilde har också i ökande utsträckning tillgång till information och kunskap om de olika verksamheterna, och med detta ökar också förväntningarna och kraven på verksamheterna. De konsekvenser som en fri rörlighet i hela landet innebär belyses mer fördjupat i Patientmaktsutredningen.<sup>33</sup>

Möjligheten att välja vård och/eller omsorg är i många fall en viktig påverkansmöjlighet, men det finns också andra frågor. Till exempel är det viktigt att mötas av lyhördhet, valmöjligheter och väl samordnad hjälp även när man inte kan eller vill byta. Det kan också vara viktigt att ha tillgång till bra information, att kunna ta del av den dokumentation som finns om en själv, att kunna rapportera biverkningar och annan användarkunskap och sist men inte minst att ha tillgång till hjälp när något inte fungerar som det ska.<sup>34</sup>

<sup>33</sup> Se t.ex. dir. 2011:25, Tilläggsdir. 2012:24, *Stärkt ställning för patienten genom en ny lagstiftning*.

<sup>34</sup> Vårdanalys (2012) *Vad påverkar patientupplevd kvalitet i primärvården?*, Vårdanalys (2012) *Effekter av valfrihet inom hälso- och sjukvård*.

I ett större perspektiv går det att vända på själva frågan om patient- och brukarinflytande. För dem som har vilja och kapacitet att ta ett stort eget ansvar, kan det snarare handla om hur mycket professionell involvering och inflytande man vill ha i sitt eget liv.

I ökande utsträckning kan brukare och patienter själva styra inriktningen på sin vård och omsorg. Inte minst har sådana möjligheter utvecklats för de med kroniska sjukdomar eller stödbehov. Här finns flera exempel på egenvård-, behandling och kontroll som både underlättar för den enskilde och samtidigt avlastar vården och omsorgen. Ett led i denna utveckling är arbetet med att tillhandahålla och erbjuda en elektronisk infrastruktur för säker lagring och delning av information – ett så kallat hälsokonto. Via denna plattform kan bland annat den egna journalinformationen och läkemedelslistan göras tillgänglig via en säker webblösning och den enskilde få tillgång till enkla tjänster för att planera sin egen vård och behandling. Utöver detta kan personliga tjänster i form av en hälsodagbok erbjudas, för att skapa möjligheter för patienten att själv dokumentera och följa sin hälsoutveckling, samt för att få en personligt anpassad rådgivning. Under våren 2012 kommer Socialdepartementet tillsammans med Apoteken Service AB att påbörja arbetet med att utveckla och erbjuda den nationella databasen för individuella hälsokonton.<sup>35</sup>

Trots stora skillnader mellan olika patienters och brukares förmågor och önskemål, talar mycket för att denna förändring i riktning mot allt mer välinformerade och kravställande brukare och patienter kommer att vara en av vård- och omsorgssektorns största utmaningar och förändringskrafter. Detta innebär ett skifte i vården och omsorgen där makt och initiativkraft flyttar till individen och till mötet mellan individen och vård-/omsorgsgivaren. Informationstekniken har stor betydelse i detta sammanhang, men förutsätter mer samlade och användarvänliga informations- och kommunikationskanaler, med bibehållet skydd för den personliga integriteten.

#### *Administrativa förenklingsmöjligheter kräver satsningar*

IT-utvecklingen ger ökade möjligheter både till kunskapsspridning och förenklad administration. Samtidigt bygger utvecklingen på att allt mer av det som görs ute i verksamheterna dokumenteras. Nya

---

<sup>35</sup> Uppgift från Socialdepartementet.

arbetsinsatser och kompetenser krävs. Frågor om integritet och andra etiska frågor får ökad aktualitet.

Här finns ett växande behov av tydliga regelverk, gemensamma användarvänliga tekniska lösningar, enhetlig terminologi och samordnade system för datafångst, fortlöpande lärande, integritetskydd och utveckling. Gemensamma satsningar med alla berörda aktörer är nödvändiga, både därför att lösningarna behöver bli sammanhållna och därför att utvecklingsarbetet kommer att kräva resurser.

Behoven av en gemensam terminologi finns även inom tandvården. Här har terminologi och klassifikationer tagits fram med olika syften men utan samordning, vilket innebär att olika begrepp används i t.ex. riktlinjer respektive ersättningsregler.<sup>36</sup>

Frågan om en samlad informationsstruktur för vården och omsorgen har länge varit prioriterad, av både stat och huvudmän. Regeringens beslut om den Nationella IT-strategin för vård och omsorg år 2006 (numera Nationell e-hälsa) har åtföljts av många olika insatser för att samordna arbetet på området.<sup>37</sup> Målet med insatserna är att skapa konkret nytta för invånare, personal och beslutsfattare. Detta till trots, återstår ännu några steg innan informationsstrukturerna är samordnade i linje med regeringens ambitioner. Det beror på att ansvaret för arbetet bara delvis är statens. Huvuddelen av de infrastrukturbeslut som behövs fattas av kommuner och landsting. Staten behöver bistå med stöd till en fortsatt samordning.

En jämförelse kan göras med Apotekens Service AB (APSE), som bildades efter omregleringen av apoteksmarknaden den 1 juli 2009, och övertog ansvaret efter Apoteket AB för nationella infrastruktur tjänster för alla aktörer på apoteksmarknaden. Under Apoteket AB kunde infrastrukturen byggas upp och utvecklas enhetligt och gemensamt över hela landet, erfarenheter som sedan vidareutvecklats i APSE. Till skillnad från andra delar av vården och omsorgen, finns här en sammanhållen infrastruktur som möjliggör effektivitet och bättre patientsäkerhet. Samtidigt finns nära kopplingar mellan vården och omsorgen och APSE:s verksamhet, vilket innebär att användandet av informationssystem och datahantering skulle kunna samordnas och effektiviseras ytterligare. De positiva

<sup>36</sup> Socialstyrelsen (2011) *Ändamålsenlig och strukturerad dokumentation – underlag för nationell samordning och finansiering*.

<sup>37</sup> Skr. 2005/06:139, *Nationell IT-strategi för vård och omsorg*. Se också bl.a. Socialdepartementet (2010) *Nationell eHälsa – strategi för tillgänglig och säker information om vård och omsorg*, samt [www.ehis.se](http://www.ehis.se), [www.inera.se](http://www.inera.se)

erfarenheterna från verksamheten i APSE bör tas tillvara på ett bättre sätt än i dag genom systematiska kopplingar till infrastrukturen för övrig vård och omsorgsinformation, utan att parallella informationslösningar byggs upp från statens sida.

Riksrevisionen har tidigare pekat på att ansvaret för förvaltningen av den nationella informationsstrukturen är oklart.<sup>38</sup> Regeringen har pekat på behovet av en samlad förvaltningsorganisation för arbetet med nationell informationsstruktur och nationellt fackspråk, för delar av den tillämpade informationsstruktur som utvecklats av Center för eHälsa i samverkan<sup>39</sup>, samt för den fortsatta utvecklingen och förvaltningen av socialtjänstens informationsstruktur. SoS har därför fått i uppdrag att ta fram ett förslag på en sådan förvaltningsorganisation.<sup>40</sup> I rapporten till regeringen föreslår SoS att myndigheten får ett samlat ansvar för förvaltningen av hela den gemensamma informationsstrukturen för både hälso- och sjukvård och socialtjänst. Myndigheten pekar på att arbetet ska vara långsiktigt och föreslår att ansvaret skrivs in i Socialstyrelsens instruktion. Myndigheten menar att antalet aktörer i arbetet bör vara få och arbeta mot gemensamma mål, och att resurserna måste användas effektivt.<sup>41</sup>

Arbetet med att stödja en mer sammanhållen informationsstruktur för vården och omsorgen går nu in i en förvaltningsfas. Från att ha varit ett ”nytt” utvecklingsområde med stora behov av strategisk, politisk samordning och samförståndsskapande kring inriktning och övergripande mål mellan olika aktörer, däribland mellan staten och landstings- och kommunnivån men också mellan offentliga och privata aktörer, har arbetet nu gått in i en mer löpande utveckling, som behöver kontinuitet och långsiktighet. Berörda i vården och omsorgen efterfrågar löpande stöd, kunskap och beslutsförmåga från staten för att kunna förbättra tillgången på information för brukarna och patienterna och säkerställa kvaliteten i vården och omsorgen. En hel del av dessa frågor kan med fördel hanteras på myndighetsnivå. Samtidigt behöver regeringen och Socialdepartementet fortsatt kunna fokusera de strategiska frågorna kring inriktningen av arbetet på längre sikt.

<sup>38</sup> RiR (2011) *Rätt information vid rätt tillfälle inom vård och omsorg – samverkan utan verkan?*

<sup>39</sup> Center för eHälsa i samverkan (CeHis) ansvarar för att koordinera landstingens och regionernas eHälsa-samarbete

<sup>40</sup> Socialstyrelsen (2009) *Nationell informationsstruktur – ett regeringsuppdrag inom Nationell IT-strategi för vård och omsorg.*

<sup>41</sup> Socialstyrelsen (2011) *Ändamålsenlig och strukturerad dokumentation – underlag för nationell samordning och finansiering.*

Svårigheterna i den nuvarande myndighetsstrukturen kan belysas med ett exempel från funktionshindersområdet: I dag är flera myndigheter och andra funktioner involverade i den statliga styrningen av funktionshinders- och hjälpmedelsområdena. I detta sammanhang innebär teknikutvecklingen att frågorna behöver ses mer i ett samlat perspektiv där t.ex. effektivisering av vård och omsorg, samverkan mellan vård och socialtjänst, ökad egenvård, ökade möjligheter till behandling hemma etc. ingår som förutsättningar och mål. Teknikutvecklingen ”går ihop” på många områden och möjligheten till utveckling av hjälpmedel – både mer traditionella och nya tekniska hjälpmedel – förbättras genom ett bredare och mer samlat perspektiv.

#### *Utredningens bedömning*

Det finns ett påtagligt behov och efterfrågan av förstärkta nationella satsningar inom IT- och kommunikationsområdet. Från att ha varit ett nytt område där främst principiella överenskommelser behövts, växer nu behovet av operativa insatser med praktiska frågor, systemutveckling och förvaltning.

I grunden ligger det operativa ansvaret på huvudmännen, men behovet av nationell samordning ger staten en viktig roll. Det ökande antalet praktiska frågor gör det också viktigt för staten att rusta myndigheterna för att ta en allt större roll, så att departementet kan hålla fokus på de strategiska aspekterna.

## **4.5 Långsiktig och fokuserad statlig styrning ger bättre genomslag**

### *Överlappningar i ansvar och uppgifter*

En viktig del av styrningen av vård- och omsorgen sker i ledningen och styrningen av myndigheterna i departementet. Regeringens styrning av myndigheterna har under lång tid varit föremål för diskussion och utveckling.<sup>42</sup> Regeringens styrning av myndigheterna redovisas mer fördjupat i vårt delbetänkande.<sup>43</sup>

---

<sup>42</sup> Se t.ex. SOU 2007:75, Prop. 2008/09:1, prop. 2009/10:175, SOU 2008:118.

<sup>43</sup> SOU 2011:65 *Statens roll i framtidens vård och omsorgssystem en kartläggning*.



Instruktionernas roll i den statliga styrningen har utvecklats på senare år, bl.a. för att åstadkomma en mer verksamhetsanpassad och långsiktig, strategiskt inriktad styrning.<sup>44 45</sup> Regeringens ambition är att den årliga styrningen av myndigheterna i högre grad ska inriktas på verksamhetens resultat utifrån det instruktionsenliga uppdraget. Instruktionen och de uppgifter som anges i denna bör vara basen för den löpande styrningen och återrapporeringen. I vår kartläggning av myndigheternas instruktioner har vi noterat att flera myndigheter har liknande uppgifter inom samma områden.

**Tabell 4.1 Exempel på överlappningar på instruktionsnivå**

	Följa upp/analysera	Utvärdera	Kunskapspridning /styrning/riktlinjer	Metod-utveckling
Folkhälsa	FHI, Vårdanalys, SoS, SMI <sup>1</sup>	FHI, Vårdanalys, SoS, SBU, SMI	FHI, SoS, SBU, SMI	
Hälsa- och sjukvård	Vårdanalys, SoS	Vårdanalys, SoS, SBU	SoS, SBU, FHI	
Omsorg/socialtjänst	Vårdanalys <sup>2</sup> , SoS	Vårdanalys, SoS		
Läkemedel	LV, TLV, SoS	TLV, LV, SBU, SoS	TLV, LV, SBU, SoS	
Smittskydd	SMI, FHI <sup>3</sup>		SMI, SoS	SMI, SoS

*Källa:* Myndigheternas instruktioner.

<sup>1</sup> SMI:s uppgifter breddade till ett mer folkhälsoinriktat arbete

<sup>2</sup> Vårdanalys ska följa upp verksamheter i gränssnittet mellan vård och omsorg.

<sup>3</sup> Ingår delvis i FHI:s uppdrag kring folkhälsopolitisk uppföljning genom målområdet "skydd mot smittspridning".

### Stor mängd initiativ

Regeringens löpande styrning av myndigheterna inom vård- och omsorgssektorn kännetecknas av stor aktivitet. Vår kartläggning visar att såväl antalet uppdrag i regleringsbrev som antalet särskilda uppdrag till myndigheterna ökat de senaste åren för de mest uppdragsbelastade myndigheterna, i synnerhet för SoS.

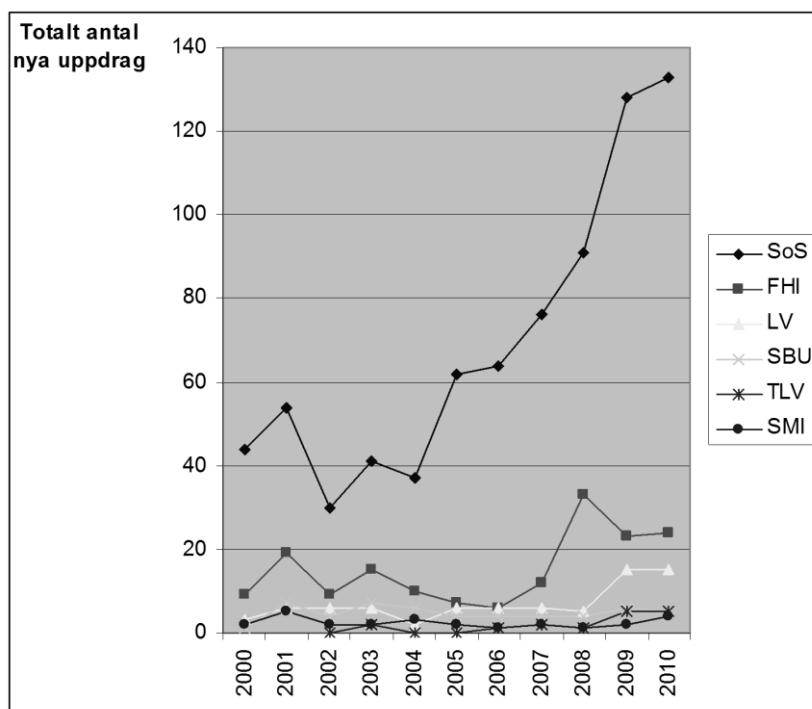
I diagram 4.1 redovisar vi uppdragsutvecklingen från år 2000 – 2010 för de sex myndigheter som ibland har överlappande

<sup>44</sup> Förordning (2000:605) om årsredovisning och budgetunderlag.

<sup>45</sup> Prop. 2008/09:1, *Budgetpropositionen för 2009*.

uppgifter: FHI, LV, SMI, SoS, SBU och TLV.<sup>46</sup> Som ovan slagits fast är SoS den myndighet som får allra flest uppdrag, både i regleringsbrevet och i särskilda beslut. Den absoluta merparten kommer från Socialdepartementet även om det förekommer att även andra departementet ger uppdrag till myndigheten. FHI får också förhållandevis många uppdrag och en viss ökning kan noteras de senaste åren. Uppdragen till övriga myndigheter är förhållandevis få, både i regleringsbrev och som särskilda beslut. LV och SMI har dock fått fler uppdrag de senaste åren.

Diagram 4.1 Totalt antal nya uppdrag i regleringsbrev och som särskilda beslut, per år 2000–2010.



De myndigheter som får flest uppdrag, SoS och FHI, har fått särskilda medel i samband med vissa uppdrag under hela den studerade perioden. De medel som tilldelas fullfinansierar inte alltid uppdragen.

<sup>46</sup> Vårdanalys bildades först 1 januari 2011 ingår därför inte i redovisningen.

För SoS del omfattar de särskilda medlen både beslut att använda anslag som myndigheten disponerar enligt regleringsbrevet och ytterligare särskilda medel.

De senaste åren kan en trend skönjas att ge särskilda medel i samband med uppdragen även till andra myndigheter än SoS och FHI.<sup>47</sup>

En stor del av regeringsuppdragen kan hänföras till kunskapsområdet (inklusive utveckling av metoder samt uppföljning och utvärdering). Flera uppdrag ska dock ske i samverkan mellan myndigheter, bland annat i syfte att samordna arbetet med kunskapsunderlag.<sup>48</sup>

I samband med den utveckling av resultatstyrningen som regeringen bedriver, har också formerna för kontakter och dialog mellan regering och myndigheter diskuterats och utvecklats. Regeringen anser att dessa kontakter ”bör syfta till informations- och kunskapsutbyte samt förtydliganden av regeringens styrning”.<sup>49</sup> För de granskade myndigheterna har dialogformerna utvecklats på senare år. I dag är kontakten mellan myndigheterna och Socialdepartementet tätare och mer systematiska än tidigare, vilket de myndighetsrepresentanter och departementsföreträdare vi talat med ser som positivt. Flera pekar dock på att kopplingen mellan regeringens samlade politiska prioriteringar och myndigheternas arbete skulle kunna förtydligas.

Ett annat styrinstrument som regeringen kan använda sig av för att åstadkomma utveckling i vården och omsorgen är strategier. Dessa dokument varierar både till form, framtagande och innehåll. Aktuella strategier är exempelvis ANDT-strategin,<sup>50</sup> den nationella cancerstrategin som inneburit en rad satsningar sedan år 2010<sup>51</sup> och den nationella läkemedelsstrategin om läkemedelsanvändning som beslutades i augusti år 2011<sup>52</sup>. Kopplad till läkemedelsstrategin finns en handlingsplan med specifika insatser som myndigheter och organisationer ska arbeta vidare med. Till båda dessa strategier finns överenskommelser med SKL knutna.

Överenskommelser har träffats inom många olika områden och för många olika frågor inom vården och omsorgen. Historiskt sett

---

<sup>47</sup> Se SOU 2011:65 *Statens roll i framtidens vård- och omsorgssystem – en kartläggning*.

<sup>48</sup> Se t.ex. SoS m.fl. (2012) *Förslag till nationell modell för kunskapsstyrning – enligt regeringsuppdrag om uppdrag att utveckla modellen God vård*.

<sup>49</sup> Prop. 2009/10:175, *Offentlig förvaltning för demokrati, delaktighet och tillväxt*.

<sup>50</sup> Prop. 2010/11:47 *En samlad strategi för alkohol-, narkotika-, dopnings-, och tobakspolitiken*.

<sup>51</sup> SOU 2009:11, *En nationell cancerstrategi för framtiden*.

<sup>52</sup> Socialdepartementet, *Nationell läkemedelsstrategi*, Promemoria S2011.029.

är det främst inom hälso- och sjukvårdsområdet som det tecknats överenskommelser men nu finns nu även flera omfattande överenskommelser inom omsorgsområdet. Omfattningen av utbetalade medel till kommuner och landsting och till SKL i samband med överenskommelser framgår av de olika regeringsbesluten.

Regeringen tillsätter ibland samordnare för att hantera avgränsade prioriterade frågor eller projekt. Ett aktuellt exempel är regeringens äldresamordnare som utsågs 2011 i samband med en satsning på 3,75 miljarder kronor under mandatperioden för att förbättra vården och omsorgen för de mest sjuka äldre. Andra exempel på samordnare finns avseende utveckling av de nationella kvalitetsregistren, hemsjukvård och genomförandet av den nationella cancerstrategin.

Flera företrädare för kommuner och landsting är positiva till många av de initiativ som tagits, men anser att regeringens styrning med särskilda utvecklingsmedel skulle kunna få större genomslag om man fokuserade på färre områden, mer långsiktigt och med större utrymme för huvudmännen att själva forma metoderna. Det ökar möjligheterna för kommuner och landsting att ta sitt ansvar när statens styrning är långsiktig och fokuserad på ett begränsat antal frågor.

#### *Överenskommelser viktiga, men formerna behöver förbättras*

Verksamma såväl inom kommuner och landsting som inom myndigheter, ser överenskommelser mellan de politiska ledningarna på nationell, regional och lokal nivå som ett bra sätt att kraftsamla för att utveckla vården och omsorgen. Överenskommelser knyts också utan en strategi som grund, inom områden där det finns reformer och satsningar som behöver få stöd i implementering på regional och lokal nivå. En del överenskommelser har sitt ursprung i förändrad lagstiftning, exempelvis Kömiljarden.

Samtidigt har myndigheterna ibland fått en otydlig roll i arbetet. Oftast har de, framför allt SoS, varit involverade på olika sätt, t.ex. i förberedelsearbetet, genom parallella uppdrag eller i uppföljningen. Men många av de vi talat med, har uppfattat att arbets sättet tyder på bristande tilltro till myndigheternas förmåga att stödja utveckling. Regeringens direkta samarbete med SKL uppfattas ibland som ett uttryck för att man inte tror att myndigheterna har förmåga att bidra till utveckling. Den oklara tilltron till den statliga myndig-

hetsstrukturen försvårar därmed för myndigheterna att bidra i arbetet på bästa sätt.

Samtidigt är flera företrädare för huvudmännen kritiska mot mängden av signaler och initiativ. Kritiken lyfter fram att flera av överenskommelserna slutits ad hoc, utan koppling till huvudmännens egna planerings- och prioriteringsförutsättningar och många gånger på en alltför hög detaljnivå. Både för förtroendevalda och tjänstemän uppstår det svårigheter när många olika närbesläktade men inte helt koordinerade initiativ ska hanteras samtidigt.

SKL är ingen statlig myndighet utan en arbetsgivar- och intresseorganisation, där en stor del av verksamheten nu finansieras via statsbidrag som är knutna till överenskommelserna med regeringen.<sup>53</sup> SKL har inte samma skyldighet som en myndighet att öppet redovisa resursfördelning, uppföljning av insatser och resultat till regeringen.

I och med att regeringen genom arbetet med särskilda strategier, tillsättande av samordnare och genom överenskommelser med SKL tar sig an frågor som normalt sett vilar på huvudmännen, har regeringens eget behov av att följa hur arbetet löper ökat. Behovet ökar också i takt med att mycket av ansvaret för det operativa arbetet lagts hos SKL. Detta innebär att regeringens och departementets eget behov av uppföljning, stöd och analys av de olika initiativ som överenskommelserna inriktas mot ökar, och märks i en ökad arbetsbelastning på departementet.

Statskontoret tar i en underlagsrapport till Ansvarskommittén upp ”annan styrning”, nationellt initierade, tidsbegränsade insatser, kombinerade med statsbidrag. Ett styrmedel som beskrivs är just överenskommelser mellan staten och de lokala huvudmännen/SKL. I rapporten riktas kritik mot att förutsägbarheten i den statliga styrningen påverkas negativt samt att styrningen inte stämmer överens med det kommunala självstyret.<sup>54</sup> Liknande kritik från huvudmännen redovisade vi i delbetänkandet.

I en annan rapport från Statskontoret behandlas problematiken kring överenskommelser som styrmedel. Statskontoret pekar bland annat på att överenskommelserna inte är juridiskt bindande och att det därmed inte finns några formella sanktioner som utlöses om

<sup>53</sup> Förbundsavgiftens andel av de totala intäkterna till SKL minskade från 56 procent till 36 procent mellan 2009 och 2010. Övriga intäkter var till övervägande delen statliga bidrag. De statliga bidragen uppgick till 584,4 miljoner kronor år 2010 jämfört med 220 miljoner kronor år 2009. Källa: SKL:s årsredovisning för 2010.

<sup>54</sup> Statskontoret Dnr 2004/75-5, *Statens styrning av hälso- och sjukvården – Delredovisning 2 av Statskontorets uppdrag från Ansvarskommittén*.

avtalet skulle brytas, att det tätare samarbetet mellan regeringen och SKL innebär att SKL:s roll gentemot sina medlemmar blir mer komplicerad samt att ett flitigt användande av överenskommelser kan göra ansvarsförhållandena mindre tydliga mellan kommuner och landsting och SKL.<sup>55</sup>

#### *Brist på samlad överblick över sektorn som helhet*

De nuvarande myndigheterna har god överblick inom sina specifika ansvarsområden, men det saknas breda analyser över vårdens och omsorgens tillstånd i stort; behov, förväntningar, efterfrågan, utbud, kvalitet, resurser, kunskapsutveckling, teknisk utveckling, forskning, utbildning, arbetsmarknad och kompetensförsörjning, kommersiella aktörer och annat av strategisk betydelse för sektorn. Som exempel på frågor som är strategiskt betydelsefulla, trots att de ligger lite vid sidan av vårdens och omsorgens löpande frågor, kan nämnas den ökande andelen av omsorgsliknande tjänster som finansieras via RUT-avdrag, utvecklingen när det gäller LSS-tjänster, läkemedelsindustrins och den medicintekniska branschens ställning i landet och de eventuella behoven av ökad reglering av privatfinansierad plastikkirurgi. På de flesta områden finns god sakkunskap, men det samlade perspektivet skulle behöva bevakas bättre och stödja den långsiktiga politiken.

SoS har ett brett ansvar, men inte uppdrag och möjlighet att följa alla aspekter.

Regeringskansliet har överblick över de statliga delarna i vården och omsorgen, både ur ett ekonomiskt och verksamhetsmässigt perspektiv. I en del andra länder ser relationen mellan Regeringskansli och myndigheter annorlunda ut. Den svenska förvaltningsmodellen är inte anpassad för att inrymma större analyskapacitet inom Regeringskansliet, som har till huvudsaklig uppgift att bereda ärenden och i övrigt bistå regeringen och statsråden i deras verksamhet.<sup>56</sup>

---

<sup>55</sup> Statskontoret (2011) 2011:22, *Tänk efter före – om viss styrning av kommuner och landsting*. Statskontoret (2011) 2011:30 *Evidensbaserad praktik inom socialtjänsten – uppföljning av överenskommelsen mellan regeringen och SKL*.

<sup>56</sup> Förordning (1996:1515) med instruktion för Regeringskansliet.

### *Utredningens bedömning*

Staten får en allt viktigare roll inom sektorn. Delvis handlar det om konkreta uppgifter som reglering, tillsyn, infrastruktur och utvecklingsstöd. Med utgångspunkt från Riksdagens övergripande ansvar, är det också statens roll att följa sektorns utveckling som helhet och styra efter behov.

Som stöd för den övergripande styrningen anser vi att staten behöver stärkta funktioner som ger överblick och framförhållning, utöver departementets strategiska arbete och ansvar.

Vi bedömer också att staten genom en mer fokuserad styrning som i ökad utsträckning involverar myndigheterna, kan få större genomslag för sina ambitioner.

## **4.6 Övriga iakttagelser och bedömningar**

### *Kultur och ledarskap*

Ledarskap och medarbetarskap är nyckelfrågor för vårdens och omsorgens utveckling. Medarbetare med professionalism, ansvarstagande, stolthet och arbetsglädje gör ett bättre arbete. Detta gäller både i den direkta vård- och omsorgsverksamheten, i kommuner och landsting och inom statens myndigheter.

I arbetet med vårt delbetänkande tog vi del av tolv myndigheters senaste medarbetarundersökningar och/eller arbetsmiljöundersökningar. Nya undersökningar har nu genomförts, men utredningen har inte haft utrymme att ta del av eller analysera dessa. Generellt sett ansåg medarbetarna att deras arbete är meningsfullt, men att ledarskapet är ett viktigt förbättringsområde. I flera myndigheter var förtroendet för myndighetsledningarna lågt.<sup>57</sup>

Som anställd i offentlig verksamhet, är nyttan för medborgarna alltid ett viktigt mål. Samtidigt är specialisering kännetecknande för kunskapsorienterade organisationer, något som kan få till följd att fokus riktas mot det egna expertområdet snarare än mot målgruppen. Fokus blir internt istället för externt. En viktig uppgift för ledning och styrning av kunskapsorganisationer blir därmed att uppmärksamma och uppmuntra bredd, integration och fokus på större sammanhang.<sup>58</sup>

---

<sup>57</sup> SOU 2011:65 *Statens roll i framtidens vård- och omsorgssystem – en kartläggning*.

<sup>58</sup> Se t.ex. Mats Alvesson (2004) *Kunskapsarbete och kunskapsföretag*.

Vi har inte gjort någon närmare analys av de många orsaker som kan finnas till dessa problem, men efter samtal med flera berörda kan vi konstatera att en försvårande faktor är myndigheternas otydliga uppdrag och mandat, inte minst visavi varandra. När myndighetens roll inte är tydlig, blir det svårt för ledningarna att svara upp mot medarbetarnas förväntningar på klara besked. Vår bedömning är att dessa oklarheter förstärkts under senare år, bland annat genom att SKL i relation till vården och omsorgen kommit att få delvis samma roll och karaktär som en statlig myndighet.

Det är angeläget att skapa en tydlighet kring myndigheternas uppdrag. Vi bedömer att en nyorientering genom nya uppdrag skulle kunna öppna nya möjligheter för berörda verksamheter och medarbetare.

### *Effektiviseringsbehov*

Som vi framhåller i kapitel 1, ligger utredningens huvudsakliga fokus på den ”yttre effektiviteten”, det vill säga att myndigheterna ska arbeta så bra att verksamheterna kan fungera effektivare och åstadkomma en bättre vård och omsorg för medborgarna. Samtidigt är det naturligtvis viktigt att även den statliga organisationen är så effektiv som möjligt.

För statens del innebär detta att myndighetsstrukturen behöver bli effektivare. Flera av myndigheterna utvecklar sina interna processer, ofta med fokus på verksamhetsplanering, uppföljning och kvalitetsarbete. Kompetenser och nyckelroller i staten måste fungera i ett smidigt samspel med självstyret. Dubblerade uppgifter och kompetenser inom den statliga strukturen ska undvikas.

I dagens myndighetsstruktur finns flera exempel på dubblerade eller näraliggande kompetenser och ansvarsområden.<sup>59</sup> Det huvudsakliga problemet i detta är att stödet till verksamheter och huvudmän fungerar sämre än det skulle kunna göra. Men dessutom leder bristen på samordning till att myndigheternas arbete blir onödigt resurskrävande. Vi bedömer att det här – främst när det gäller kunskapsstyrning – skulle vara möjligt att genom samordning nå bättre resultat till lägre kostnader.

---

<sup>59</sup> Se avsnitt 4.5, SOU 2011:65 *Statens roll i framtidens vård- och omsorgssystem- en kartläggning*.



*Bättre stöd i styrningen av fristående producenter*

Successivt ökar den andel av offentligt finansierad vård och omsorg som drivs i fristående former. Skillnaderna mellan olika kommuner och landsting är stor, både som följd av olika förutsättningar och av olika politiska synsätt.

Antalet anställda hos fristående producenter av vård och omsorg uppgick 2009 till cirka hundra-tjugofem tusen personer, fördelade på knappt tjugoåtta tusen företag med en omsättning på cirka 95 miljarder kronor. Av dessa företag hade 97,6 procent mellan 0 och 19 anställda, cirka 21 procent av totala antalet anställda och drygt 32 procent av totala nettoomsättningen. Både nettoomsättningen och antalet anställda i branschen har vuxit under senare år. Mellan 2007 och 2009 har branschen vuxit med 22 procent, i termer av antalet anställda och med 24 procent i termer av nettoomsättning.<sup>60</sup>

Den växande mängden avtalsrelationer mellan beställare och utförare kräver delvis ny kompetens hos huvudmännen. Det handlar om att kunna specificera och följa upp kvalitet och resultat på ett bra sätt och samtidigt hålla öppet för nytänkande genom att vara återhållsam med detaljerade krav på organisation, arbetssätt och liknande "hur-frågor".

Kommuner och landsting har ofta relativt lång erfarenhet av att styra och följa upp verksamheter i egen regi och även lokala entreprenörer som arbetar på ungefär samma sätt som egenregiverksamheterna. Erfarenheten av att styra och följa upp större företag är oftast betydligt mindre. I relation till en lokal entreprenör är kommunen eller landstinget oftast den resursstarkare parten, med de största resurserna för utredning, uppföljning, ekonomi, juridik osv. I relation till större entreprenörer kan styrkeförhållandena vara omvända. Detta innebär nya utmaningar som delvis även påverkar behoven av ökad nationell samordning. Behovet av detta stöd framhålls även i bl.a. Upphandlingsstödsutredningen.<sup>61</sup>

Potentialen i gemensamt lärande och utbyte på nationell nivå är stor. Jämförelser kan göras med andra områden som tidigare drivits helt offentligt och som omreglerats för att öppna för konkurrens, t.ex. telekom-, el-, apoteks- och järnvägsmarknaderna. På dessa områden har staten byggt upp en förnyad reglering och förstärkt

<sup>60</sup> Statistiska centralbyrån, undersökningen Företagens ekonomi. Uppgifterna avser år 2007–2009.

<sup>61</sup> SOU 2012:32 *Upphandlingsstödsutredningen*.

tillsynen för att säkerställa fortsatt kvalitet i verksamheterna och rättssäkerhet för den enskilde när privata aktörer fått tillträde till marknaden. Sedan tidigare har Kammarkollegiet ett ansvar att utveckla en vägledning för upphandling inom vård och omsorg i syfte att underlätta upphandlingsprocessen för upphandlande myndigheter och leverantörer. En vägledning tas nu fram, som kommer att omfatta särskilt boende och dagverksamhet för äldre samt bostad med särskilt stöd och service och daglig verksamhet för funktionshindrade. Regeringen gav i december 2011 SoS i uppdrag att ta fram ett vägledande underlag för upphandling enligt LOU, förfrågningsunderlag enligt LOV samt en vägledning för uppföljning av insatser, inklusive insatser som annan utförare än kommunen utför. Arbetet ska ske i samarbete med Kammarkollegiet. SoS ska redovisa sitt uppdrag senast den 31 januari 2013.

Vi bedömer att det inledda arbetet kring beställar- och upphandlingsstöd kommer att vara viktigt under de kommande åren och kan komma att behöva vidareutvecklas.

#### *Allmänt om samband och gränser*

I komplexa verksamheter är specialisering och arbetsfördelning nödvändigt. Samtidigt innebär varje sådan uppdelning vissa gränsdragningsproblem, och många frågor behöver hanteras över organisatoriska gränser. För- och nackdelar måste avvägas. Utredningen har tagit fasta på vårdens och omsorgens behov av samlade kunskapsunderlag. Även regeringens behov av övergripande analyser kring hela sektorns tillstånd och utmaningar lyfts fram. Samtidigt behövs specialiseringen och kompetensen inom enskilda områden. Ett renodlat processfokus riskerar att tappa förankringen i de olika fackområden som vården och omsorgen ansvarar för. Detsamma gäller generella iakttagelser och analyser på aggregerad nivå, som löper risk att tappa nyttan och kopplingarna till verkligheten om de läggs på en alltför hög abstraktionsnivå. Nytt- och resultatfokus måste vara vägledande. Här kan Öppna jämförelser tjäna som ett gott exempel. Jämförelsernas starka koppling till befintliga verksamheter och resultat i kombination med aggregerade jämförelser över landet, gör att både huvudmän, professioner och patienter/brukare har nytta av materialet.

I vår analys ser vi behovet av integration ur användarperspektiv som överordnat. Både stöd och styrning måste i första hand byggas

upp så att det fungerar och är tydligt för dem som finns i de praktiska verksamheterna. Specialiserade kunskaper lägger en grund och sammanvägs till fungerande stöd och styrning.

Eftersom vi ser kunskapsstyrningen som en nyckelfråga anser vi att ett integrerat arbete inom det området har överordnad betydelse och bör styra organiseringen. En förnyad myndighetsstruktur skapar automatiskt nya gränssnitt mellan myndigheterna, som alltid, oavsett organiseringsprincip, är förenad med vissa för- och nackdelar. Utredningen bedömer i detta sammanhang att det är angeläget att antalet gränssnitt mellan myndigheterna i sektorn minskar, vilket inte minst förenklar för verksamheter och användare. Med tydliga roller och uppdrag kan gränssnitten dessutom fungera smidigare än i dag, även om myndigheterna blir större utifrån en sådan ambition.

En annan avvägning handlar om relationen och ansvarsfördelningen mellan myndigheter och Regeringskansli/departement. Dessa relationer lever och förändras i takt med omvärldsförändringar, dagsaktuella händelser och politiska prioriteringar. Utredningen vill framhålla vikten av att regeringens och Regeringskansliets roll fokuseras på långsiktiga prioriteringar. Vi har noterat att departementets e-hälsoarbete och arbetet med att formulera särskilda överenskommelser med SKL vuxit till att omfatta operativa och löpande uppgifter, uppgifter som i dag kräver relativt stora arbetsinsatser från departementet. De mer löpande delarna i detta arbete kan med fördel avlastas till myndigheterna.

## 4.7 Internationella jämförelser

### *Internationell jämförelse om statens roll i vården i 11 länder*

European Observatory on Health Systems and Policies<sup>62</sup> har på utredningens uppdrag sammanställt en rapport som redovisar statens styrning av vårdssystem i elva länder<sup>63</sup>. Baserat på denna översikt sammanfattar rapporten ett antal trender. Den första visar att regeringarna i dessa länder i stor omfattning ökat sina ansträngningar för att få inflytande över sektorn, främst genom en centralisering av ansvar till den nationella nivån. Det finns också exempel på att den regionala och lokala nivån fått ett större ansvar för vissa

---

<sup>62</sup> <http://www.euro.who.int/en/who-we-are/partners/observatory/about-us>

<sup>63</sup> Bilaga 4.

frågor, däribland ansvaret för det sjukdomsförebyggande och hälsofrämjande arbetet. De statliga myndigheternas ansvar har stärkts i flera länder, dels genom nya utpekade åtaganden, dels genom en stärkt roll i arbetet med förhandlingar/avtal mellan berörda parter. Det senare åstadkoms utan förändringar i lagstiftning och ofta i kombination med nationella strategier. Organisering och nya organisationsförändringar för att hantera kommande utmaningar förekommer också i de studerade länderna. I vissa fall har nya myndigheter bildats, i andra länder har justeringar skett i befintlig struktur.

#### *Egna jämförelser med andra länder*

Utredningen har också studerat statens roll i vården och omsorgen i ett antal länder genom resor till Norge, Danmark, Finland, England, Nederländerna och Belgien/Bryssel, det sistnämnda främst för att få en europeisk överblick. Sammanfattningen nedan bygger på de intervjuer, besök och inläsning av material som gjorts i samband med dessa resor.

Utmaningarna i de länder vi besökt skiljer sig inte så mycket från de svenska. Utgifterna som andel av BNP har stigit i t.ex. både Danmark, Norge och Nederländerna. Samtliga länder arbetar med att på olika sätt öka kopplingen mellan ersättning och resultat, bl.a. genom framtagande av nya indikatorer och modeller för kapite- ringsersättning. I flera länder diskuteras balansen mellan å ena sidan behovet av nationell styrning, utformandet av överenskommelser mellan regeringen och huvudmännen och å andra sidan risken för detaljregleringar och svårigheter till lokala anpassningar. Flera länder driver också aktivt på för att öka andelen fristående utförare i vården och omsorgen, bl.a. Finland och England.

I samtliga länder som utredningen besökt har ansvaret för det sjukdomsförebyggande och hälsofrämjande arbetet förtydligats genom ett utpekat ansvar för den lokala/kommunala nivån, ofta genom förändringar i lagstiftningen. I England och Norge har dessa beslut inträtt så sent som under årsskiftet 2011/12, och ska nu implementeras. I Norge kombineras ett förtydligat ansvar på kommunal nivå med ett ökat ansvar för den norska motsvarigheten till FHI – Folkehelseinstituttet – att stödja kommunerna i detta arbete. Myndigheten är ålagd att varje år ge kommunerna en ”hälsoprofil” baserad på de data myndigheten har tillgång till. Kommunerna i Nederländerna ansvarar för att från och med 2011 årligen

till regeringen redovisa uppföljningar av det förebyggande arbetet, med hänsyn till nationella initiativ. Om en kommun väljer att inte följa de nationella initiativen på området, bör skälen till detta anges.

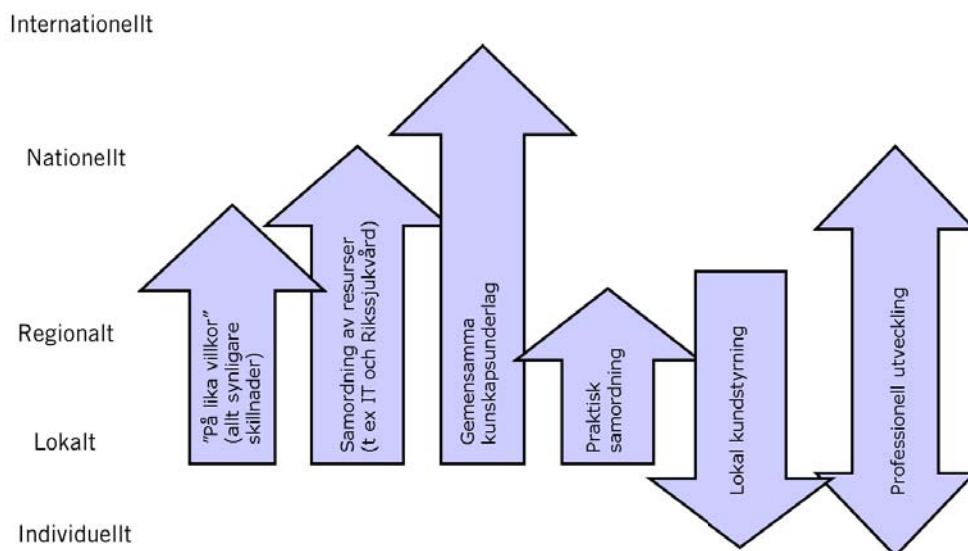
Flera av de länder som utredningen studerat har förändrat ansvarsfördelningen mellan statlig, regional och lokal nivå för att bättre kunna hantera de utmaningar man identifierat. I Norge har kommunerna från och med 2012 övertagit en del (omkring 20 procent) av budgeten för sjukhusvård. I Danmark skedde en stor regionreform år 2007, som påverkade huvudmannskapet för vården och omsorgen på flera sätt. 271 kommuner reducerades till 98, och 13 amt (Danmarks motsvarighet till Sveriges län) ersattes av 5 regioner. Danmarks motsvarighet till Socialstyrelsen har ett samlat nationellt ansvar för prioriteringar inom hälso- och sjukvården. Kommunerna fick i samband med reformen ett förtydligat ansvar för befolkningens hälsa. I Nederländerna har en försäkringslösning för hälso- och sjukvården etablerats 2006, samtidigt som ansvaret för omsorgen i stora delar lagts på kommunal nivå.

Ansträngningarna för att öka inslaget av evidens i arbetssätt och metoder i vården känns igen i samtliga länder. I Nederländerna har regeringen fattat beslut om att inrätta ett Quality Institute med uppdrag att ta fram riktlinjer och sprida dessa till vården. Syftet är att öka tempot i arbetet med rekommendationer till vården. Sedan 1990-talet satsar Finland mycket på informationsstyrning och dialogstyrning, dvs. det som i Sverige benämns kunskapsstyrning. Institutet för hälsa och välfärd (THL), bildades 1 januari 2009, med utgångspunkten att det är kunskapsstyrning som gör skillnad för att förändra och påverka vården och omsorgen. Myndigheten har cirka 1 300 anställda, och bildades genom en sammanslagning av den finska motsvarigheten till FHI, SMI, SBU, delar av SoS och delar av Karolinska Institutet, KI. Myndigheten bedriver egen forskning. Forskarna samarbetar i utvecklingsfrågor med myndigheten och universiteten. Erfarenheten av sammanslagningen är positiv så till vida att samarbetet underlättats under en ”hatt”, metodstödet sker utifrån samma ramverk och en del dubbelarbete undviks. Som exempel kan nämnas att myndigheten menar samma sak med ord som transparent och evidensbaserat.

## 4.8 Sammanfattande bedömningar

Det allt snabbare kunskapsflödet, patienters och brukares rörlighet, internationaliseringen, IT-utvecklingens möjligheter, de ökande behoven av öppna prioriteringar etc. gör att allt fler frågor inom vård- och omsorgssektorn behöver hanteras på nationell nivå.

Figur 4.4 Frågor som förskjuts mellan nivåer



Det handlar inte om frågor som kan avgöras "en gång för alla" utan om komplexa frågeställningar som kommer att behöva hanteras successivt under lång tid. Flera olika typer av sakkunskap ska samverka i löpande processer som utgår från patienternas och brukarnas behov och önskemål. De hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande insatserna måste få en starkare ställning. Funktionshindersperspektivet behöver integreras i alla relevanta sammanhang.

Både frågan om folkhälsopolitikens och funktionshinderspolitikens genomförande kräver ett samlat uppföljningssystem för att arbetet ska kunna fortlöpa, justeras och insatserna inriktas mot de områden där de ger bäst effekt. Det handlar om att kunna följa samtliga de delar av samhället som har bäring på politikens måluppfyllelse. Dessa områden kräver alltså en annan utblick än enbart vård och omsorg. Med anledning av de bestående systematiska

skillnader som finns inom befolkningen när det gäller t.ex. livslängd, sjuklighet och psykisk hälsa samtidigt som befolkningen blir allt äldre, menar vi att det finns skäl för staten att fortsatt bevaka frågan och följa utvecklingen utifrån en samlad analys.

Var och en har i detta sammanhang ett individuellt ansvar för sin hälsa och sin förmåga att delta aktivt i samhällsgemenskapen. Vi vill lyfta fram kommunernas övergripande ansvar och förmåga att påverka dessa områden. I statens samlade uppföljning av måluppfyllelsen när det gäller både det funktionshinderspolitiska och folkhälsopolitiska området, är kommunernas insatser centrala.

Nationell samordning är inte bara statlig styrning. Stora delar av samordningen kan med fördel byggas genom frivilligt samarbete. Men staten måste förtydliga sin förmåga att bidra.

Med utgångspunkt från de utmaningar och frågeställningar som vi identifierade i vårt delbetänkande ser vi några områden där staten särskilt behöver stärka sin förmåga att stödja och styra:

Vi ser en samordnad kunskapsstyrning som en central fråga för sektorn. Genom systematiskt arbete med uppföljning, lärande och förbättring tillvaratas alla medarbetares kompetens och engagemang. Även brukare och patienter behöver engageras. Valfungerande kunskapsstyrning leder till ökad effektivitet och skulle också kunna ge underlag för bättre prioriteringar. Trots goda intentioner ser vi att myndigheterna i dag har svårt att bidra så effektivt som skulle vara önskvärt.

Vi bedömer också att den statliga tillsynen skulle kunna förbättras avsevärt. En del av dagens problem kan vara tillfälliga och kan kanske hanteras med specifika insatser, men det skulle finnas långsiktiga fördelar i en strukturell förändring där tillsynen ges en stärkt ställning och knyts till arbetet med tillstånd, legitimationer och godkännanden.

Vi ser också behov av ett ökat statligt ansvarstagande för sektorns infrastruktur för IT och kommunikation.

Dessutom anser vi att den statliga styrningen skulle kunna bli mer effektiv genom ett mer systematiskt arbetssätt, understött bland annat av bredare långsiktiga kunskapsunderlag.

Den nuvarande myndighetsstrukturen har vuxit fram successivt med utgångspunkt från olika ambitioner och utan någon samlad analys över systemets indelningsgrunder eller rationaliteter för ansvarsutkrävande. Förnyade arbetssätt och en mer ändamålsenlig myndighetsstruktur skulle kunna göra det enklare att möta de kommande årens utmaningar.

En kraftsamling inom dessa områden bör genomsyras av ett samlat synsätt kring den övergripande roll som staten bör ha i vården och omsorgen. Utifrån rådande ansvarsfördelning mellan staten och huvudmännen, menar utredningen att statens övergripande roll är att värna jämlik hälsa i befolkningen. Det handlar både om att värna jämlikhet i t.ex. tillgång och kvalitet, och att bidra till insatser som kan åstadkomma bättre hälsa i befolkningen. För staten i vården och omsorgen bör ett övergripande åtagande vara att värna alla människors eget värde, och att verka för en god vård och omsorg på lika villkor. Med en vård och omsorg som bättre förmår att bidra till människors hälsa i framtiden, ökar utrymmet och möjligheterna för ett aktivt liv och deltagande i samhällslivet för de allra flesta, oavsett bakgrund eller övriga förutsättningar. Det är utredningens bedömning att ett integrerat hälsofrämjande angreppssätt som förmår att nå ut till utsatta grupper, i sig kan bidra till en mer jämlik hälsa i befolkningen.



## 5 Utredningens förslag

### 5.1 Övergripande bedömningar

**Utredningens bedömning:** Staten bör förstärka sin roll inom fyra områden. Staten bör

- bidra till sektorns utvecklingsarbete, genom stöd till framtagande och spridning av kunskap
- säkra kvalitet i alla verksamheter, genom effektiv hantering av godkännanden, tillstånd, legitimationer och tillsyn
- ansvara för samordning och nyckelfunktioner för sektorns infrastruktur för IT och kommunikation
- styra strategiskt utifrån hälso- och välfärdssektorns tillstånd och utmaningar.

#### 5.1.1 Ökande behov av nationell samordning

Flera faktorer ökar behoven och efterfrågan av nationell samordning:<sup>1</sup>

- Efterfrågan från bl.a. verksamheter, profession och huvudmän,
- Ökande internationalisering av kunskaper, regelverk, utbildningar etc.,
- IT-utvecklingen som möjliggör snabbare lärande och kunskaps-spridning samtidigt som den kräver mer gemensam infrastruktur,
- Ojämligheter i hälsa, vård och omsorg blir allt mer synliga,

---

<sup>1</sup> SOU 2011:65 Statens roll i framtidens vård- och omsorgssystem – en kartläggning

- Patienter/brukare som behöver stöd för delaktighet och val, även över kommun- och landstingsgränser,
- Resursutmaningarna, både när det gäller ekonomi och bemanning,
- Den ökande mångfalden av driftformer och organisationslösningar,
- Behoven av strukturförändringar och arbetsfördelning, t.ex. inom särskilt kostsamma och specialiserade verksamheter.

Stora delar av den nationella samordningen byggs genom samarbete mellan huvudmännen och andra aktörer. De statliga myndigheterna medverkar, men de behöver enligt utredningens bedömningar få en förnyad roll och struktur för att fullt ut kunna svara mot sektorns behov. Behovet av förnyelse finns redan i dag, men det blir ännu mer påtagligt mot bakgrund av de pågående förändringarna. Utredningen föreslår en genomgripande förändring av statens roll, stöd och styrning.

### 5.1.2 Utredningens principiella förslag

Utredningens analys pekar på fyra områden där staten har särskilt viktiga roller. Dessa roller är att:

- bidra till sektorns utvecklingsarbete, genom stöd till framtagande och spridning av kunskap
- säkra kvalitet i alla verksamheter, genom effektiv hantering av godkännanden, tillstånd, legitimationer och tillsyn
- ansvara för samordning och vissa nyckelfunktioner för sektorns infrastruktur för IT och kommunikation
- styra strategiskt med utgångspunkt från hälso- och välfärdsektorns tillstånd och utmaningar

*Stöd till sektorns utveckling*

Huvudmännen har ett grundläggande ansvar för att utveckla de verksamheter de ansvarar för, men eftersom allt fler av dessa uppgifter behöver hanteras i nationellt samarbete, ökar behovet av att staten bidrar med kompetens och beslutskraft när så krävs.

Sektorn efterfrågar ett tydligare statligt stöd i kunskapsstyrningen; utvärdering, uppföljning, jämförelser, lärande och kunskapsspridning. Huvudmännen, professionerna och många aktörer är involverade, och den mångfalden kommer att fortsätta att vara viktig. Samtidigt behöver viktiga delar av kompetensen och beslutskraften finnas i de statliga myndigheterna.

Kunskapsunderlagens innehåll och utformning behöver bli mer anpassade till användarnas behov. Inte minst är det viktigt att patienters och brukares behov tillgodoses. Olika fackkunskaper behöver integreras mer med varandra. Den löpande kunskapsutbyggnaden via effektiv och samordnad insamling och analys av data behöver också vidareutvecklas. Nationella kontaktpunkter blir allt viktigare för det internationella samarbetet.

För att få ett snabbare och flexiblere nationellt kunskapsstöd till både vård och omsorg, behöver det bli tydligare vilken karaktär olika kunskapsunderlag har: Rent faktabaserade underlag ger en viktig grund när sådana går att ta fram. När de inte kan ge tillräckligt stöd, behövs expertbedömningar om vilka slutsatser det går att dra av de fakta som finns. I många fall behövs också riktlinjer som kan stödja prioriteringar – där behövs ett vidareutvecklat samarbete med huvudmännen, för att trygga att riktlinjerna är praktiskt och ekonomiskt genomförbara. Riktlinjearbetet ska driva utvecklingen framåt, men det behöver finnas starka kopplingar mellan riktlinjer och praktiska förutsättningar.

Eftersom vård och omsorg är komplexa verksamheter som organiseras med utgångspunkt från regionala och lokala förutsättningar, bedömer utredningen att kunskapsstöd och uppföljning ofta ger bättre resultat än bindande regler. När det finns skäl att ange krav i föreskriftsform, bör dessa utgå från befintlig kunskap på området. Eftersom föreskriftsarbetet bör baseras i aktuell kunskap, ska också myndighetsstrukturen stödja sambandet mellan kunskap och reglering.

Särlagstiftningen om läkemedelskommittéer bör avskaffas. Lagstiftningen försvårar att läkemedelsrekommendationer integreras i arbetet med analyser och rekommendationer om övrig

behandling. Läkemedelskommittéerna har på många sätt varit föregångare i arbetet med kunskapsstyrning, och deras erfarenheter bör kunna användas i ett större sammanhang. Genom att kravet på en särskild kommitté i varje landsting tas bort, öppnas också nya möjligheter för samarbete över läns- och regiongränser.

Tillsynens iakttagelser bör bidra till det samlade utvecklingsarbetet. Även när verksamheter uppfyller föreskrifternas krav kan tillsynen observera problem och frågeställningar som är värda att uppmärksammas.

Det finns en problematik i att tillsynen både ska vara granskande och samtidigt bistå med råd och stöd. Dessa roller kan vara svåra att kombinera, men lagstiftningen anger att den statliga tillsynen har båda dessa roller, med den granskande uppgiften som bas.

På samma sätt som när det gäller tillsyn, ska iakttagelser från tillstånds-, legitimations- och godkännande-processerna också bidra till sektorns övergripande utveckling. Generella iakttagelser ska förmedlas till de aktörer som arbetar med kunskapsstyrning.

Sammanfattningsvis föreslår utredningen

- Att statens arbete med kunskapsstöd samordnas och anpassas bättre till användarnas behov, både när det gäller innehåll och form. Även tillsynens iakttagelser bör användas som stöd för den successiva kunskapsutvecklingen
- Att huvudmännen ges en tydligare plats i arbetet med riktlinjer och andra kunskapsunderlag som innehåller stöd för prioriteringar
- Att det utvecklas former för en fortlöpande dialog med huvudmännen och andra aktörer om sektorns utbildnings- och forskningsbehov
- Att lagstiftningen om läkemedelskommittéer avskaffas

#### *Säkra acceptabel kvalitet i alla verksamheter*

Den statliga tillsynen har en viktig roll i att säkerställa likvärdighet och kvalitet. Brister ska uppmärksammas och åtgärdas så snabbt och effektivt som möjligt.

Verksamheten bör vara riskbaserad, så att hela tillsynsfältet överblickas genom täta men enkla tillsynsinsatser, för att sedan

kunna följas av mer fördjupade undersökningar på de områden och enheter där det bedöms vara motiverat.

Tillsynen behöver organiseras så att staten löpande har överblick över tillsynens iakttagelser, åtgärder, resultat och verksamhetsvolym.

Balansen mellan å ena sidan granskning och å andra sidan råd och vägledning behöver klargöras.

Utredningen anser också att det bör göras tydligare att tillsynen riktar sig både mot konkreta verksamheter och mot de uppdragsgivare som anger ramar i form av uppdragsbeskrivningar, resursramar etc. Det är helhetsresultat som ska utsättas för tillsyn.

Hanteringen av enskilda ärenden tillstånd, legitimationer och godkännanden, behöver hanteras noggrant. Samtidigt bör arbetet präglas av tydlighet, snabbhet och smidighet, baserat på kunskap och erfarenhet av sektorn.

Sammanfattningsvis föreslår utredningen att statens tillsynsverksamhet förstärks.

#### *Ansvar för samordning och nyckelfunktioner i sektorns informations- och kommunikationsteknologi*

Integrerade IT- och kommunikationslösningar blir allt mer angelägna för allt fler olika aktörer; för patienter/brukare som behöver stöd för delaktighet, för yrkesutövare som behöver stöd för sitt arbete och för den gemensamma kunskapsutvecklingen. Myndigheter, huvudmän, professionella sammanslutningar, företag och andra aktörer är alla aktiva. Staten behöver ta ansvar för att dessa initiativ får den samordning och den kraft de behöver.

En viktig grund för löpande utveckling och förbättringar i vården och omsorgen ligger i en förbättrad informationsinfrastruktur, bättre spridning och jämförelser av resultatinformation. På detta sätt kan den löpande och snabba utveckling ske som dagens kunskapssamhälle bygger på.

Ur ett medborgarperspektiv är det angeläget att det skapas öppna och offentligt finansierade ingångar som gör att alla intresserade på ett användarvänligt sätt kan få tillgång till den information de behöver och även kommunicera med vården och omsorgen på ett enkelt sätt, med bibehållet skydd för den personliga integriteten.

För yrkesutövare kan det t.ex. handla om tillgång till kunskapsstöd och även praktisk information om sådant som remitteringsvägar, avgifter, regelverk och liknande. Dessutom kan det handla om möjligheter att rapportera och även hantera personuppgifter på ett effektivt och integritetsskyddat sätt. För brukare, patienter och anhöriga kan det handla om att få tillgång till motsvarande kunskapsunderlag, men kanske i anpassad form. Det kan också handla om att kunna få tillgång till egna personliga uppgifter och att kunna göra egna noteringar.

Apotekens Service AB förvaltar och utvecklar en gemensam infrastruktur som betjänar alla apotek och apoteksaktörer och som bör ingå i vård- och omsorgssektorns gemensamma infrastruktur för information och kommunikation.

Denna övergripande ambition till integration rymmer successiva vägval som kräver avstämning med flera aktörer. Ökad integration behövs, men statlig drift är inget självändamål. Det behövs en statlig aktör som har i uppdrag att driva statens samlade intresse i frågan.

Sammanfattningsvis föreslår utredningen att staten samlar och förstärker sina insatser för att stödja vård- och omsorgssektorns behov av gemensamma IT- och kommunikationslösningar i linje med det e-hälsoarbete som redan bedrivs. Ett utpekat ansvar för dessa frågor bidrar till ökad långsiktighet och kontinuitet. I detta ligger både en samordning för statens egna behov och uppgiften att vara en stark part i samspelet med övriga aktörer som är engagerade i att ta fram nationella lösningar.

### *Strategisk styrning*

Utredningen ser ett nationellt behov av bättre överblick och framförhållning när det gäller hälsa, vård- och omsorg samlat. Perspektivet behöver vara systeminriktat samtidigt som det utgår från den enskilda medborgarens situation. Här behövs överblick och kapacitet att presentera handlingsalternativ när så behövs. Det handlar om att följa sektorns utveckling ur ett övergripande perspektiv och vara politikens resurs för att ge underlag för framtida vägval. I detta ligger att följa vård- och omsorgssystemets effektivitet och produktivitet i ett helhetsperspektiv.

I andra länder ses detta normalt som uppgifter för Regeringskansliet, men med den svenska traditionen med mindre departe-

ment och självständiga myndigheter, ser utredningen inte det som en realistisk möjlighet, trots att det är viktigt med kopplingar till regeringens behov och prioriteringar. Utredningen föreslår därför att staten utvecklar en funktion som ger underlag för breda och långsiktiga politiska bedömningar och prioriteringar inom hela hälso- och välfärdsområdet. Funktionen roll är att stödja regeringens ledning och utveckling av sektorn.

Utredningen föreslår också att samspelet mellan regeringen och huvudmännen ges en struktur som underlättar långsiktighet och fokusering. Bland annat bör den process som leder till överenskommelser få en tydligare form.

Mer samlade kunskapsunderlag, uppföljningar och jämförelser av utvecklingen i vården och omsorgen ger också regeringen bättre förutsättningar för en samlad styrning av sektorn i sin helhet. Möjligheterna att identifiera områden i behov av särskilt stöd, samband mellan verksamheter som behöver stödjas eller utvecklas etc. förbättras. Med färre myndigheter än för tio, kan också Regeringens relationer med myndigheterna utvecklas, genom nya former för strategisk dialog och anpassade mötesformer.

## 5.2 Förslag till ny myndighetsstruktur

**Utredningens förslag:** Fyra nya myndigheter bildas;  
Kunskapsmyndigheten för hälsa, vård och omsorg,  
Inspektionen för hälsa, vård och omsorg,  
Infrastrukturmyndigheten för hälsa, vård och omsorg,  
Myndigheten för välfärdsstrategi.

Förslaget innebär att Socialstyrelsen, Läkemedelsverket, Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket, Statens beredning för medicinsk utvärdering, Statens folkhälsoinstitut, Smittskyddsinstitutet, Myndigheten för vårdanalys, Handisam, Myndigheten för internationella adoptionsfrågor och Statens medicinsk-etiska råd läggs ned. Dessutom föreslår utredningen att Hjälpmedelsinstitutet och Apotekens Service AB avvecklas, och att verksamheterna inryms i den nya strukturen.

För att svara mot behoven av förnyelse, föreslår utredningen ett samlat organisatoriskt grepp, där en ny myndighetsstruktur formas

efter morgondagens behov. Vårt förslag utgår ifrån hur staten bättre ska kunna stödja vårdens och omsorgens framtida behov och utmaningar. I detta arbete framträder kunskapsområdet som ett nav, så till vida att den kunskapsintensiva delen av staten i vården och omsorgen behöver bli mer sammanhållen. Vården och omsorgen bör i framtiden kunna dra nytta av nya och successivt utvecklade kunskaper på ett bättre sätt än i dag. Infrastrukturen, informationstillgången och resultatåterföringen behöver förbättras i ett integrerat kunskapsystem. Av detta skäl är det också de myndigheter som har i uppgift att ta fram kunskap inom olika delar av vården och omsorgen, som berörs allra mest av våra förslag.

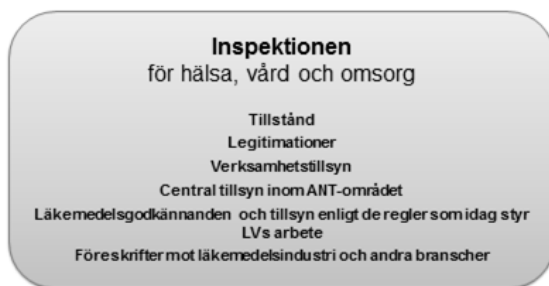
De nya myndigheterna ges tydliga uppdrag som kan vidareutvecklas inom sina ramar. Genom att bygga från grunden skapas en struktur som bygger på enhetliga principer. Myndigheternas gränssnitt sinsemellan förnyas och förtydligas. En tydligare ansvarsfördelning förenklar för myndigheternas målgrupper/ användare, för deras medarbetare och för regeringens styrning.

Två av myndigheterna, Kunskapsmyndigheten för hälsa, vård och omsorg och Inspektionen för hälsa, vård och omsorg, kommer att arbeta med vården och omsorgen som främsta målgrupp: bl.a. professioner, verksamheter, huvudmän, patienter och brukare. Båda kommer att ha viktiga roller i sektorns löpande utvecklingsarbete där kontinuerligt lärande leder till successiva förbättringar.

**Figur 5.1** Kunskapsmyndigheten och Inspektionen för hälsa, vård och omsorg







Infrastrukturmyndigheten för hälsa, vård och omsorg bidrar till att utveckla hela sektorns IT- och kommunikationsstruktur, men bistår också övriga 3 myndigheter i vård- och omsorgssektorn med IT-stöd och kommunikationskanaler.

**Figur 5.2** Infrastrukturmyndigheten för hälsa, vård och omsorg och Myndigheten för välfärdsstrategi



Myndigheten för välfärdsstrategi stöder statens strategiska överblick och styrning.

Dessa fyra myndigheter får ett gemensamt övergripande uppdrag att samarbeta för att främja hela befolkningens hälsa och välfärd och säkra god vård och omsorg till dem som behöver det.

Tre av myndigheterna; Kunskapsmyndigheten, Inspektionen och Infrastrukturmyndigheten, har huvudsakligen löpande uppgifter, medan Myndigheten för välfärdsstrategi har mer långsiktiga uppgifter ur ett systemperspektiv. Samtidigt måste Myndigheten för välfärdsstrategi vid behov också på kunna hjälpa regeringen med fakta och lägesbedömningar.

De fyra myndigheterna ska kontinuerligt utveckla sina uppdrag, enskilt och gemensamt, både till arbetsinnehåll och arbetsformer.

### *Nya arbetsätt*

Samtliga fyra myndigheter får i uppdrag att vidareutveckla arbetsätten. Huvudkontoren samlokaliseras till Stockholm för att underlätta samspelet mellan myndigheterna. Åtminstone Inspektionen behöver en regionaliserad organisation. Om Kunskapsmyndigheten väljer en regional indelning bör den samlokaliseras med Inspektionens regionala lokalisering. Den regionala organisering som väljs ska inte bryta de gränser som regionutredningen föreslår.<sup>2</sup>

Ett modernare arbetsätt inrymmer potentialer. Kopplingen till en fast byggnad behöver inte vara lika stark i framtidens myndighetsstruktur. Myndigheternas anställda och inhyrda resurser ska kunna arbeta på distans och i olika delar av landet. Möjligheten att använda sig av kombinationstjänster liksom av visstidsanställd expertis för särskilda frågor eller tidsbegränsade uppdrag ska uppmuntras. Teknikens möjligheter till decentraliserade arbetsätt ger viktiga förutsättningar för förnyelsen. Generellt anser utredningen att myndigheterna ska samlokalisera sin verksamhet när den finns på samma ort.

#### **5.2.1 Kunskapsmyndigheten för hälsa, vård och omsorg**

**Utredningens förslag:** Myndigheten ansvarar för att bidra till sektorns utvecklingsarbete, genom stöd till framtagande och spridning av kunskap.

<sup>2</sup> Översyn av regional statlig förvaltning m.m. Dir. 2009:62, tilläggsdir. 2010:12, 2010:72.

Myndigheten stödjer vård- och omsorgssektorns löpande utveckling, genom att stödja uppföljning, lärande, kunskapsspridning och samordning. Myndigheten utfärdar inom sitt ansvarsområde föreskrifter mot vården och omsorgen.

Myndigheten ser i nära samarbete med huvudmän, experter, forskare professionella grupper och andra till att vården och omsorgen har tillgång till bästa möjliga kunskapsunderlag, och att det successiva lärandet fungerar på bästa möjliga sätt. En viktig uppgift är att identifiera kunskapsluckor, där kunskap saknas, och att se till att dessa fylls. En del i underlaget för myndighetens arbete är Öppna jämförelser. I myndighetens arbetssätt ligger att alla relevanta aspekter är beaktade och sammanvägda i de underlag som lämnar myndigheten. Det förebyggande och hälsofrämjande perspektivet och funktionshindersperspektivet integreras i alla underlag där det är relevant.

Myndigheten använder och tar fram underlag av olika typer, t.ex. vetenskapliga kunskapssammanställningar, erfarenhetsbaserade expertbedömningar, ekonomisk/praktiskt avstämda riktlinjer och nationella prioriteringsbeslut. Myndigheten har ett övergripande ansvar för samordning av kunskapsstöd inom Alkohol-, narkotika-, doping- och tobaksområdet.

Myndigheten inrymmer specialistkompetenser inom många olika områden och en fackkompetensbaserad indelning kan behövas. Myndigheten arbetar med gemensamma metoder, rutiner och uppföljningssystem. Myndigheten säkerställer tydliga kontaktytor gentemot verksamheterna och omvärlden.

Myndigheten har ett ansvar för den officiella statistiken inom sitt verksamhetsområde. Myndigheten är personuppgiftsansvarig för sådana uppgiftssamlingar och register som användas som stöd för den egna verksamheten, exempelvis olika hälsodataregister som innehåller personuppgifter om patienter, donationsregistret och dödsorsaksregistret. Myndigheten är sektorsansvarig för genomförandet av de funktionshinderspolitiska målen inom vården och omsorgen, enligt förordning (2001:526) om de statliga myndigheternas ansvar för genomförandet av handikappolitiken. Myndigheten har också ett särskilt ansvar för genomförandet av de folkhälsopolitiska målen inom vården och omsorgen.

*Vetenskapliga kunskapssammanställningar*

Vetenskapliga sammanställningar fortsätter att utvecklas i linje med de principer som finns inom SBU. Här finns stora värden att gå vidare med det internationellt förankrade arbetet med kunskapsunderlag som bygger på noggrann och opartisk evidensprövning. En särskild instruktionsreglerad vetenskaplig nämnd beslutar, liksom i dag inom SBU, vilka underlag som ska tas fram och fastställer sedan deras vetenskapliga slutsatser.

Samtidigt vidareutvecklas samspelet med brukare/patienter, huvudmän och professionella grupper, så att valet av fokus alltmer tar hänsyn till av sektorns behov. Inte minst är det viktigt att omsorgssektorns och det förebyggande arbetets behov av evidensbaserad kunskap tillgodoses så långt som möjligt.

Det är angeläget att den bredd av kunskap som finns i hela den nya myndigheten och dess kontaktnät tillvaratas på bästa möjliga sätt. Inte minst är det viktigt att möjligheterna till internationellt kunskapsutbyte vidareutvecklas.

*Erfarenhetsbaserade expertbedömningar*

Utöver de rent vetenskapliga faktaunderlagen, tillgodoser myndigheten sektorns behov av erfarenhetsbaserade kunskapsunderlag. Bästa möjliga kunskap används alltid, och i de många fall där tillgången på entydig evidens är begränsad, kompletteras det vetenskapliga kunnandet med bedömningar som baseras på beprövad erfarenhet. Behovet är stort, inte minst inom äldreomsorgen och andra delar av omsorgsarbetet.

Vägledningen bygger på den fackkompetens som finns inom myndigheten och dess nätverk av experter. Verksamheten bygger vidare på arbetsformer som utvecklats bland annat inom SoS, LV, FHI och SMI.

*Nationella prioriteringsbeslut enligt nuvarande regelverk*

De beslut om läkemedelsförmåner som i dag fattas av Nämnden för läkemedelsförmåner inom TLV, fattas av motsvarande nämnd inom Kunskapsmyndigheten. Beslutsfattandet följer samma regler som i dag styr nämnden inom TLV.

På motsvarande sätt fattas de beslut om tandvårdsförmånen som i dag fattas av Nämnden för statligt tandvårdsstöd inom TLV, av en motsvarande nämnd inom Kunskapsmyndigheten. Beslutsfattandet följer samma regler som i dag styr nämnden inom TLV.

#### *Nya former för prioriterande riktlinjer*

För andra typer av riktlinjer och råd som kan ha organisatoriska och/eller ekonomiska konsekvenser har myndigheten ett nära samarbete med huvudmännen. Syftet är att riktlinjerna får praktiskt genomslag och bättre svarar mot de frågor som ställs i verksamheterna.

Ett nytt instruktionsreglerat råd, Rådet för Nationella Riktlinjer, med företrädare för kommuner och landsting har i uppdrag att besluta om vilka riktlinjer som ska tas fram och även fastställa deras slutsatser. Nämnden består av sex ledamöter, två från kommunsektorn, två från landstingssektorn och två från myndigheten. Huvudmannaföreträdarna utses av SKL och myndigheten företräds av generaldirektören – som också är nämndens ordförande – samt ytterligare en person som generaldirektören utser. Underlagen för rådets beslut tas fram med hjälp av sakkunskap från professionerna, verksamhetsansvariga, fristående producenter, brukare, patienter m.fl.

#### *Möjligheter till vidareutveckling av riktlinjearbetet*

Utredningen bedömer att frågan om övergripande prioriteringar på nationell nivå kommer att bli allt mer aktuell. Som ett exempel kan nämnas en rapport från CMT<sup>3</sup>, där en breddad nationell prioriteringsprocess för flera typer av insatser inom hälso- och sjukvården föreslås. Ett sådant förslag kräver särskild utredning, men om funktion inrättas, har den en naturlig hemvist i Kunskapsmyndigheten.

I myndighetens uppdrag ligger att fortlöpande utvärdera och vidareutveckla de olika sätten att arbeta med riktlinjer och

---

<sup>3</sup> Centrum för utvärdering av medicinsk teknologi, är en forskningsorganisation vid Linköpings Universitet. Syftet är att bedriva metodutveckling, kunskapsspridning och utvärderingar av metoder och procedurer inom hälso- och sjukvård med avseende på medicinska, sociala, ekonomiska och etiska konsekvenser. Källa: CMT:s hemsida; [www.imh.liu.se/halso-och-sjukvardsanalys/cmt](http://www.imh.liu.se/halso-och-sjukvardsanalys/cmt)

prioriteringar på nationell nivå. Vid behov ska myndigheten föreslå förändringar av regler.

#### *Arbetsfördelning*

Rikssjukvårdsnämnden, som har till uppgift att fatta beslut om rikssjukvård enligt 9 a och 9 b §§ Hälso- och sjukvårdslagen (1982:763), finns i denna myndighet.

#### *Föreskrifter*

När föreskrifter utfärdas, används myndighetens breda kompetens och kontaktnät för att säkra att de utformas med utgångspunkt från god kännedom om vårdens och omsorgens verksamhet och förutsättningar.

#### *Dialog med utbildnings- och forskningssektorn*

Myndigheten skapar former för fortlöpande dialog mellan företrädande för sektorn och ansvariga för utbildning och forskning inom området.

#### *Myndighetens struktur och kompetensbehov*

För att klara sin uppgift inrymmer myndigheten kompetens inom de fackområden som är viktiga för vårdens och omsorgens utveckling.

Kunskapsmyndigheten har sakkompetens inom de flesta fackområden som finns i dagens myndigheter. Myndigheten utvecklar anställnings- och arbetsformer som gör det möjligt att använda expertkompetenser från hela landet. En del fackområden är så omfattande att det kan vara motiverat att organisera dem i särskilda enheter eller grupper. Myndigheten har nära kontakt med externa experter inom många områden.

De internationella kontaktpunkter som finns i dag t.ex. när det gäller övergripande medicinskt ansvar, smittskydd och folkhälsa finns inom myndigheten.

*Dimensionering, finansiering och ledning*

Myndigheten använder stora delar av de resurser som dagens myndigheter använder för kunskapsstöd och reglering. Samtidigt finns det goda möjligheter till synergier och samordningsvinster. Totalt sett bedöms myndigheten behöva resurser motsvarande omkring 730 årsarbetskrafter. Verksamheten finansieras via anslag på statsbudgeten.

Myndigheten leds av en generaldirektör. Myndigheten omfattas av internrevisionsförordningen.

**5.2.2 Inspektionen för hälsa, vård och omsorg**

**Utredningens förslag:** Myndigheten ansvarar för att säkra kvalitet i alla verksamheter, genom effektiv hantering av godkännanden, tillstånd, legitimationer och tillsyn.

Inspektionen säkerställer att grundläggande regelverk och kvalitetskrav följs, genom tillsyn, utfärdande av legitimationer, tillstånd och godkännanden. Verksamheten gäller vård- och omsorgssektorn, industrin, apoteksmarknaden, internationella adoptionsfrågor, alkohol, tobak och narkotika.

Utöver det löpande arbetet med tillsyn, legitimationer och godkännanden tillstånd, bidrar Inspektionen till sektorns löpande utveckling genom att med stöd av sina iakttagelser bidra till successivt lärande. I de fall där myndigheten observerar problem eller frågeställningar som har betydelse för sektorns utveckling, men inte leder till åtgärdsbeslut i det enskilda ärendet, samverkar myndigheten med Kunskapsmyndigheten, så att iakttagelserna tillvaratas på bästa möjliga sätt. Inspektionen bygger upp lämpliga samarbetsformer med huvudmännen, så att inspektionens arbete på bästa möjliga sätt samspelar med huvudmännens kvalitetsansvar.

Myndigheten inrymmer fackkompetens på olika områden. Områdesvis indelning underlättar för den som har kontakt med myndigheten. Myndigheten har ett samlat uppföljnings- och ärendehanteringssystem som är anpassat till stora volymer. Myndigheten arbetar också för ett enhetligt arbetssätt där det är relevant.

Myndigheten är personuppgiftsansvarig för de verksamhetsregister som förs över dem som har tillstånd att bedriva olika

verksamheter eller är anmälningspliktiga för sin verksamhet m.m. och som främst används för tillsyn, forskning och statistik.

Det ligger i myndighetens uppdrag att successivt utvärdera funktionaliteten och effektiviteten i arbetet, och vid behov genomföra förbättringar i sina egna arbetsformer och även föreslå förändringar i de regler som styr arbetet.

### *Tillsyn*

Verksamhetstillsyn är en stor del av myndighetens arbete. Tillsynen har på samma sätt som i dag, granskande uppgifter samt råd och vägledning i anslutning till detta. Insatserna är riskbaserade, så att rutinmässiga kontroller görs ofta, snabbt och enkelt, och följs av mer djupgående granskningar inom de områden och på de enskilda enheter där det bedöms motiverat.

Myndigheten har också ansvar för tillsynen över apoteksverksamhet, läkemedelsindustri, medicintekniska företag och liknande, samt för uppföljning av läkemedelsbiverkningar och angränsande frågor. Eftersom denna tillsyn huvudsakligen riktar sig till andra målgrupper än den tillsyn som avser direkt vård- och omsorgsverksamhet, behöver den vidareutvecklas med utgångspunkt från sina specifika förutsättningar.

Dessutom har myndigheten ansvar för central tillsyn inom alkohol-, tobaks-, och narkotikaområdet. Denna verksamhet, liksom tillsynsarbetet för internationella adoptionsfrågor, skiljer sig från den tillsyn som riktar sig till direkt vård- och omsorgsverksamhet.

### *Verksamhetstillstånd och yrkeslegitimationer*

Myndigheten utfärdar de verksamhetstillstånd och yrkeslegitimationer som vård- och omsorgssektorn behöver.

### *Godkännanden av läkemedel m.m.*

Myndigheten hanterar de svenska delarna av EU:s godkännandeprocess för läkemedel, medicintekniska produkter och frågor i anknytning till detta. Eftersom arbetet med godkännanden har



starka kopplingar till föreskriftsarbetet inom området,<sup>4</sup> sker också utfärdande av föreskrifter riktade till industrin i myndigheten.

Verksamheten är starkt integrerad i det europeiska samarbetet och finansieras genom avgifter från berörda företag. Den starka kopplingen till EU innebär bland annat att volymerna – och därmed intäkterna – påverkas direkt av eventuella förändringar i EU-processerna.

Dessa processer hanteras enligt samma regelverk som i dag. Möjligheterna till samordning med delar av myndighetens övriga arbete med tillsyn och tillstånd prövas successivt. På samma sätt som för övriga delar av myndighetens arbete, krävs samarbete med Kunskapsmyndigheten och andra aktörer för att främja sektorns samlade utveckling.

#### *Myndighetens struktur och kompetensbehov*

Den tillsynsverksamhet som riktar sig till vården är regionaliserad.

Myndighetens verksamheter inom läkemedelsområdet som huvudsakligen riktar sig till industrin och den europeiska tillståndsmyndigheten kan organiseras som en egen del inom myndigheten.

För att klara dessa uppgifter inrymmer myndigheten huvuddelen av den sakkompetens som finns inom dagens myndigheter.

#### *Dimensionering, finansiering och ledning*

Myndigheten föreslås få en resursram motsvarande omkring 1 045 årsarbetskrafter, vilket ger utrymme för en förstärkning av tillsynen.

Tillsynen mot vård- och omsorgssektorn finansieras genom anslag på statsbudgeten, på samma sätt som i dag.

Godkännandeprocessen för läkemedel och medicintekniska produkter är avgiftsfinansierad på samma sätt som i dag.

Myndigheten leds av en styrelse med fullt ansvar. Myndigheten omfattas av internrevisionsförordningen.

---

<sup>4</sup> Se Läkemedelslag (1992:859).

### 5.2.3 Infrastrukturmyndigheten för hälsa, vård och omsorg

**Utredningens förslag:** Myndigheten ansvarar för samordning och nyckelfunktioner för sektorns infrastruktur för IT och kommunikation.

Myndigheten samordnar, förvaltar och utvecklar en infrastruktur för datafångst, IT-lösningar och kommunikationskanaler, till nytta för hela sektorn.

Myndigheten har ett långsiktigt uppdrag att verka för att berörda aktörer – brukare, patienter och anhöriga, likväl som professionen och beslutsfattare – får tillgång till den information de behöver, med hänsyn tagen till integritet, effektivitet och praktiska överväganden. Myndigheten företräder staten och utvecklar tillsammans med övriga aktörer de lösningar som sektorn behöver, på kort och lång sikt. Här ingår ett ansvar för att utveckla gemensamma termer och begrepp, i samarbete med Kunskapsmyndigheten.

Myndigheten har också i uppdrag att skapa, underhålla och vidareutveckla de kommunikationskanaler och IT-lösningar som Kunskapsmyndigheten, Inspektionen och Myndigheten för välfärdsstrategi gemensamt behöver för sina uppgifter. Detta innebär bland annat att myndigheten tillhandahåller en gemensam webbportal där de som söker information eller kontaktvägar hittar det de behöver.

#### *Ansvar för databaser*

Utveckling av former och funktioner i databaser ingår som delar i dessa uppdrag. Myndigheten skapar tillsammans med övriga berörda myndigheter, huvudmän och andra aktörer, former som på bästa möjliga sätt gör sektorns databaser effektiva för verksamhetsutvecklingen, användarvänliga i hanteringen, kostnadseffektiva i driften och väl anpassade till behoven av integritetsskydd.

Myndigheten ska på uppdrag av Kunskapsmyndigheten för hälsa och välfärd eller Inspektionen för hälsa och välfärd, som är personuppgiftsansvariga för sina register, sköta drift och underhåll av deras register och databaser och/eller behandla personuppgifter för deras räkning. Myndigheten är i en sådan relation personuppgiftsbiträde och får bara behandla personuppgifterna enligt

givna instruktioner och riktlinjer från den personuppgiftsansvarige myndigheten.

Myndigheten har i huvudsak ”back-office-funktioner” till andra myndigheter och aktörer. Den förvaltar och utvecklar en infrastruktur som används av andra.

### *Inledande uppgifter*

Myndigheten övertar de utvecklingsuppgifter inom e-hälsa och annat IT-stöd till vård och omsorg som ligger i dagens myndigheter. Myndigheten ansvarar för integration av de interna IT-lösningar som nuvarande myndigheter använder, på det sätt och i den takt som myndigheten tillsammans med användarna bedömer lämplig.

Myndigheten ansvarar för de uppgifter som i dag sköts av Apotekens Service AB, APSE.

### *Myndighetens struktur och kompetensbehov*

I arbetet att integrera både externa och interna IT-lösningar behövs stora delar av kompetensen från de nuvarande myndigheterna.

På liknande sätt kommer utvecklingsåtgångarna kring e-hälsa och andra former av IT-stöd till vård och omsorg att behöva tillvarata den kompetens som finns kring dessa verksamheter i dag.

De verksamheter som i dag sköts av APSE kommer inledningsvis att kräva ungefär samma struktur och kompetens som hittills.

Utöver detta, kommer myndigheten att successivt behöva utveckla kapacitet och kompetens för nya lösningar. Här krävs IT- och kommunikationskunnande, kombinerat med kompetens från och dialog med övriga aktörer, däribland Datainspektionen.

Myndighetens uppgifter och verksamheternas behov av stöd och styrning kommer att förändras över tid. Det är en central uppgift för myndigheten att möta behoven och skapa synergier, både i sektorn som helhet och i det egna arbetet.

*Dimensionering, finansiering och ledning*

Myndigheten föreslås få en resursram motsvarande omkring 275 årsarbetskrafter.

Dessa uppgifter finansieras på samma sätt som hittills; de generella ITK-satsningarna via anslag på statsbudgeten, medan den verksamhet som hanterats av APSE och det IT-stöd som avser läkemedelsmarknaden finansieras genom avgifter.

Myndigheten leds av en generaldirektör.

**5.2.4 Myndigheten för välfärdsstrategi**

**Utredningens förslag:** Myndigheten ansvarar för att ta fram underlag för strategisk styrning, med utgångspunkt från hälso- och välfärdssektorns tillstånd och utmaningar.

Myndigheten för välfärdsstrategi förser staten med underlag för det övergripande arbetet med hälsa och välfärd.

Myndigheten följer och utvärderar tillståndet inom vård- och omsorgssektorn, och de utmaningar den står inför. Myndigheten följer också på övergripande nivå tillstånd och utmaningar när det gäller befolkningens hälsa, sjuklighet och omvårdnadsbehov samt funktionshindrades situation.

När det gäller vård- och omsorgssektorn, innebär detta bland annat att myndigheten ska följa, analysera och bidra till vidareutvecklingen av Öppna jämförelser inom området.

När det gäller den mer övergripande bevakningen, innebär uppdraget bland annat att myndigheten följer och analyserar utvecklingen av demografi, hälsoläge, sjukdoms- och omsorgspanorama, teknisk och medicinsk utveckling, funktionshindrades situation och förväntningar inom olika befolkningsgrupper. Myndighetens uppgift att följa genomförandet av funktionshinderspolitiken, bidrar till att stärka genomslaget för perspektivet.

Myndighetens arbete har som även beaktar ett systeminriktat perspektiv samtidigt som hänsyn ska tas den enskilda medborgarens situation.

Myndigheten har ett övergripande ansvar att följa och utvärdera vård- och omsorgssystemets effektivitet och produktivitet. I detta ligger att verka för att datainsamling och register utvecklas för

detta ändamål, vilket ska sker i samverkan med övriga myndigheter och huvudmännen.

Vidare har myndigheten tillgång till relevanta register hos olika myndigheter. I detta ligger att myndigheten också ska kunna hantera mikrodata både för forskning, uppföljning och för simulering, av t.ex. långtidseffekter inom folkhälsorådet. Se vidare kapitel 8.6.3.

Myndigheten rapporterar regelbundet och vid behov sina iakttagelser till regeringen. I anslutning till detta presenterar myndigheten också möjliga handlingsvägar för att hantera de frågor och utmaningar som iakttagits.

Myndigheten stödjer regeringens samarbete med huvudmännen, både genom att tillhandahålla kunskapsunderlag och genom att erbjuda kanslistöd till processen.

Till skillnad från de tre övriga nya myndigheterna, har Myndigheten för hälsostategi inga löpande uppgifter i sektorns dagliga utvecklingsarbete. Samspelet med de övriga tre myndigheterna handlar istället om ett mera övergripande utbyte, där de övriga myndigheterna gör iakttagelser och bedömningar som kan ligga till grund för arbete i Myndigheten för hälsostategi och där Myndigheten för hälsostategi gör analyser som kan vara till nytta för de övriga myndigheternas arbete.

#### *Myndighetens struktur och kompetensbehov*

En del av de uppgifter som Myndigheten för hälsostategi har, ligger i dag hos Myndigheten för vårdanalys, vars kompetens blir viktig i uppbyggnaden av den nya myndigheten. Samtidigt har myndigheten ett betydligt bredare uppdrag, genom att vara statens företrädare i arbetet med långsiktig övergripande analys som kopplar till det omgivande samhället och omvärlden, inte enbart inom vård- och omsorgssektorn.

Myndigheten har kompetens kring vård och omsorg och de frågor som har anknytning till det, men även om demografi, hälsa, funktionshinder, och andra bredare frågeställningar. Kompetenser behöver hämtas från flera av de nuvarande myndigheterna.

*Dimensionering, finansiering och ledning*

Myndigheten föreslås få en resursram motsvarande omkring 115 årsarbetskrafter. Myndigheten leds av en generaldirektör.

### 5.3 Upphävande av lagen (1996:1157) om läkemedelskommittéer

**Utredningens förslag:** Lagen (1996:1157) om läkemedelskommittéer upphävs.

Genom lagen (1996:1157) om läkemedelskommittéer infördes ett obligatoriskt krav på en eller flera läkemedelskommittéer i varje landsting med uppgift att genom rekommendationer till hälso- och sjukvårdspersonalen eller på annat lämpligt sätt verka för en tillförlitlig och rationell läkemedelsanvändning inom landstinget.

Denna lag kom samtidigt som kostnadsansvaret för läkemedelsförmånen överfördes från staten till landstingen. Regeringen uttalade i samband med införandet av lagen att landstingen via författningsreglering skulle ta det fulla ansvaret för finansiering av kommittéernas verksamhet samt för administrativa frågor om antal kommittéer, vilket organ inom landstinget som skulle tillsätta kommittéerna, antal ledamöter och mandattid m.fl. frågor som följer av en förstärkt institutionalisering.

I sammanhanget poängterade regeringen att det var ett omfattande arbete för forskivarna att hålla sig informerade om forskning och utveckling inom läkemedelsområdet, också inom ett begränsat specialistområde. Enligt regeringen hade forskivarkåren behov av producentoberoende informationskällor vid sidan av industrins marknadsföring. Regeringen såg de då frivilliga läkemedelskommittéerna som en av flera viktiga informationskällor inom läkemedelsområdet och det var enligt regeringens mening av största vikt att kommittéernas råd och rekommendationer nådde ut till kliniker, specialistmottagningar och primärvårdsenheter. Syftet med att författningsreglera kommittéerna var bl.a. att åstadkomma stramare regler för arbetet med rationell läkemedelsanvändning<sup>5</sup>.

I avsnitt 4.2 skriver vi om den mängd kunskapsunderlag som når mottagarna inom vården och omsorgen i många olika former och

---

<sup>5</sup> Se prop. 1996/97:27, s. 101 f.f.

genom olika kanaler. Det finns ett behov av att i framtiden samordna kunskapsunderlagen gentemot mottagarna inom vården och omsorgen i fråga om innehåll och form. Ett exempel är behovet av att integrera råden om läkemedelsanvändning med andra behandlingsråd för samma sjukdom. I dag innebär den reglerade läkemedelskommittéverksamheten ett hinder för integrering med andra viktiga delar i vården och omsorgens kunskapsutveckling genom att den är begränsad till läkemedelsanvändning.

Skälen för att behålla en särreglering som enbart avser läkemedelsrekommendationer ter sig mot bakgrund av behoven av att samordna råd om läkemedelsanvändning med råd om andra behandlingsformer för samma sjukdom inte tillräckligt starka. Vår utgångspunkt är att landstingen fortsatt har ansvaret för läkemedelsanvändningen men att landstingen i stället själva bör kunna forma hanteringen av rekommendationer för läkemedel på samma sätt som de gör i dag för t.ex. andra behandlingsformer eller metoder i vården. Vi anser därför att lagen om läkemedelskommittéer bör upphävas. Därmed öppnas en möjlighet för landstingen att integrera arbetet med läkemedelsrekommendationer i arbetet med övriga analyser och rekommendationer om behandling, t.ex. genom s.k. HTA-centra<sup>6</sup>.

## 5.4 Frågor i anslutning till förslaget

I anslutning till förslaget har utredningen också analyserat vilken ledningsform som lämpar sig för respektive myndighet samt konsekvenserna av en anslutning till Statens servicecenter.

### 5.4.1 Ledningsformer

Vi har tidigare i betänkandet konstaterat att vård- och omsorgssystemet är komplext och mångfacetterat. Den totala kostnaden för vården och omsorgen i Sverige är stor. Med förslaget om att bilda fyra nya myndigheter för området skulle slutsatsen kunna bli ett förslag om fyra styrelsemyndigheter.

Bilden bör emellertid nyanseras med hänsyn till att det huvudsakliga ansvaret för vården och omsorgen ligger hos kommuner

---

<sup>6</sup> HTA – Health Technology Assessment

och landsting. Huvuddelen av de kostnader som används inom vården och omsorgen i dag är inte statliga.

Insynsrådets mandat i statsförvaltningen är enbart rådgivande. De bör fungera som en resurs för generaldirektörens styrning och ledning av sin egen myndighet. Vi kan inte se att det finns några särskilda skäl att från regeringens sida ange vilka som bör stödja generaldirektören i detta arbete. Ett alternativ som också går mer i linje med utredningens ambition om proaktivitet och initiativkraft hos myndigheterna själva, är att generaldirektören själv överväger och inrättar det stöd han eller hon anser sig behöva i ledningen av sin myndighet.

När det gäller de särskilda organ i myndigheterna som i dag regleras i myndigheternas instruktioner, ser vi att de fyller viktiga funktioner inom många olika områden. Det kan tex. handla om att garantera vetenskaplig bredd och legitimitet, eller om att samlat genomföra kvalificerade analyser och kostnads- och effektivitetsberäkningar av subventionsmodeller för läkemedel eller tandvård. I dessa och flera andra fall,<sup>7</sup> finns goda skäl till ett fortsatt kollektivt beslutsförfarande som – i kraft av att det sker ”i ett annat spår” än via den direkta myndighetsledningen – kan fokusera de kärnområden som ska beslutas och samtidigt säkerställa kompetensmässig, samhällelig och perspektivmässig bredd.

I vissa fall har beslutsgrupperna en mer oklar roll visavi myndighetsledningen. STRAMA har t.ex. ett uppdrag som mycket väl kan sägas ingå i myndighetens instruktionsenliga uppgift, och dess ledamöter tillsätts också av myndighetens ledning. Därmed framstår också skälen till särskild styrning från regeringen för att säkerställa just denna beslutsgrupp som svagare. Inget hindrar en generaldirektör från att organisera t.ex. antibiotikarelaterat arbete i former som liknar STRAMA:s, men flexibiliteten och möjligheterna till med dynamiska arbetsformer ökar.

*Kunskapsmyndigheten för hälsa, vård och omsorg* har ett komplext och mångfacetterat uppdrag där huvudmännen knytas närmare staten i vissa frågor.

Vi bedömer att myndigheten bör ledas av en generaldirektör för att underlätta en flexibel och snabb styrning från regeringens sida, och för att göra myndigheten handlingskraftig och snabb i sektorn, inte minst under exceptionella situationer. För att samtidigt garantera bredd, insyn och säkerställa kompetensen inom olika

---

<sup>7</sup> Se våra författningsförslag med förslag på instruktioner för en närmare redogörelse för de särskilda organ vi föreslår.



områden, kopplas ett antal särskilda organ till myndigheten. Dessa regleras i myndighetens instruktion. Grupperna har till uppgift att fatta självständiga beslut i specifika frågor utifrån sina särskilda kompetensområden. De grupper som i dag regleras i myndigheternas instruktioner kvarstår, om det finns särskilda skäl för det. En ny grupp bildas – Rådet för Nationella Riktlinjer – för att säkerställa huvudmännens inflytande i arbetet med nationella riktlinjer. Det samlade ansvaret för myndigheten ligger på generaldirektören.

*Inspektionen för hälsa, vård och omsorg* har ett komplext och mångfacetterat uppdrag. Myndigheten bör ledas av en styrelse, för att garantera legitimitet, oberoende och bredd i arbetet.

*Infrastrukturmyndigheten för hälsa, vård och omsorg* bör ledas av en generaldirektör. Myndigheten har ett tydligt och avgränsat uppdrag och bör kunna fokusera arbetet i den närmaste tiden på att ensa och samordna de initiativ som pågår.

*Myndigheten för välfärdsstrategi* har ett avgränsat uppdrag och bör kunna ledas som ett enrådgivningsverk. Myndigheten bör dock säkerställa breda kontaktytor med hela sektorn, dess olika gränssytor och med forskarsamhället.

#### 5.4.2 Statens Servicecenter

En anslutning till Statens servicecenter har flera fördelar, såväl på kort som på lång sikt. På kort sikt rör fördelarna främst etableringen av det nya administrativa stödet. På lång sikt rör fördelarna främst den besparingspotential som servicecentrets stordriftsfördelar och fokus på kostnadseffektiva processer medför. Med hänsyn till att de myndigheter vi föreslår inte kommer att bildas genom sammanslagning av befintliga myndigheter, kan fokus läggas på det nya kärnuppdraget med stöd av Servicecentrets anslutningsprocess och medarbetare.

Som kundmyndighet till Servicecentret kommer ett antal olika arbetsuppgifter som utförs i dagens myndigheter istället att utföras av Servicecentret. De yrkeskategorier som berörs är de som i nuläget arbetar med kundfakturahantering, anläggningsredovisning, löpande redovisning och bokslut, löneadministration, rese- och utläggsadministration, beslutsskrivning avseende personalfrågor och tjänstepensionsadministration, leverantörsfakturahantering och

anslutning av leverantörer till systemstöd för e-handel alternativt elektronisk fakturahantering.

Hur mycket personella resurser en myndighet behöver för att hantera gränssnittet gentemot servicecentret kan variera från en myndighet till en annan beroende på grad av komplexitet. Generellt kan sägas att en myndighet bör ha åtminstone en ekonomichef och en redovisningsansvarig, åtminstone en personalchef/HR-strateg eller motsvarande roller med kompetens inom de områden som omnämnts ovan. Controllern kan vidare behövas för att hantera för myndigheten strategiska frågor inom ekonomiområdet. För att hantera gränssnittet mot servicecentret bör en myndighet även ha en e-handelsansvarig.

## 5.5 Konsekvenser för nuvarande myndigheter

På uppdrag av utredningen har de nuvarande myndigheterna sammanfattat sina arbetsuppgifter och sin resursanvändning under huvudrubrikerna Kunskapsstöd, Reglering, Tillsyn, Information/kommunikation/databashantering (ITK-tjänster), Övriga utåtriktade arbetsområden samt Inre arbete<sup>8</sup>.

Utredningen gör följande bedömningar av den verksamhet som bedrivs i dagens myndigheter och dess plats i den nya föreslagna strukturen.

För att göra beskrivningen tydligare, anger sammanställningen ungefär hur många som arbetar inom olika verksamhetsområden i dagens myndigheter, under nuvarande förutsättningar.

### 5.5.1 Myndigheter som berörs av förslaget

#### *Socialstyrelsen*

Socialstyrelsen analyseras särskilt i kapitel 3. Sammanfattningsvis används i dag cirka 220 årsarbetare för arbete med kunskapsunderlag, cirka 110 för reglering, cirka 290 för tillsyn, cirka 50 för ITK-tjänster och cirka 185 för övriga utåtriktade uppgifter.

I den nya strukturen hanteras kunskapsstödet och föreskriftsarbetet för vården och omsorgen av Kunskapsmyndigheten, tillsyns- och tillståndsverksamheterna av Inspektionen, ITK-

---

<sup>8</sup> Se bilaga 3.

tjänsterna av Infrastrukturmyndigheten. Kompetenser från Socialstyrelsen får också en viktig roll i Myndigheten för välfärdsstrategi.

Ansvaret för frågor med anknytning till internationella adoptioner förs till Inspektionen.

Nationella rådet för organ- och vävnadsdonation förs till Kunskapsmyndigheten. Nationella rådet för specialisttjänstgöring förs till Inspektionen. Rådet för vissa rättliga och sociala frågor förs till Inspektionen. Rikssjukvårdsnämnden förs till Kunskapsmyndigheten.

#### *Läkemedelsverket*

I dag används ungefär 70 årsarbetare för kunskapsstöd till vård och omsorg, 300 för reglering ( t ex läkemedelsgodkännanden och föreskriftsarbete), 65 för tillsyn, 80 för ITK-tjänster och 27 för övriga utåtriktade uppgifter.

I den nya strukturen hanteras kunskapsstödet till vården och omsorgen av Kunskapsmyndigheten.

ITK-tjänsterna hanteras av Infrastrukturmyndigheten.

Utfärdande av föreskrifter, godkännande och tillsynen, som här främst avser industrin, hanteras av Inspektionen.

Kompetenser från Läkemedelsverket behövs också i Myndigheten för välfärdsstrategi.

Giftinformationscentralens verksamhet förs till Kunskapsmyndigheten.

#### *Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket*

I dag används ungefär 54 årsarbetskrafter för kunskapsstöd och reglering, 3 för tillsyn och 2 för ITK-tjänster.

I den nya strukturen hanteras kunskapsstödet och regleringen av Kunskapsmyndigheten, tillsynen av Inspektionen och ITK-tjänsterna av Infrastrukturmyndigheten.

Kompetenser från Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket behövs också i Myndigheten för välfärdsstrategi.

Nämnden för läkemedelsförmåner och Nämnden för statligt tandvårdsstöd förs till Kunskapsmyndigheten.

*Statens beredning för medicinsk utvärdering*

Myndigheten använder i dag ungefär 50 årsarbetskrafter för kunskapsstöd och 5 för ITK-tjänster.

I den nya strukturen vidareutvecklas verksamheten inom Kunskapsmyndigheten och ITK-tjänsterna förs till Infrastrukturmyndigheten.

Kompetenser från Statens beredning för medicinsk utvärdering kan också komma att användas i Myndigheten för välfärdsstrategi.

Nämnden för medicinsk utvärdering förs till Kunskapsmyndigheten.

*Statens folkhälsoinstitut*

Myndigheten använder i dag drygt 52 årsarbetskrafter för kunskapsunderlag, ungefär 11 för reglering, 5 för tillsyn, 21 för ITK-tjänster och knappt 20 för övriga utåtriktade arbetsområden. Stora delar av myndighetens arbete kopplas till samordning och kunskapsunderlag kring frågor om alkohol, tobak, narkotika och dopning.

I den nya strukturen får kompetenser från Folkhälsoinstitutet en viktig roll i Myndigheten för välfärdsstrategi.

Det operativa kunskapsstödet, bl.a. inom ANDT-området, och regleringen hanteras av Kunskapsmyndigheten, tillsynen av Inspektionen och ITK-tjänsterna av Infrastrukturmyndigheten.

*Smittskyddsinstitutet*

Myndigheten använder i dag ungefär 145 årsarbetskrafter för kunskapsstöd, 10 för ITK-tjänster och 50 för övriga utåtriktade arbetsområden.

I den nya strukturen hanteras kunskapsstödet och föreskriftsarbetet av Kunskapsmyndigheten och ITK-tjänsterna av Infrastrukturmyndigheten. Kunskapsmyndigheten hanterar även kunskapsstöd som har bredare målgrupper än vård- och omsorgssektorn.

Kompetenser från Smittskyddsinstitutet kan också komma att behövas i Myndigheten för välfärdsstrategi.

### *Myndigheten för Vårdanalys*

Myndigheten för vårdanalys startade sin verksamhet 1 januari 2011 och använder i dag ungefär 14 årsarbetare för utvärdering och analys och 4 för ITK-tjänster.

I den nya strukturen bidrar huvuddelen av verksamheten till uppbyggnaden av Myndigheten för välfärdsstrategi. ITK-tjänsterna hanteras av Infrastrukturmyndigheten.

### *Statens medicinsk- etiska råd*

Rådet har i dag 3 årsarbetare som huvudsakligen är inriktade på att ge kunskapsstöd.

Utredningen bedömer att de etiska frågorna som rådet i dag hanterar kommer att få ökad betydelse och ska integreras i Kunskapsmyndighetens arbete.

### *Handisam*

Myndigheten använder i dag ungefär 6 årsarbetare för kunskapsstöd, 6 för ITK-tjänster och ungefär 23 för övriga utåtriktade arbetsområden.

I den nya strukturen ansvarar Myndigheten för välfärdsstrategi för att följa den övergripande utvecklingen av funktionshinderspolitiken och ge förslag till åtgärder när så behövs.

Kompetenser från Handisam kommer att vara viktiga i Infrastrukturmyndigheten. Kunskapsmyndigheten får ansvar för det löpande kunskapsstödet inom vården och omsorgen.

### *Hjälpmedelsinstitutet*

Hjälpmedelsinstitutet använder i dag ungefär 50 årsarbetare för kunskapsstöd och 9 för ITK-tjänster. Mer än hälften av kunskapsstödet riktar sig till vård- och omsorgssektorn, men det finns också andra stora målgrupper.

I den nya strukturen ansvarar Myndigheten för välfärdsstrategi för att följa den övergripande utvecklingen av funktionshinderspolitiken och ge förslag till åtgärder när så behövs.

Kunskapsmyndigheten får ansvar för det löpande kunskapsstödet inom vården och omsorgen. Kompetenser i Hjälpmedelsinstitutet kommer att vara viktiga i Infrastrukturmyndigheten.

#### *Myndigheten för internationella adoptionsfrågor*

Myndigheten använder drygt 2 årsarbetskrafter för kunskapsstöd, drygt 3 för reglering, drygt 2 för tillsyn och drygt 1 för ITK-tjänster.

Ur användarsynpunkt och för att underlätta effektivare ITK-lösningar är det en fördel att knyta denna verksamhet till en större enhet. Utredningen bedömer att det är viktigt att verksamheten fortsatt hålls ihop och kopplas till de uppgifter inom området som i dag ligger hos Socialstyrelsen. I den nya strukturen ansvarar Inspektionen för adoptionsfrågorna.

### **5.5.2 Myndigheter som inte direkt berörs av förslaget**

#### *Statens institutionsstyrelse*

Myndigheten är i huvudsak en driftsansvarig myndighet, på samma sätt som kommuner och landsting är driftsansvariga för sina delar av vården och omsorgen. Samtidigt har Statens institutionsstyrelse vissa resurser för kunskapsutveckling som har kopplingar till liknande verksamheter inom bland annat missbrukarvård och psykiatri.

Utredningen föreslår ingen organisatorisk förändring av Statens institutionsstyrelse, men förutsätter ett vidareutvecklat samarbete med Kunskapsmyndigheten och Infrastrukturmyndigheten. Tillsynen över verksamheten inom Statens institutionsstyrelse sköts i dag av Socialstyrelsen och kommer i den nya strukturen att skötas av Inspektionen.

#### *Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd*

Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd har nyligen förändrats och utretts i annat sammanhang och drivs i dag med mycket liten resursinsats<sup>9</sup>.

---

<sup>9</sup> Se prop. 2009/10:210 Patientsäkerhet och tillsyn.

Verksamheten har specifika juridiska uppgifter som skulle göra en organisatorisk förändring komplicerad. Utredningen förutsätter att även Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd kommer att kunna använda de kommunikationskanaler som byggs upp av Infrastrukturmyndigheten.

#### *Forskningsrådet för arbetsliv och socialvetenskap*

Forskningsrådet för arbetsliv och socialvetenskap, FAS, bedriver verksamheter av stor betydelse för vård- och omsorgssektorn i sin roll som forskningsfinansiär. Utredningen bedömer att ett nära samarbete med Kunskapsmyndigheten och Myndigheten för välfärdsstrategi är väsentligt, men att det inte finns skäl att förändra de organisatoriska förutsättningarna för FAS verksamhet. Ett sådant skäl är myndighetens nära koppling och samarbete med de andra forskningsfinansiärerna.

#### *Barnombudsmannen*

I BO:s verksamhet är barnperspektivet, baserat på FN:s barnkonvention, det centrala. Verksamheten regleras i lag och en förändring av myndighetsstrukturen kräver således förslag på ny lagstiftning. Myndighetens verksamhet riktar sig således huvudsakligen till aktörer utanför vård- och omsorgssektorn. Utredningen har inte bedömt att det finns några skäl att i detta sammanhang förändra BO:s organisatoriska förutsättningar.

#### *Tandvårdsdelen inom Försäkringskassan*

I enlighet med utredningsdirektiven har utredningen analyserat om det finns skäl att förändra de organisatoriska förutsättningarna för Försäkringskassans ansvar inom tandvårdsområdet, men inte funnit några skäl för att göra några sådana.

## 6 Alternativa organisationslösningar

Utredningen har prövat ett antal alternativa lösningar som skulle kunna svara mot våra utgångspunkter och förslag.

Vi har sett denna genomgång som särskilt viktig eftersom vårt förslag innebär omfattande förändringar av statens myndighetsstruktur inom vård- och omsorgsområdet.

### *Behövs organisationsförändringar?*

Det är inte självklart att de förändringsbehov vår analys pekar på behöver leda till organisationsförändringar. I princip skulle många av ambitionerna kunna hanteras genom uppdrag till och samverkan mellan nuvarande myndigheter.

Denna utvecklingsväg har prövats under flera år. Mycket har åstadkommits, men vår bedömning är att förändringen går – och kommer att fortsätta att gå – onödigt långsamt på grund av att den bromsas av den alltför splittrade strukturen.

### *Möjligheten att bryta ut några av förslagens delar*

Eftersom vårt förslag består av flera delar, är det naturligt att pröva möjligheterna att genomföra en del av förslagen, utan att ta helheten. En sådan begränsad förändring skulle kunna vara ett första steg, som sedan följs av ytterligare förändringar.

Utredningen har bland annat prövat tanken att bilda en Inspektion, en IT-myndighet och en strategisk myndighet och låta kunskapsstödet finnas kvar i dagens myndigheter. Detta skulle kunna ske genom att bryta ut Socialstyrelsens tillsyn till en ny fristående myndighet, att skapa en ny IT-myndighet med



utgångspunkt från verksamheterna inom Apotekens Service AB och delar av det e-hälsoarbete som sker på statlig nivå samt att vidga uppdraget till Vårdanalys.

En fördel med en sådan lösning skulle vara att de tre nya myndigheterna kan byggas med utgångspunkt från verksamheter som redan finns. De befintliga myndigheterna skulle inte behöva genomgå några dramatiska förändringar.

En nackdel skulle vara att det blir svårt att koppla de nya myndigheternas arbete till de befintligas. Antingen adderas de nya myndigheternas arbete till det som görs, och då uppstår dubbelarbete som förstärker splittringen och även medför ökade kostnader för staten. Eller så bryts även IT-frågor och de strategiska uppgifterna ut ur de befintliga myndigheterna, vilket kan försvåra deras förutsättningar att bedriva ett samlat arbete.

Vår grundläggande invändning är att en sådan organisationsförändring inte skulle innebära något steg mot den mer sammanhållna kunskapsstyrning som vi bedömer vara nyckelfrågan.

#### *Möjligheten att slå samman myndigheter*

Vi har också provat tanken att slå ihop några av dagens myndigheter som har verksamhetsmässiga samband till större enheter. Det skulle t.ex. kunna innebära sammanslagning av delar av SoS och SBU, sammanslagning av FHI och SMI, en sammanslagning av LV och TLV samt en eventuell sammanslagning av Handisam och HI.

Fördelen med sådana lösningar skulle vara att de kan ge vissa samordningsvinster. Medarbetare med likartad kompetens skulle kunna komma närmare varandra, och visst dubbelarbete skulle kunna undvikas.

En nackdel är att sådana sammanslagningar skulle kräva ett omfattande förändringsarbete och involvera många medarbetare, trots att resultatet i relation till användarna och verksamheterna i princip skulle vara oförändrat. En så omfattande förändring skulle antagligen också snarare stänga än öppna för fortsatta förändringar i kommande steg – det skulle bli svårt att inom några år genomföra ytterligare en stor förändring.

På samma sätt som när det gäller tanken att bryta ut några av utredningsförslaget delar, är vår grundläggande invändning att sådana sammanslagningar inte skulle leda i riktning mot en mer sammanhållen kunskapsstyrning.

En sammanläggning mellan LV och TLV anser vi skulle vara särskilt problematisk. Den skulle för lång tid befästa den olyckliga gränsen mellan det kunskapsstöd som gäller läkemedelsbehandling och det kunskapsstöd som gäller andra behandlingsformer. Den skulle därmed också försvåra arbetet att vidareutveckla nationellt samarbete kring råd och riktlinjer utifrån ett brett perspektiv.

*Möjligheten att inte involvera verksamheter där samordningsvinsterna är begränsade*

Dessutom har vi gjort särskilda bedömningar kring några av de områden där de potentiella samordningsvinsterna och fördelarna i att knytas till en ny organisation är ganska begränsade. Här har vi övervägt om de skulle kunna lämnas vid sidan av den strukturella förändringen:

Inte minst gäller detta de delar av Läkemedelsverket som arbetar med godkännanden och tillsyn riktad mot företagssektorn. Här ser vi få omedelbara samordningsvinster i relation till övrig inspektion. Men eftersom vi anser att det finns starka skäl att koppla andra delar av LV:s verksamhet till Kunskapsmyndigheten och i några fall även till Myndigheten för välfärdsstrategi, påverkas även den verksamhet som riktas mot industrin. Ett alternativ skulle kunna vara ett kvarvarande reducerat fristående Läkemedelsverk som enbart riktar sig till industrin, men vi bedömer att det skulle bli en alltför isolerad lösning. Redan från början behöver denna verksamhet ha ett välfungerande utbyte med Kunskapsmyndigheten och övriga delar av det nya systemet. På sikt bedömer vi att det finns potential till samordningsvinster, t.ex. i form av vidareutvecklade gemensamma IT- och kommunikationslösningar, gemensam metodutveckling och annan integration som utvecklas successivt.

På liknande sätt är Myndigheten för internationella adoptionsfrågor en avgränsad verksamhet som principiellt sett skulle kunna fortsätta som fristående myndighet. För att stärka kopplingarna till det adoptionsarbete som idag drivs inom SoS, för att skapa gemensamma kommunikationskanaler och för att möjliggöra gemensamt utvecklingsarbete, ser vi det ändå som naturligt att verksamheten hanteras inom Inspektionen. Vi utgår här också ifrån att regeringen

i andra sammanhang uttryckt en ambition att begränsa antalet små myndigheter.<sup>1</sup>

*Omställningsproblem kontra omvandlingsmöjligheter*

Avslutningsvis kan vi konstatera att stora organisatoriska förändringar kräver stora arbetsinsatser och medför betydande omställningskostnader. Samtidigt kan de öppna för omprövningar och positiv förnyelse.

Vi ser ett stort värde i att skapa en struktur som i första hand utgår från verksamheternas behov. Med stöd av flera av dem vi talat med under utredningsarbetets gång, bedömer vi att läget på många sätt är moget för en genomgripande förändring.

---

<sup>1</sup> Prop. 2009/10:175.

## 7 Genomförande

Förslaget innebär en omfattande omvandling av den statliga myndighetsstrukturen, inom vård- och omsorgssektorn och även för Regeringskansliet, Socialdepartementet. Indirekt innebär förslaget också förändringar för verksamheterna ute i kommuner och landsting, för fristående producenter av vård och omsorg och för myndigheter även utanför det omedelbara vård- och omsorgssystemets kärna, som i sin vardag har ett nära samarbete med de myndigheter som nu berörs av den nya organisation vi föreslår.

Förslaget innehåller förändringar i lagstiftningen när det gäller följdändringar av förslaget till ny myndighetsstruktur och avskaffad lag om läkemedelskommittéer. Förslaget berör endast den statliga nivån.

### 7.1 Generella iakttagelser

#### *Om omorganisationer*

Liksom vid alla stora strukturella förändringsprocesser, finns det risker och utmaningar också med i utredningens förslag. Det kan bl.a. gälla att det blir för stort fokus på den organisatoriska lösningen istället för målen med förändringen, att det tas för lite hänsyn till skillnaderna i traditioner och kultur mellan myndigheterna eller de verksamheter som slås ihop, att faktaunderlaget är bristande, tidsplanen för kort, att de som ska leda förändringen är otydliga/ osynliga eller inte tillräckligt förankrade och att kommunikationen om förändringen brister. Detta kan riskera att leda till, om det inte uppmärksammas tillräckligt under genomförandet, kvalitets-, säkerhets-, och effektivitetsförluster, minskat lärande, motstånd och tidsförluster. I omvandlingar finns det således alltid risker att undervärdera skillnader i kultur, rutiner, system, arbetssätt, lokalisering, verksamhetsområden och erfarenheter.

Erfarenhetsmässigt medför också organisationsförändringar att fokus riktas mot interna frågor med risk för att den externt orienterade verksamheten blir lidande eller får för lite uppmärksamhet. Dessa risker berör också vårt förslag till ny struktur. Samtidigt finns fördelar med omstart av verksamhet. Nytt chefs- och ledarskap kan etableras, liksom nya sätt att arbeta och organisera verksamheten på, nya traditioner och kulturer byggs, mål utifrån uppdragets externa perspektiv sätts i centrum, resursutnyttjandet optimeras.

#### *Av ombildningar i staten*

Statsförvaltningen har minskat i omfattning sedan 1990, både mätt i antalet myndigheter och i antalet sysselsatta<sup>1</sup>. Huvuddelen av denna minskning beror främst på stora bolagiseringar under 1990-talet. När det gäller antalet myndigheter har minskningen pågått fram tills i dag. De största minskningarna rör sammanslagningar av myndighetskoncerner till s.k. enmyndigheter<sup>2</sup>. Försvarsmakten, Skatteverket, Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen är exempel på sådana. Även polisorganisationskommitténs nyligen presenterade förslag<sup>3</sup> som föreslår att Rikspolisstyrelsen, de 21 polismyndigheterna och Statens kriminaltekniska laboratorium ombildas till en sammanhållen myndighet – Polismyndigheten – är ett exempel på bildandet av en enmyndighet. Ett ytterligare exempel på en större sammanslagning är bildandet av Trafikverket under 2010, som ett resultat av sammanslagningen av Ban-, Väg-, delar av Sjöfarts-, och Luftfartsverket. Erfarenheterna från bl.a. dessa omstruktureringar är betydelsefull för Socialdepartementet och myndighetsledningarna i genomförandearbetet, tillsammans med vetskapen om de risker en omstrukturering generellt innebär. Även avveckling av verksamheter har skett under senare år. Som exempel kan nämnas Arbetslivsinstitutet, Djurskyddsmyndigheten och Integrationsverket<sup>4</sup>.

Antalet myndigheter var vid utgången av 2010 knappt 400 st., från att 20 år tidigare varit cirka 1 400 st.<sup>5</sup> Statskontoret konstaterar i sin rapport att antalet myndigheter minskar för varje år och i en

---

<sup>1</sup> Statskontoret (2005) *Statsförvaltningens utveckling 1990–2005*, 2005:32.

<sup>2</sup> Statskontoret (2010) *När fler blir en – om nyttan med enmyndigheter*.

<sup>3</sup> SOU 2012:13, *En sammanhållen svensk polis*.

<sup>4</sup> Riksrevisionen (2008) *Avveckling av myndigheter*, RiR 2008:18.

<sup>5</sup> Statskontoret (2010) OOS, *Färre men större. Statliga myndigheter åren 2007–2010*.

någorlunda jämn takt. Det gäller också utvecklingen mot att myndigheterna blir större. Dock har inte antalet årsarbetskrafter blivit mindre under den här perioden. Tvärtom, den samlade volymen av myndigheternas verksamhet har ökat.

Regering och riksdag har med andra ord under senare år fattat beslut om flera omorganisationer i den statliga myndighetsstrukturen, också större sådana. Därmed finns på den statliga sidan värdefulla erfarenheter som är specifika för staten i dessa sammanhang. Både när det gäller hur regeringens direktiv bör formuleras till organisationskommittéerna, för att underlätta genomförandet och starten av de nya myndigheterna, men också erfarenheter att ta del av i avvecklingsarbetet.<sup>6</sup> En central erfarenhet är att regeringen inte bör ta ut eventuella besparingsmöjligheter när den anvisar anslag till organisationskommittén, utan i så fall på längre sikt. Den kostnadsmässiga puckel som uppstår i gapet mellan den gamla och nya strukturen, bör finansieras genom att den nya strukturen på längre sikt kostar mindre än den som ersätts. En risk med att ta ut en besparing för tidigt är att de nya myndigheterna inte kommer att ha möjlighet att anställa den kompetens som behövs för att fullgöra uppdraget och tillgodose de berättigade krav som olika intressenter ställer. Andra erfarenheter visar på nödvändigheten av att organisationskommittén tillsätts i god tid innan myndighetens arbete startar och att organisationskommitténs arbete måste kunna fokusera på verkställandet och genomförandet av sitt direktiv från regeringen och inte på tilläggsuppdrag i form av utredande uppgifter. Dessa exempel på erfarenheter är viktigt i planeringen och genomförandet av utredningens förslag.

---

<sup>6</sup> Se t.ex. Rapport från Strålsäkerhetsmyndigheten 2009-03-30, referensnummer 2009/1450, som beskriver erfarenheterna av sammanslagningen mellan Statens strålskyddsinstitut och Statens kärnkraftsinspektion, Slutrapport Avvecklingsmyndigheten för Arbetslivsinstitutet november 2008, Erfarenheter 2010-04-30, från Avvecklingsmyndigheten, för Statens Räddningsverk, Krisberedskapsmyndigheten och Styrelsen för psykologiskt försvar, Avvecklingsmyndigheten för näringsmyndigheter 2011-06-30 som genom tilläggsdirektiv slutligen berörde 9 myndigheter (dnr N2008:13/2011/22) och slutrapport 2008-09-30 från Skolinspektionsutredningen (U 2008:04). PM Finansdepartementet 2010, *Rapport om översyn av stödet vid organisations- och strukturförändringar*.

*Om genomförande av organisationsförslag*

Genomförandet bör ske ordnat och i ett sammanhang, efter noggranna förberedelser, och med stor förutsägbarhet. Samtidigt behöver tempot vara väl avvägt, mellan att å ena sidan säkerställa ett verksamhets- och medarbetarperspektiv genom att inleda förändringsarbetet så snart som möjligt efter att slutbetänkandet är presenterat, och å andra sidan säkerställa att nödvändig politisk beredning hinns med, genom att invänta remissvaren och regeringens slutliga överväganden i den proposition som överlämnas till riksdagen. Det senare medför att besked om innehållet i propositionen till riksdagen som tidigast kan ges under arbetet med propositionen och sannolikt inte förrän propositionen presenteras för riksdagen.

Detta är i sig ett dilemma. För verksamhet och medarbetare är det viktigt att så snabbt som möjligt veta på vilket sätt man berörs, samtidigt som den politiska processen, inkl. remissammanställningen, med nödvändighet behöver längre tid på sig. Det viktiga är att tiden från överlämnandet av slutbetänkandet till dess att organisationskommittéerna startar sitt arbete blir så kort som möjligt, bl.a. för att undvika eller i vart fall begränsa produktionsbortfall, kompetenstapp hos medarbetarna och därmed minimera störningar i verksamheten. Ett sätt kan vara att påbörja förberedelserna för tillsättandet och bildandet av genomförandeorganisation och/eller de organisationskommittéer som kommer att arbeta med verkställandet av de nya myndigheterna så långt det går, parallellt med att remisstiden löper, utan att för den skull förekomma remissinstansernas synpunkter eller de slutliga politiska ställningstagandena. Arbetet kan på så sätt inledas snabbt med reservation om att senare beslut kan komma att förändra förutsättningarna. Det skulle också underlätta för nuvarande myndighetsledning att genomföra sin verksamhet så ansvarsfullt som möjligt under hela genomförandeprocessen, bl.a. med hänsyn till de kritiska processer som alltid är nödvändiga att upprätthålla. Eftersom det är möjligt att tillsätta en organisationskommitté, utan att tilltänkt generaldirektör är rekryterad eller om rekryteringstiden drar ut på tiden, möter detta tillvägagångssätt inte något formellt hinder. Dock bör den tid som organisationskommittén leds utan sin tilltänkta myndighetschef vara så kort som möjligt.

## 7.2 Kritiska processer

En kritisk process måste fungera säkert oavsett vad som sker i omvärlden. Ansvaret för många av de omedelbara kritiska frågorna i vården och omsorgen är fördelat till huvudmännen. Detta gör att statens sårbarhet för t.ex. en omställningsprocess minskar.

I kommuners och landstings ansvar för verksamheten, finns det omedelbara ansvaret för kritiska processer. Det är processer som alltid måste fungera utifrån verksamheternas och medborgarnas perspektiv. För att rädda liv, undvika död, undvika smitta m.m. Detta oavsett statens organisering och myndighetsstruktur, eller organisationsförändringar bland myndigheterna.

Utöver huvudmännens ansvar finns också ett statligt ansvar för processer som alltid måste fungera säkert. Exempel på processer och aspekter är sådant som är ”timkritiskt”, som t.ex. smittskydds- och krisberedskap, ”dygnskritiskt”, som t.ex. verksamhetstillsyn och ”veckokritiskt” som tillståndsgivning och utfärdande av legitimationer.

Det kan vidare gälla värden och relationer som inte får skadas, t.ex. relationer till industrin och apoteksmarknaden, professionella grupper och europeiska och internationella kontakter som fortsatt måste ha en ingång i Sverige och övriga värden och funktioner som särskilt behöver värnas under genomförandet.

Under genomförandeperioden har de nuvarande myndigheterna fortsatt ansvar för sina instruktionsenliga uppgifter tillsammans med de löpande uppdrag respektive myndighet har. Det är viktigt att dessa uppgifter kan utföras under omvandlingsprocessen, utan att kvaliteten och leveransen minskar. Samtidigt är det orealistiskt att förvänta sig att nuvarande myndigheters verksamheter inte påverkas eller att starten av de nya myndigheterna inte kommer att innebära vissa tidsförluster.

### *Myndigheternas uppgifter ur ett risk- och sårbarhetsperspektiv*

Vi har bitt berörda myndigheter redovisa de processer eller frågor som de uppfattar som kritiska ur detta perspektiv. De har sorterats i olika riskkategorier, t.ex. ”timkritiskt”, ”dygnskritiskt” eller ”veckokritiskt”.

Sett utifrån ett riskperspektiv ser myndigheternas uppgifter olika ut.



Flertalet myndigheter, däribland SBU, SMER, Vårdanalys, Handisam men även MIA, och FHI, anser inte att de ansvarar för några tim- eller dygnskritiska processer. MIA redovisar att den ansvarar för frågor som behöver lösas/funktionera inom loppet av några dagar. Exempel på sådana processer är: myndighetens handläggning om beviljande av auktorisationer för adoptionsorganisationer, och upplysningsuppgifter till myndigheter i Sverige och utomlands.

De myndigheter som redovisat både tim-, dygns- och veckokritiska processer är LV, SoS, SMI och TLV. Timkritiska frågor som redovisas är: Kunskap/information via Giftinformationscentralen på LV, LV:s information om indragna eller förbjuda produkter, läkemedel eller medicinteknik och hygien- och kosmetikaprodukter, LV:s ansvar för licenser och tillstånd att sälja ej godkända läkemedel, SoS:s ansvar för donationsregistret, TIB-funktionerna på SoS (för krisberedskap, smittskyddsberedskap, katastrofmedicin), SoS:s egna krisledningsfunktioner samt SoS:s It-säkerhetsfunktion, SMI:s övervaknings- och rapporteringssystem, SMI:s laboratorieverksamhet.

Dygnskritiska frågor som redovisats är bl.a. LV:s stöd till regeringens eller EU:s regelarbete, LV:s beslut om indragning av läkemedel, LV:s ansvar för tillstånd inom partihandel, TLV:s ärendehanteringssystem för läkemedel som förser IT-stöden hos grossister och apotek med information om läkemedelspris, subventionsstatus etc, prisdatabasen på TLV:s webbplats.

Myndigheterna LV, SoS och TLV pekar också på att de ansvarar för frågor som utan att vara vare sig tim-, dygns- eller veckokritiska måste fungera löpande. Några exempel: LV:s tillsyn över läkemedelstillverkning, LV:s läkemedelsupplysning, LV:s tillsyn över partihandel, LV:s arbete på EU-nivå, TLV:s subventionshandläggning, SoS: ansvar för registerutdrag.

FHI pekar på några processer i myndighetens verksamhet som ”veckokritiska”, bl.a.: tillhandahållande av kunskapsprov för alkoholserving, uppgiften att yttra sig enligt lag (2011:111) om förstörande av vissa hälsofarliga varor, beslut om dispenser/tillstånd för produkter som är klassade som hälsofarliga varor enligt Lag om förbud mot vissa hälsofarliga varor (1999:42).

Flertalet myndigheter framhåller värdet i att bibehålla etablerade internationella relationer. Bland de internationella åtaganden/kontaktpunkter/relationer som måste värnas pekar myndigheterna bl.a. på: Nadis-arbetet, ett nordiskt samarbete kring bevakning och

utredning av nya missbrukssubstanser som FHI driver, Europeiska centret för narkotikakontroll där FHI utgör nod, FHI:s ansvar för den svenska delen av OECD-undersökningen om skolbarnshälsovanor, LV:s medverkan i EU-grupper med beslutanderätt, LV:s ansvar för samverkansavtal med USA, LV:s ansvar i godkännandeprocessen, Vårdanalys ansvar för den svenska delen i Commonwealth Fund's årliga Health Policy Survey, SBU:s och SMI:s varumärke, TLV:s relationer med läkemedelsföretag verkamma i andra länder, SMI:s ingångar i smittskyddsarbetet för aktörer från andra länder.

Vår samlade bedömning är att det finns viktig verksamhet i de statliga delarna i vård- och omsorgssystemet som måste säkerställas oavsett situation i övrigt. Vi bedömer också att myndigheterna har en god överblick och uppfattning om vilka dessa verksamheter är och hur omfattande de är.

Samtidigt vill utredningen betona att det för statens del i denna sektor rör sig om frågor som måste fungera i alla avseenden. Huvuddelen av de verksamheter som i denna sektor har en mer avgörande betydelse för människors liv och säkerhet ansvarar kommuner och landsting för.

### 7.3 Genomförandet av utredningens förslag

Regeringen bör överlämna särpropositionen till riksdagen under våren 2013 för beslut, för att ikraftträdande den 1 januari 2014 ska vara möjligt att nå. Det finns ett mervärde i att genomförandet sker i ett sammanhang, t.ex. för planeringen av och samarbetet mellan organisationskommittéerna och för departementets arbetsprocesser. Men också för den externa kommunikationen och förankringen. I arbetet är det särskilt viktigt med en tydlig ledning och styrning. Departementet har den centrala rollen i genomförandet, gemensamt med de organisationskommittéer som bildas för varje myndighet och myndighetsledningarna för de myndigheter som avvecklas.

Det är avgörande att förändringarna verkställs med god planering och inom kortast möjliga tid för att begränsa de risker som är förknippade med en omstrukturering. Att vänta längre än den 1 januari 2014, riskerar att förändringen inte kommer till stånd, eller bara genomförs delvis, att osäkerheten om vad som ska hända eller inte hända utifrån ett medarbetarperspektiv t.ex. blir för stor, och

att nuvarande myndigheter därigenom tappar stora delar av sin kunskap och kompetens. Detta skulle i sin tur riskera onödigt stort produktionsbortfall. En utdragen förändringsprocess kan också öka risken att gamla strukturer bibehålls. Att förändra dessa hjälper processen, men minskar inte den tid det tar att få en kulturell förändring till stånd. En kulturell förändring, tillsammans med fokus på medborgarperspektivet, är svårast och viktigast. Därför är det väsentligt med ett målmedvetet arbete som tar sikte på att införandet av den nya organisationen genomförs i sin helhet vid en beslutad tidpunkt. Genom att omvandlingen berör flera myndigheter och verksamheter, bedöms också riskerna mindre att gamla kulturer och traditioner tas med in i det nya. När erfarenhet kommer från flera håll, bidrar det till positiva möjligheter att skapa något nytt.

En nära dialog med personalorganisationerna under förändringsarbetet bidrar också till ett bra resultat.

#### **7.4 Arbetet i departementet**

Eftersom så många myndigheter berörs behöver ett samlat och tydligt ansvar för omvandlingen pekas ut. Vårt förslag är att en omvandlingsledare, tillika projektledare, utses på departementet, Huvuduppdraget bör vara att, tillsammans med andra, identifiera, förbereda, fördela roller och ansvar och genomföra de åtgärder och beslut som krävs för att de nya myndigheterna ska kunna fungera från beslutat datum. Omvandlingsledaren har huvudansvaret för att samordna arbetet och driva processen framåt i alla dess delar i Regeringskansliet. Omvandlingsledaren är länken mellan den nya och gamla myndighetsstrukturen och departementsledningen. Omvandlingsledaren har samtidigt ett ansvar för att kommunicera och förankra genomförandet med externa aktörer. Till exempel med fackliga organisationer, patient- och brukarorganisationer, privata vårdgivare, landsting, kommuner, riksdagen och med SKL.

Utöver uppdraget till de nya myndigheterna bör regeringens val av lokalisering framgå i direktiven till organisationskommittéerna. I direktiven bör regeringen vidare ange ledningsform för myndigheten och uppdra åt kommittén att ta fram bl.a. slutliga förslag till ny instruktion och regleringsbrev. I utredningens förslag ingår de nya myndigheterna bygger sina nya organisationer från början. Det innebär att sammanslagning av nuvarande myndigheter eller delar

av myndigheter inte föreslås, utan dessa föreslås avvecklas i sin helhet.

Omvandlingsledaren behöver stöd av en grupp tjänstemän som representerar de olika delar i departementet och Regeringskansliet som berörs av förändringen. Omvandlingsteamets fokus är att få till stånd en ny struktur, inte att avveckla den gamla. Det är också viktigt att omvandlingsledaren samtidigt samverkar med myndighetshandläggarna för de myndigheter som avvecklas, eftersom de också har viktiga uppgifter i omvandlingen. Han eller hon samordnar dessa olika delar av departementet men också kontakterna med befintliga myndighetsledning och de organisationskommittéer som bildas för de nya myndigheterna samt kontakterna med avvecklingsmyndigheten.

Departementet och omvandlingsledaren tillsammans med sin projektgrupp är en viktig garant för att arbetet med omstruktureringen ska gå att genomföra. När det gäller att överbrygga skillnader i traditioner och kulturer mellan de verksamheter som slås ihop och att bygga nya, har organisationskommittéerna och de tillträdande generaldirektörerna ett uttalat ansvar. Detta gäller också ansvaret för att stärka funktionshindersperspektivet och det förebyggande perspektivet i vården och omsorgen.

En normal remisstid är 3 månader. I vårt förslag till tidsplan skulle det innebära att remissinstanserna har fram till den 17 augusti att skicka sina remissvar till Socialdepartementet. Remisstiden löper därmed under sommaren och semestertider. Många kommuner och huvudmän och deras politiska styrelser och nämnder och organ sammanträder oftast inte förrän under andra delen av augusti efter sommaruppehåll och semester. Det är viktigt för det fortsatta arbetet att dessa remissvar har beslutats av politiska församlingar, av det skälet är det värdefullt att remisstiden avslutas den 31 augusti. Samtidigt är det centralt att remissammanställningen kan färdigställas så snart som möjligt inför propositionsarbetet och att tillräckligt med resurser tillförs för arbetet med denna i departementet.

Myndighetsledningarna för de nya myndigheterna har gemensamt helhetsansvaret för att bygga ett nytt fungerande system och samspel. I en dialog med omvandlingsledaren och departementet är det viktigt hur gränssnittet hanteras och koordineras mellan de nya myndigheterna. Omvandlingsledaren har också en viktig roll i arbetet med att hålla samman och styra organisations-

kommittéerna. Kontinuerliga möten med omvandlingsteamet och med politiska ledningen på departementet är viktigt.

Myndighetsledningarna för de myndigheter som kommer att avvecklas har viktiga erfarenheter och kompetens som bör komma till nytta i omvandlingen. Därför kan de med fördel knytas till omvandlingsteamet i form av en referensgrupp som kan fungera som kontinuerlig avstämningspunkt.

Avvecklingen av nuvarande myndigheter sköts genom en gemensam Avvecklingsmyndighet för vård- och omsorgsmyndigheterna. Avvecklingsmyndigheten knyts till omvandlingen genom kontinuerliga möten med omvandlingsteamet och med departementets politiska ledning. Myndighetshandläggarna för de myndigheter som avvecklas har en viktig roll i det konkreta arbetet med att förbereda underlag (däribland ekonomiska frågor som regleringsbrev i förhållande till avvecklingsmyndigheten, pensioner, avskrivningar etc.) till Avvecklingsmyndigheten för vård- och omsorgsmyndigheterna.

## 7.5 Tidplan

April–maj 2012: Regeringsbeslut bereds som fastställer vilka remissinstanser som ska yttra sig över slutbetänkandet. Socialdepartementet utser omvandlingsledare och tillsätter projektgrupp. Omvandlingsledaren ansvarar direkt inför departementets politiska ledning. Det första uppdraget blir att ta fram och fatta beslut om en projekt- och tidsplan med tydlig ansvarsfördelning där arbetsformerna för omvandlingen klargörs, där varje steg av genomförandet klarläggs, synliggörs, följs upp, och etappmål för genomförandet fastställs. Etappmålen konsolideras och förankras löpande. Referensgrupper bildas. Beredning påbörjas av nödvändiga beslut inför budgetpropositionen för 2013, (BP-13). Beredningen av uppdraget till organisationskommittéerna påbörjas. Rekrytering av nya generaldirektörer inleds genom att kravprofil på dessa tas fram.

2012

- Slutbetänkandet överlämnas 15 maj.
- Slutbetänkandet skickas på remiss så snart som möjligt, senast innan sista maj, till utvalda remissinstanser.
- Remissvaren inkommer senast 31 augusti. Remissammanställningen klar mitten av september.
- Avsiktsformulering från regeringen i budgetpropositionen i september (BP-13). Nödvändiga anslag föreslås för de olika organisationskommittéerna, de nya myndigheterna och för avvecklingsarbetet.
- Första delen av september: Remissammanställningen avslutas och propositionsarbetet inleds. Departementet börjar planera sin myndighetsstyrning på längre sikt, vad gäller t.ex. ansvarsfördelning och arbetsformer, för att kunna leda den nya myndighetsstrukturen.
- September: Beredning av direktiv till organisationskommittéer och Avvecklingsmyndigheten påbörjas. Rekrytering av nya generaldirektörer annonseras gemensamt.

2013

- Januari/februari: Proposition till Riksdagen. Direktiv till organisationskommittéer och Avvecklingsmyndigheten beslutas.
- Mars: Fyra organisationskommittéer med rekryterade generaldirektörer inleder sitt arbete. Alternativt, om möjligt, att organisationskommittéerna börjar sitt arbete tidigare och att generaldirektörerna ansluter i mars. I organisationskommittéernas uppdrag ligger bl.a. att verkställa förslag till instruktioner, regleringsbrev, organisationsstruktur, arbetsordningar och att ta fram bemanningsplaner.
- September: Anslagen anvisas för myndigheterna i budgetpropositionen för 2014 (BP-14). Avvecklingsmyndigheten för vård- och omsorgsmyndigheterna inleder sitt arbete. Omvandlingsteamet fortsätter att följa hur den nya strukturen fungerar, men växlar successivt över till nya arbetsuppgifter.

2014

- Införande 1 januari -2014.

2015

- Första utvärderingsrapport av den nya strukturen maj 2015. Utvärderingen genomförs av en extern part, t.ex. Statskontoret.

## 8 Konsekvensanalyser

**Utredningens bedömning:** Utredningen föreslår en myndighetsstruktur som sammantaget ger möjligheter till besparingar, både för staten och för vården och omsorgen i sin helhet.

Förslaget beräknas leda till att de långsiktiga kostnaderna för verksamheterna sänks med cirka 20 procent, motsvarande cirka 500 miljoner kronor.

Förslaget beräknas minska antalet årsarbetskrafter med cirka 550.

Avvecklingskostnader gör att totalkostaden för staten stiger något 2013. Under 2014 beräknas kostnaderna för avvecklingen överstiga nuvarande anslag med drygt 200 miljoner kronor. Nettobesparingar beräknas från 2015.

Den långsiktiga besparingseffekten på statsbudgeten beräknas uppnås 2017 och uppgår då till cirka 15 procent, 300 miljoner kronor per år

### 8.1 Utgångspunkter

Utifrån medborgarnas, verksamheternas och huvudmännens perspektiv och efterfrågan på nationell samordning, redovisar vi behoven av ett förtydligande av statens roll och styrning inom vården och omsorgen i framtiden, för att möta framtida utmaningar.

Utredningen presenterar förslag på en reform som innebär att tio myndigheter, en ideell förening och ett bolag omvandlas i en ny struktur till fyra myndigheter; Kunskapsmyndigheten för hälsa, vård och omsorg, Inspektionen för hälsa, vård och omsorg, Infrastrukturmyndigheten för hälsa, vård och omsorg, samt Myndigheten för välfärdsstrategi. Förslaget bygger på att statens stöd till vården och omsorgen sker effektivare och med ett bättre genomslag för ett hälsofrämjande arbetssätt och med bättre förut-



sättningar för att kunna beakta funktionshindersområdet om arbetet samlas och stärks i kunskapsstyrningen, tillsynen, infrastrukturhanteringen samt i övergripande strategiska frågor. Organiseringen av dagens myndighetsstruktur stöder inte ett sådant samlat arbetssätt för staten. Förslaget väntas leda till lägre kostnader för verksamheterna på cirka 20 procent. Besparingen över statsbudgeten beräknas till cirka 15 procent. Besparingen berör cirka 550 årsarbetskrafter.

Sammanlagt berörs totalt cirka 2 700 årsarbetare. Cirka 1 950 kvinnor och 750 män.

Förslagen får konsekvenser för majoriteten av de befintliga myndigheterna i sektorn. Samtidigt innebär våra förslag inga omprövningar av det statliga åtagandet som sådant. Vi ser dock att uppgifterna bör fullgöras och utvecklas inom ramen för nya förutsättningar och en ny struktur. Inom vissa områden föreslår vi en förstärkning och höjda ambitioner.

I förslaget ingår att det administrativa stödet för de nya myndigheterna förläggs till Statens Servicecenter. Genom att samla det administrativa stödet i Statens servicecenter kan myndigheternas resurser i högre grad än i dag fokusera på de instruktionsenliga uppgifterna.

Kunskapsstödet till sektorn sker i en myndighet i stället för i elva, tillsynen sker i en myndighet i stället för i fem, IT- och kommunikationshanteringen sker i en myndighet i stället för i elva.

- *Kunskapsstöd:* Förutsättningarna för att integrera relevanta perspektiv i det samlade stödet till och styrningen av vården och omsorgen ökar när det hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande samt funktionshindersbaserade angreppssätten ingår på samma villkor som andra perspektiv. Förutsättningarna för att samlat möta brukare och patienter med sammansatta behov förbättras med ett statligt stöd som integrerar relevanta kunskaper, t.ex. läkemedel tillsammans med andra behandlingsformer och kunskap om vårdhygien och smittskydd, kunskap om hjälpmedel tillsammans med kunskap om evidensbaserade metoder för äldreomsorg, kunskap om evidensbaserad tandvård tillsammans med riktlinjer för främjande av bättre tandhälsa. Myndigheternas kunskapsrelaterade verksamheter kan med vårt förslag effektiviseras i och med dessa samordningsfördelar, med ett effektivare utnyttjande av sektorns samlade expertis och sakkunskap. Kunskapsstödet till vård- och omsorgssektorn

kräver i dag cirka 650 årsarbetskrafter. Här finns stora samordningsmöjligheter som kan ge betydande kvalitetsförbättringar och även effektiviseringsmöjligheter. Målnivån på drygt 500 årsarbetskrafter bör ge utrymme för god kvalitet.

- *Reglering*: När arbetet med tillstånd, godkännanden och legitimationer samlas, underlättas, systematiseras och förstärks arbetet. Möjligheten till att utveckla metodstöd underlättas på basis av erfarenhet från att utfärda tillstånd för olika branscher och yrkesgrupper. Med successivt fler privata utförare av vård och omsorg finns också möjlighet att bättre möta deras behov i form av snabb, tydlig dialog och handläggning, med förståelse för olika branschers och professioners behov av stöd. Föreskriftsarbetet knyts tydligt till kunskapen om industrin, respektive till vården och omsorgen. Regleringen som gäller läkemedelsgodkännanden och liknande får i stort sett samma resursram som i dag.
- *Tillsyn*: Med en samlad tillsynsfunktion stärks arbetet och vidareutvecklas, så att tillsynen framgent bättre kan motsvara intentionerna i lagstiftningen. Här ingår t.ex. att kraftsamla för bättre överblick över tillsynsobjekten och större förmåga att arbeta riskbaserat än dagens tillsynsfunktioner på myndigheterna. Med en samlad inspektion finns förutsättningar för att inleda ett förnyat arbetssätt som innebär en effektivare tillsyn med fler inspektioner per inspektör och år än i dag. Vi bedömer att verksamhetstillsynen behöver stärkas och öka i frekvens.
- *ITK*: Med en samlad kommunikationsstruktur, gemensam webbplats och drift av denna för de fyra myndigheterna kan effektiviseringar ske när det gäller myndigheternas externa kommunikationsinsatser. En ökad tydlighet kan istället ske när det gäller att från statens sida samlat kunna arbeta för att utveckla infrastrukturlösningar för vården och omsorgen, tillsammans med huvudmännen och andra aktörer. Besparingspotentialen som uppnås genom myndigheternas samlade kommunikationslösning, hämtas delvis in genom en förstärkning av samordningen för att åstadkomma bättre infrastrukturlösningar för vården och omsorgen. ITK-arbetet får något mindre resurser än det sammanlagt har i dag, men tack vara samordningen bedöms den nya myndigheten ändå kunna genomföra betydligt större satsningar än vad som i dag är möjligt.

- *Inre arbete:* Färre antal myndigheter innebär lägre kostnader för ledningsarbete och administrativa uppgifter. Det tillsammans med en tydligare struktur och effektivisering generellt av det inre arbetet, t.ex. vad gäller verksamhets- och kompetensutveckling, internkommunikation och omvärldsbevakning bidrar till en betydande besparingspotential. I underlag som utredningen begärt från nuvarande myndigheter uppskattas kostnaderna för generaldirektörer med stab och övriga ledningsfunktioner till cirka 100 miljoner kronor och berör cirka 90 årsarbetare. I den nya strukturen antas varje generaldirektör, inkl ledningsfunktioner i genomsnitt behöva tio personer, totalt 40 årsarbetare. Det administrativa stödet för de nya myndigheterna som berör ekonomi- och löneadministration överförs till Statens Servicecenter. Kostnaden är cirka 15 miljoner kronor i nuvarande myndigheter och berör cirka 30 årsarbetare.<sup>1</sup> I den nya strukturen med fyra myndigheter köper varje myndighet tjänster från Statens Servicecenter med utgångspunkt att avgiften baseras på antalet anställda i myndigheten och antalet leverantörsfakturor<sup>2</sup>. Den exakta besparingen är svår att beräkna. Servicecenterutredningen beräknar denna generellt till 33 procent<sup>3</sup>. Det inre arbetet kräver i dag cirka 650 årsarbetare. Det inre arbetet kan med vårt förslag effektiviseras betydligt. Målnivån på 335 årsarbetare bör ge förutsättningar för fortsatt god kvalitet.

Tabell 8.1 visar resursförbrukningen i nuvarande myndigheter, beskrivet dels med uppgifter från budgetpropositionen 2012, dels med myndighetschefernas egen bedömning av antal egna och inhyrda årsarbetskrafter under 2012.

---

<sup>1</sup> Underlag från berörda myndigheter april 2012, se bilaga 3.

<sup>2</sup> SOU 2011:38 *Ett myndighetsgemensamt servicecenter*, där utredningen redovisar en besparing per årsarbetskraft på 640 000 kr, inkl pension sociala avgifter och arbetsplatskostnader. Motsvarande besparing har av ESV beräknats till c 860 000 kr.

<sup>3</sup> SOU 2011:38, kapitel 10

Tabell 8.1 De myndigheter som berörs av förslagen (tkr)

Myndighet	Beräknat <sup>4</sup> Anslag 2012	Årsarbetare 2012 <sup>5</sup>	2013	2014	2015	2016 <sup>6</sup>	2017
SBU	56 702	66	57 951	59 062	60 569	61 780	63 015
TLV	112 565	80	115 101	117 300	120 274	122 679	125 133
LV <sup>7</sup>	640 305	654	640 305	640 305	640 305	640 305	640 305
Vårdanalys	27 000	26	29 428	29 858	30 646	31 258	31 884
SoS	953 409	1 230	955 576	973 964	999 222	1 019 206	1 039 590
FHI	136 650	142	140 619	143 342	147 062	150 003	153 003
SMI	215 643	250	225 894	230 050	235 890	240 607	245 419
Handisam	20 574	32	21 002	21 408	21 963	22 402	22 850
MIA	14 752	12	15 062	15 353	15 748	16 062	16 384
HI <sup>8</sup>	50 875	75	50 875	50 875	50 875	50 875	50 875
SMER	3 300	3	3 300	3 300	3 300	3 300	3 300
Övriga intäkter <sup>9</sup>	400 000		400 000	400 000	400 000	400 000	400 000
Apotekens Service AB	258 637 <sup>10</sup>	130					
<b>Totalt</b>	<b>2 631 775</b>	<b>2 709</b>	<b>2 655 113</b>	<b>2 684 817</b>	<b>2 725 854</b>	<b>2 758 405</b>	<b>2 791 758</b>
Varav förv. anslag	1 704 660		1 727 998	1 757 702	1 798 739	1 831 290	1 864 643

<sup>4</sup> Budgetpropositionen 2012.

<sup>5</sup> Nuvarande myndigheters bedömda resursförbrukning 2012, uttryckt i egna och inhyrda årsarbetskrafter. Källa: Generaldirektörernas bedömning april 2012, se bilaga 3. Uppgiften om APSE hämtad från deras hemsida april 2012. Uppdelning uppskattad av utredningen. Uppgifterna om SMER uppskattade av utredningen.

<sup>6</sup> Årlig kostnadsökning PLO-uppräknings beräknas till 2 procent från 2015

<sup>7</sup> LV:s verksamhet är till 85 % finansierad av avgifter, i tabellen redovisas deras totala intäkter i form av avgifter och anslag på statsbudgeten. Anslagsdelen är 113 190 tkr. Antagandet görs att avgifterna och nivån på anslaget är desamma för åren 2013–2017.

<sup>8</sup> HI är en ideell förening, därför PLO-uppräknas inte deras kostnader

<sup>9</sup> Flera myndigheter redovisar i sina årsredovisningar bidragsintäkter. I flera fall är finansieringen knuten till sakanslag på statsbudgeten. Under 2010 uppgick dessa totalt till cirka 400 miljoner kronor. Se SOU 2011:65. Utredningen gör antagandet att dessa flukturerar mellan åren, men att de i genomsnitt uppgår till detta belopp.

<sup>10</sup> Bolagets omsättning 2011. Siffran hämtad från bolagets årsredovisning för 2011.

Tabell 8.2 visar myndigheternas bedömning av antalet årsarbetskrafter 2012, uppdelat i verksamhetsområden. Se också bilaga 3.

**Tabell 8.2** Antal årsarbetare, summa egna och inhyrda, i de myndigheter som berörs av förslagen, uppdelat i verksamhetsområden<sup>11</sup> (siffran inom parentes avser antal inhyrda)

	Kunskapsstöd	Reglering	Tillsyn	ITK	Översikt	Övrigt utåtriktat arbete	Inre arbete	Summa
SoS	220 (40)	110 (10)	290 (15)	50 (10)	155 (20)	30 (5)	375 (25)	1 230
LV	70	300	65	80	11	16	122 (2)	654
FHI	52 (2)	11	5	21 (1)	15	4	35 (5)	143
SMI	145			10		50	45	250
SBU	50 (10)			5			11 (1)	66
TLV	44	10	3	2		1	20	80
Vårdanalys	4 (2)				14 (7)		8 (4)	26
Handisam	6			6	5 (1)	18 (9)	6	41
SMER	2,5						0,5	3
MIA	2,5	3,5	2,5	1,5			2	12
HI	50			9			16	75
APSE				110			20	130
Summa	645	434,5	365,5	294,5	200	119	650,5	2 710

## 8.2 Konsekvenser för statens budget på kort och lång sikt

Med färre antal myndigheter, minskning av överlapp och dubbelarbete, tydliga uppdrag och nya arbetssätt kan statens resurser användas mer effektivt. Dagens överlappande strukturer som innebär att myndigheternas resurser delvis läggs på samordning och ensning, upphör. Tolknings- och tillämpningsproblematik mellan myndigheterna minskar. Regeringens behov av myndighetsgemensamma uppdrag för att åstadkomma samordning reduceras. En ny myndighetsstruktur möjliggör nya arbetsformer i denna del av den statliga sektorn.

Eftersom myndigheternas verksamheter är personalintensiva, utgör personalkostnaderna den övervägande delen. Antalet

<sup>11</sup> Nuvarande myndigheters bedömda resursförbrukning 2012, uttryckt i egna och inhyrda årsarbetskrafter. Källa: Generaldirektörernas bedömning april 2012. Se bilaga 3. Uppgiften om APSE hämtad från deras hemsida april 2012, uppdelning uppskattad av utredningen. Uppgifterna om SMER uppskattade av utredningen.

årsarbetare är därmed ett relativt bra resursmått, särskilt när inhyrda årsarbetskrafter inkluderats. Nedan anges vår beräkning av förväntad storlek och kostnad i de nya myndigheterna.

Tabell 8.3 visar utredningens översiktliga bedömning av de nya myndigheterna resursbehov, uttryckt som summan av egna och inhyrda årsarbetskrafter, på motsvarande sätt som i tabell 8.2:

**Tabell 8.3** Antal årsarbetare, egna och inhyrda, i de nya myndigheterna

	Kunskaps- stöd	Reglering	Tillsyn	ITK	Översikt	Övrigt utåtriktat	Inre arbete	Summa
Kunskaps- myndigheten	500	50		5	10	40	125	730
Inspektionen	10	350	500	5	5		175	1045
Infrastukturmynd				250		5	20	275
Välfärdsstrategiska					75	25	15	115
Summa	510	400	500	260	90	70	335	2 165

Tabell 8.4 visar den totala årskostnaden för den nya strukturen, baserad på antagandet att en årsarbetskraft idag motsvarar en årskostnad på 1 miljon kronor, uppräknat med en årlig kostnadsökning om 2 %.

**Tabell 8.4** Kostnaden för den nya myndighetsstrukturen 2014–2017 (tkr)<sup>12,13</sup>

Myndighet	2014	2015	2016	2017
Kunskapsmyndigheten	730 000	745 000	760 000	774 000
Inspektionen	1 045 000	1 066 000	1 087 000	1 109 000
Infrastrukturmyndigheten	275 000	280 000	286 000	292 000
Välfärdsstrategiska	115 000	117 000	119 000	122 000
Totalt	2 165 000	2 208 000	2 252 000	2 297 000

Kostnaderna baseras på antagandet att en anställd kostar i genomsnitt 1 miljon kronor per år. I summan ingår lön och lönekostnader, lokalkostnader, myndighetens stab och övriga

<sup>12</sup> Årlig PLO-uppräknning beräknas till 2 procent.

<sup>13</sup> För att räkna ut hur stor del av de nya myndigheterna som finansieras med anslag på statsbudgeten, har vi gjort antagandet att det är en lika stor andel som idag. I nuvarande struktur är den för år 2014 1 758 mnkr / 2 685 mnkr, cirka 65 %. I vårt förslag innebär det, allt annat lika, att av 2 165 mnkr finansieras 1 407 mnkr på förvaltningsanslag från år 2014. Till det läggs 70 mnkr för att finansiera kunskapsstödet för läkemedel på statsbudgeten. Totalt 1 477 mnkr för år 2014.

kostnader. På kostnadssidan föreslår vi att kunskapsstödet för läkemedel till vård- och omsorgssektorn finansieras med anslag på statsbudgeten i stället för med avgifter från industrin. Denna kunskap föreslås bli en del av övrigt kunskapsstöd som finansieras med anslagsmedel och rikta sig mer till vården och omsorgen. Kunskapsmyndigheten får då lättare att förfoga över sina resurser, utan att behöva öronmärka medel till läkemedelsunderlag. Detta motsvarar en kostnadsökning för staten på cirka 70 årsarbetskrafter eller 70 miljoner kronor, och motsvarande lägre kostnader för industrin.

Tabell 8.5 visar utredningens bedömningar av avvecklingskostnaderna. Bedömningen är att huvuddelen infaller under 2014.

**Tabell 8.5 Avvecklingskostnader, under 2013–2017 (tkr)**

Myndighet	2013	2014	2015	2016	2017
Organisationskommittéerna <sup>14</sup>	20 000				
Avvecklingsmynd		500 000	150 000	50 000	0

Antagandet för avvecklingskostnaden baseras på en kostnad för en person på 900 000 kr, samt att huvuddelen av kostnaden infaller under 2014<sup>15</sup>. Utöver lön och lönekostnader för Avvecklingsmyndigheten ingår i detta belopp bl.a. avveckling av lokaler och hyreskostnader, pensionskostnader för den personal som blir övertalig, ev flyttkostnader, arkiveringskostnader m.m. Den mer precisa nivån på dessa kostnader är svåra för utredningen att ta ställning till. Till avvecklingskostnaderna tillkommer etableringskostnader för att starta de nya myndigheterna. Det kan t.ex. gälla IT-investeringar, licenskostnader och framtagande av ny logotype. Dessa kostnader är svåra bedöma och ett antagande skulle riskera

<sup>14</sup> Organisationskommittéerna beräknas starta sitt arbete den 1 mars 2013. Bemanningen består av organisationskommitténs ordförande, tillika tillträdande generaldirektör och en succesiv bemanning av myndighetens ledningsgrupp fram till årsskiftet 2013/14. 7 personer inkl. generaldirektör. Kostnaden beräknas till 5 mnkr under 2013 per myndighet. Totalt 20 mnkr.

<sup>15</sup> Riksrevisionen har i sin rapport *Omlokalisering av myndigheter*, RiR 2009:30, redovisat kostnader per anställd vid en flytt baserat på Konsumentverkets och Folkhälsoinstitutets flytt till Karlstad och Östersund. Kostnaderna per flyttat arbetstillfälle beräknades till 1,1 mnkr. I SOU 2011:38, *Ett myndighetsgemensamt servicecenter*, redovisar utredningen en besparing per årsarbetskraft på 640 000 kr, inkl pension sociala avgifter och arbetsplatskostnader. Motsvarande besparing har av ESV beräknats till c 860 000 kr. Antagandet 900 000 kr, baseras på ett genomsnitt av Servicecentersutredningens och ESV:s beräkning av besparing för en årsarbetskraft och Riksrevisionens beräkning av kostnaden per flyttat arbetstillfälle.

att bli för övergripande. Utredningen anser därför att detta är en fråga för organisationskommittéerna att beräkna närmare.

Tabell 8.6 ger en samlad bild av statens kostnader för åren 2014-2017. Beräkningarna utgår från den ovanmämnda schablonen att en årsarbetskraft motsvarar en årskostnad om 1 miljon kronor. Hänsyn har tagits till statens ökade kostnadsansvar för kunskapsstöd om läkemedel på 70 miljoner kronor från år 2014.

**Tabell 8.6 Skillnad anslagsnivå statsbudgeten nuvarande och föreslagen myndighetsstruktur, (mnkr)**

Myndighet	2013	2014	2015	2016	2017
Nuvarande	1 728	1 758	1 799	1 831	1 865
Föreslagen		1 477	1 506	1 537	1 567
Avveckling/org kommitté	20	500	150	50	0
<b>Ny nivå</b>	<b>1 748</b>	<b>1 977</b>	<b>1 656</b>	<b>1 587</b>	<b>1 567</b>
<b>Besparing</b>	<b>-20</b>	<b>-219</b>	<b>+143</b>	<b>+244</b>	<b>+298</b>

De totala kostnaderna för verksamheterna beräknas minska med 20 procent. På statsbudgeten är besparingen cirka 15 procent. Skillnaden beror på förslaget att kunskapsstödet för läkemedel när det förs över till Kunskapsmyndigheten, från 2014 finansieras på statsbudgeten.

### 8.3 Konsekvenser för personal vid de berörda myndigheterna

#### 8.3.1 Konsekvenser för personalen

Den nya myndighetsstrukturen föreslås inrättas från och med den 1 januari 2014. Det innebär att Socialstyrelsen, Läkemedelsverket, Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket, Statens Folkhälsoinstitut, Smittskyddsinstitutet, Statens beredning för medicinsk utvärdering, Myndigheten för internationella adoptionsfrågor, Myndigheten för handikappolitisk samordning, Hjälpmedelsinstitutet, Statens medicinsk- etiska råd, Vårdanalys och Apotekens Service AB avvecklas den 31 december 2013.

Forskningsrådet för arbetsliv och socialvetenskap berörs inte av förslagen. Det gäller också Statens Institutionsstyrelse, Barnombudsmannen och Försäkringskassans uppgifter inom tand-



vårdsområdet. Slutligen berörs inte Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd. Samtliga dessa fem myndigheter knyts dock närmare den föreslagna myndighetsstrukturen, genom möjligheten att använda Infrastrukturmyndighetens webbportal för extern kommunikation men även genom samarbete med Kunskapsmyndigheten.

### 8.3.2 Konsekvenser som rör anställningsavtal

Bemanningen av de nya myndigheterna ska ske med beaktande av reglerna i 6 b § lagen (1982:80) om anställningsskydd. Enligt LAS (6 b §) övergår de enskilda anställningsavtalen vid verksamhetsövergång automatiskt till förvärvaren, som alltså blir ny arbetsgivare.

Utredningens bedömning är att det kommer att handla om verksamhetsövergång till befattningarna i de nya myndigheterna, dock är det de mottagande, dvs. nya myndigheterna, som slutligen gör denna bedömning. Om personal omfattas av reglerna om verksamhetsövergång kommer de rättigheter och skyldigheter som finns i det gällande anställningsavtalet att övergå från den överlåtande arbetsgivaren till den förvärvande, dvs. till den nya myndigheten. Anställda med tidsbegränsning överförs med tidsbegränsningen, den deltidsanställda går över i oförändrad omfattning etc. Vid övertalighet är det statliga Trygghetsavtalet tillämpligt. I avtalet anges innebörden av statliga arbetsgivares åtaganden gentemot de anställda. Avtalet innehåller en rad trygghetsåtaganden för att så långt som möjligt förhindra att anställda hos en statlig myndighet blir arbetslösa till följd av arbetsbrist.

## 8.4 Konsekvenser för sysselsättning och offentlig service i olika delar av landet

I dag har de berörda myndigheterna drygt 2 500 (exkl inhyrd personal) årsarbetare. Av dessa arbetar omkring 1 350 i Stockholm, 146 i Östersund<sup>16</sup>, 657 i Uppsala,<sup>17</sup> och 431 i Socialstyrelsens tillsynsregioner är uppdelade på 6 regionkontor. Varav 67 i

---

<sup>16</sup> FHI:s årsredovisning för 2011.

<sup>17</sup> LV:s årsredovisning för 2011.

Stockholm, 71 i Malmö, 48 i Jönköping, 77 i Göteborg, 109 i Örebro och 59 i Umeå<sup>18</sup>.

Utredningen gör bedömningen att övertalighet uppstår. Denna kan komma att uppstå för medarbetare som arbetar med kunskapsstöd, för de som har olika administrativa uppgifter, för de som i dag arbetar i ledande befattningar och i olika staber, samt för de som arbetar med information och kommunikation. Någon mer preciserad bild av omfattningen har utredningen inte kunnat ta fram. Frågan är central i organisationskommittéernas arbete med att ta fram bemanningsplaner, i samarbete med de fackliga organisationerna.

Tillsynsverksamheten kräver fortsatt lokal närhet. Inspektionens regionala enheter utgör en bra grund för ett fortsatt viktigt samspel med verksamheterna.

Även kunskapen utvecklas och formas i lokalt och regionalt samspel. Organisationskommittén för Kunskapsmyndigheten för hälsa, vård och omsorg bör därför överväga om närheten till den lokala och regionala vården och omsorgen skulle innebära en fördel för myndighetens verksamhet. Om myndigheten väljer en regional indelning bör den samlokaliseras med den tillsyn som har regional lokalisering.

I de fall de nya myndigheterna bedömer att de har behov av en regional indelning, bör den följa den indelning för staten på regional nivå som utredningen om den statliga regionala förvaltningen kommer att föreslå i sitt slutbetänkande i december 2012.<sup>19</sup>

Utredningens bedömning är att nya arbetssätt och arbetsformer ger möjligheter att arbeta på ett nytt och mer flexibelt sätt. En viktig fråga för utredningen är att så långt möjligt garantera att myndigheterna samarbetar kring det gemensamma uppdraget, utifrån sina uppdrag och ansvar. Utredningen föreslår därför att huvudkontoren samlokaliseras i Stockholm. Generellt anser utredningen att myndigheterna ska samlokalisera sina verksamheter när de finns på samma ort.

Utredningen bedömer att den offentliga servicen inte kommer att påverkas.

---

<sup>18</sup> Underlag från myndigheten mars 2012.

<sup>19</sup> *Översyn av statlig regional förvaltning m.m.* (dir. 2009:62, tilläggsdir. 2010:12, 2010:72). Slutbetänkandet redovisas i december 2012.

## 8.5 Konsekvenser för övriga aktörer

### 8.5.1 Konsekvenser för medborgarna

Den främsta utgångspunkten för våra förslag är att underlätta mötet mellan medborgarna och den vård och omsorg dessa möter. Medborgarna får bättre vård och omsorg när kunskaper tillvaratas bättre, förhållningssättet vid inspektion är nytt, när tider för tillstånd är kortare, servicen bättre, när resultatinsikter ökar, som ger effektivare insatser, vilket i sin tur möjliggör nya satsningar. Den webbportal som infrastrukturmyndigheten ansvarar för att bygga upp och utveckla, utgör kärnan när det gäller att kommunicera med och ge medborgare och verksamheter vägledning, information och kunskapsstöd.

### 8.5.2 Konsekvenser för yrkesgrupper inom vård- och omsorgssektorn

Utredningens bedömning är att med ett samlat kunskapsstöd i vården och omsorgen kan vardagen för de som arbetar i sektorn underlättas betydligt. Det blir lättare att göra rätt.

Samtidigt får de specialister, experter och viktiga kompetenser som finns i vården och omsorgen mer tid över för verksamheterna, när statens arbete med kunskapsunderlag och rekommendationer samordnas.

För anställda i administrativa funktioner i kommuner och landsting, underlättas vardagen bl.a. genom att de initiativ som regeringen och SKL kommer överens om, förväntas bli färre, mindre detaljerade och mer anpassade för långsiktig utveckling.

Med vårt förslag får Inspektionen för hälsa, vård och omsorg ett tydligare fokus på arbetet med tillstånd och yrkeslegitimationer. Vi menar att förståelsen för tydlighet och snabbhet i denna process kommer att förbättra för de olika professionerna i sektorn.

I dag är många inom vården och omsorgen kritiska till att universitetens och högskolornas utbud av utbildning och kurser, inte på ett bättre sätt hör samman sektorns efterfrågan och utbildningsbehov. Samtidigt ingår praktik i de olika vård- och omsorgsutbildningarna och universitet och högskolor är självständiga i sitt kursutbud. En slutsats är att sektorns utbildningsbehov och lärosätenas utbud i dag matchar varandra för dåligt och att det bl.a. beror på bristen på kommunikation. Både den

välfärdsstrategiska myndighetens uppdrag, såväl som Kunskapsmyndighetens roll gentemot forskarsamhället, bör kunna bidra till att efterfrågan och behov på ett bättre sätt matchar varandra i framtiden.

### **8.5.3 Konsekvenser för offentliga och privata vård- och omsorgsgivare, inkl. små företag**

#### *Generellt*

Utifrån ett helhetsperspektiv blir staten tydligare i sitt uppdrag mot sektorn, oavsett offentlig eller privat omsorgsgivare.

Förslagen förtydligar uppdraget såväl mellan myndigheterna som inom dessa, vilket underlättar för företagen, främst de mindre, i deras kontakter med myndigheterna. Det kan t.ex. gälla en tydligare tillsyn, som att tillståndsbedömningen kommer bygga på större förståelse för företagets och företagandets villkor. Det skulle vidare underlätta den rapportering som alla företag måste göra, vilket framför allt ger positiva effekter för små företag.

Fattade beslut från nuvarande myndigheter gäller fortsatt. Det gäller t.ex. godkännanden, tillstånd och legitimationer. Texter i trycksaker, på skyltar som hänvisar till nuvarande myndigheter, t.ex. ”apotek med tillstånd av Läkemedelsverket”, gäller och byts ut successivt.

#### *Offentliga vård- och omsorgsgivare*

Uppföljningen av kommuners och landstings anmälningsplikt för sin egenregiverksamhet stärks. Men också kommuners och landstings ansvar i sin roll som beställare av vård och omsorg.

#### *Privata vård- och omsorgsgivare*

Förslaget betonar och utvecklar förståelsen för de privata vårdgivarnas behov av tydlighet och snabbhet i handläggningen av tillstånd.

Förslaget att finansiera kunskapsstödet för läkemedel när denna uppgift läggs i Kunskapsmyndigheten med anslag på statsbudgeten, innebär att avgifterna som tas ut av industrin i dag, sänks med med

70 miljoner kronor. Hur stor andel av denna som berör små företag, har utredningen inte haft möjlighet att analysera.

### *Små företag*

Vår bedömning är att förslaget underlättar för framför allt de mindre företagen. Små företag har inte möjlighet som större att ha egen kunskap och egna resurser för att ha kontakt med myndigheter.

Antalet anställda hos fristående producenter av vård och omsorg uppgick 2009 till cirka hundraåtta tusen personer, fördelade på knappt tjugoåtta tusen företag med en omsättning på cirka 95 mdkr. Av dessa företag hade 97,6 procent mellan 0 och 19 anställda, cirka 21 procent av totala antalet anställda och drygt 32 procent av totalanettoomsättningen. Både nettoomsättningen och antalet anställda i branschen har vuxit under senare år. Mellan 2007 och 2009 har branschen vuxit med 22 procent, i termer av antalet anställda och med 24 procent i termer av nettoomsättning<sup>20</sup>.

Utredningens bedömning är att den administrativa bördan för företagen kommer att minska. Statens ansvar blir tydligare, både mellan myndigheterna och mot de företag som är i kontakt med dessa. Främst gäller detta kontakterna med Inspektionen, både vad gäller tillsyns- och tillståndsarbetet. Ju mindre företaget är, desto mer sårbart är det för störningar. På detta stadium är det svårt att med konkreta uträkningar redovisa våra resonemang. I det fortsatta arbetet både i organisationskommittéerna, men främst i arbetet i Inspektionen, bör fortsatt arbete ske med att kvantifiera den minskade administrativa bördan.

Förslaget till ny myndighetsstruktur innebär inte några materiella förändringar i de författningar som styr myndigheternas verksamheter. Den nya myndighetsstrukturen innebär dock att det måste göras följdändringar i de bemyndiganden som ger nuvarande myndigheter normgivningskompetens, dvs. behörighet att besluta föreskrifter, på så sätt att en ny behörig myndighet pekas ut. Utredningens förslag innebär inte att det behöver göras några förändringar i bemyndigandenas innehåll och omfattning som skulle kunna innebära nya myndighetsföreskrifter som medför kostnadsmässiga eller andra konsekvenser för företagen enligt vad

---

<sup>20</sup> Statistiska centralbyrån, *Företagens ekonomi*. Uppgifterna avser år 2007–2009.

som anges i förordningen (2007:1244) om konsekvensutredning vid regelgivning.

#### **8.5.4 Konsekvenser för övriga leverantörer av varor och tjänster inom vård- och omsorgssektorn**

Utredningens bedömning är att förslagen berör alla företag lika oavsett bransch. Det innebär att t.ex. läkemedelsindustrin och apoteken på samma sätt som vård- och omsorgsföretagen i sina kontakter med främst myndigheterna, kommer att möta myndigheter med större bredd, kompetens och resurser för att t.ex. arbeta med ansökningar om tillstånd och med tillsyn.

#### **8.5.5 Konsekvenser för kommuner och landsting**

Förslagen förtydligar statens stöd och styrning och skapar tydliga ingångar till staten från huvudmännens sida, både ur ett politiskt, verksamhetsmässigt och administrativt perspektiv. För huvudmännens del bidrar förslagen till att skapa större långsiktighet och förutsägbarhet. Samordning, planering i tid av insatser, resultatfokus, tillförlitliga underlag vid politiska prioriteringar och satsningar kommer att innebära stora skillnader för huvudmännen liksom förutsättningarna att få saker gjorda från början genom de råd som byggs med kontinuerliga kontakter med huvudmännen.

Förslaget samordnar den statliga kunskapsstyrningen, samtidigt som en modell för ett mer långsiktigt arbetssätt för nationella utvecklingsinitiativ byggs upp. Därmed sker en avsevärd fokusering i den statliga styrningen och i den mängd signaler som kommuner och landsting möter.

Den enda direkta beröringspunkten i utredningens förslag avseende konsekvenser för den kommunala självstyrelsen berör förslaget att avskaffa lagstiftningskravet att det i varje landsting ska finnas en eller flera läkemedelskommittéer. Förslaget ökar självstyrelsen för landstingen och innebär en decentralisering av beslutsmakten från den statliga till den regionala nivån. Avskaffandet får inga finansiella konsekvenser, eftersom landstingen inte fick medel i samband med införandet av lagkravet.

### 8.5.6 Konsekvenser för övriga myndigheter

En rad andra myndigheter och organisationer, inom och utom Socialdepartementets område, kommer att ha beröringspunkter med de nya myndigheterna, vilket sker redan i dag. Arbetsmiljöverket, Livsmedelsverket, FAS, m.fl. Det är vår bedömning att det tydliga uppdrag som de fyra nya myndigheterna får, både tillsammans och enskilt, kommer att underlätta samarbeten och kontakter dessa myndigheter emellan. Ambitionen är att de myndigheter utanför Socialdepartementets område som har kontakter med vården och omsorgen också ska förmedla sin information via IT-myndigheten, i de delar det berör denna verksamhet.

## 8.6 Övriga konsekvenser

### 8.6.1 Internationellt arbete

De internationella kontakter och samarbeten som Sverige har berörs inte direkt av förslagen. Tvärtom underlättas möjligheterna till europeiskt och internationellt samarbete med den tydligare struktur utredningen föreslår. Det innebär att vården och omsorgen i än högre utsträckning kommer kunna använda internationella erfarenheter och kunskaper. De utpekade kontaktpunkter och samarbeten som nuvarande myndigheter har, fortsätter i den nya strukturen inom ramen för de nya myndigheterna.

### 8.6.2 Samhällsekonomiska konsekvenser

De förslag utredningen lägger är med stor sannolikhet samhällsekonomiskt lönsamma. Utöver de mer konkreta beräkningarna på myndigheternas framtida storlek och de besparingar som sker på sikt, är det i praktiken dock inte möjligt att göra kvantitativa beräkningar av utredningens förslag ur ett samhällsekonomiskt perspektiv.

Utredningens förslag är, utifrån ett medborgar- och verksamhetsperspektiv, inriktade på att förtydliga det statliga åtagandet i vård- och omsorgssektorn. Statens stöd och styrning ska bidra till att göra skillnad i mötet mellan vården och omsorgen och medborgaren i hennes egenskap som patient och/eller brukare. Om utredningens förslag bidrar till en sådan utveckling, finns stora samhälls-

ekonomiska vinster att vänta i termer av mer kostnadseffektiva vård- och omsorgsprocesser. I vårt förslag ligger att en extern part, t.ex. Statskontoret ska utvärdera reformen. Inom ramen för denna utvärdering bör det ingå att göra en mer ingående samhällsekonomisk analys.

### 8.6.3 Författningsmässiga konsekvenser

Förslaget innebär att de nuvarande berörda myndigheternas instruktioner upphör att gälla vid utgången av 2013 och ersätts av fyra nya myndighetsinstruktioner för Kunskapsmyndigheten för hälsa, vård och omsorg, Inspektionen för hälsa, vård och omsorg, Infrastrukturmyndigheten för hälsa, vård och omsorg och Myndigheten för välfärdsstrategi. Den nya myndighetsstrukturen medför att en mängd följdändringar måste göras i de nuvarande författningar som reglerar myndigheternas verksamheter. En av utredningens utgångspunkter är att instruktionerna bör återspegla att de nya myndigheterna måste utveckla både egna och gemensamma arbetssätt. Utredningens förslag innebär dock inte några direkta materiella förändringar av myndigheternas verksamheter.

För att få en närmare uppfattning om vilka författningsmässiga konsekvenser den nya myndighetsstrukturen kommer att få har utredningen gått igenom flertalet lagar och förordningar som reglerar de nuvarande myndigheternas verksamheter, se bilaga 6. Genomgången visar att omfattande följdändringar av enklare karaktär måste göras i de regleringar som styr de nuvarande myndigheternas verksamheter på så sätt att endast ett myndighetsnamn behöver bytas ut.

I de fall en författning innehåller särskilda normgivningsbemyndiganden bör den myndighet få meddela de föreskrifter som anknyter till myndighetens verksamhetsområde. Utredningens utgångspunkt är att föreskriftsrätten i huvudsak följer av de målgrupper som föreskrifterna riktar sig mot. Detta innebär att Kunskapsmyndigheten får meddela de föreskrifter som riktar sig mot vården och omsorgens verksamheter, omfattar smittskydd m.m., medan Inspektionen får meddela föreskrifter som riktar sig mot bransch, industri och marknadsaktörer. Som exempel kan nämnas att Kunskapsmyndigheten för vård och omsorg med stöd av 8 kap. 1 § socialtjänstförordningen (2001:937) bör få meddela sådana föreskrifter inom socialtjänsten som behövs till skydd för



enskildas liv, personliga säkerhet eller hälsa i verksamhet som avser bl.a. barn och unga, äldre personer och personer med funktionsnedsättning. Däremot bör Inspektionen för vård och omsorg bemyndigas att besluta föreskrifter med stöd av 3 kap. 20 § läkemedelsförordningen (2006:727) i exempelvis frågor om erkännande av ett godkännande eller en registrering som meddelats i annan stat i Europeiska samarbetsområdet.

Om en författning pekar ut en myndighet som personuppgiftsansvarig för ett särskilt register är det den myndighet som behövt använda registret till stöd för den egna verksamheten som bör bli ansvarig. Detta innebär exempelvis att personuppgiftsansvaret tillfaller Kunskapsmyndigheten för vård och omsorg för hälso-databaser som innehåller personuppgifter om patienter, donationsregistret och dödsorsaksregistret medan Inspektionen för vård och omsorg ansvarar för verksamhetsregister som förs över dem som bedriver tillstånds- eller anmälningspliktiga verksamheter m.m., och som främst används för tillsyn, forskning och statistik.

Andra ändringar som eventuellt måste göras kräver däremot mer omfattande analyser än vad som har varit möjligt att göra inom ramen för utredningens uppdrag. Utredningen vill i sammanhanget uppmärksamma att Myndigheten för välfärdsstrategi föreslås kunna hantera och analysera register för att kunna fullgöra sina uppgifter. Detta innebär inte att myndigheten föreslås vara statistikansvarig myndighet för den officiella statistiken inom hälso- och sjukvårdsområdet och socialtjänstområdet utan endast att myndigheten behöver få tillgång till relevanta uppgifter hos olika myndigheter. Det bör dock analyseras vidare i vilken omfattning och på vilken nivå myndigheten är i behov av sådan information samt de rättsliga förutsättningarna för detta. Det kommer även att behöva göras en mängd ytterligare överväganden bl.a. vad gäller register- och sekretessfrågor.

#### **8.6.4 Konsekvenser för jämlikhet – jämställdheten mellan kvinnor och män och för möjligheten att uppnå de integrationspolitiska målen**

Ett av direktivets utgångspunkter, jämlik vård och omsorg, har varit vägledande för våra förslag. Flera av förslagen avses bidra till en vård och omsorg som ska minska omotiverade skillnader i behandling och bemötande som beror på könstillhörighet eller etnicitet och därmed

förbättra såväl jämställdheten mellan kvinnor och män, likväl som möjligheten att uppnå de integrationspolitiska målen.

Vårt förslag om ett sammanhållet statligt kunskapsstöd för vården och omsorgen ökar säkerheten för de kvinnor och män, flickor och pojkar som är patienter och brukare och förbättrar förutsättningarna för att bästa möjliga kunskap används i alla delar av vården och omsorgen. Ytterst bidrar detta till att medborgarna får en mer likvärdig vård och omsorg i landet, oberoende av övriga förutsättningar så som kön, klass, etnicitet, funktionshinder, kommunikationsmöjligheter etc.

I vårt förslag delar de nya myndigheterna det gemensamma uppdraget att integrera det sjukdomsförebyggande och hälsofrämjande perspektivet och funktionshindersperspektivet i vården och omsorgen. Om vården och omsorgen bättre kan bidra till människors hälsa i framtiden, ökar utrymmet och möjligheterna för ett aktivt liv och deltagande i samhällslivet för alla, oavsett kön, bakgrund eller övriga förutsättningar. När ett sådant arbete kombineras med bl.a. fortsatt insamling av könsuppdelad statistik, kan det ge viktiga underlag till kunskap om könsskillnader i vården och omsorgen. Likaså kan en utvecklad kvalitetsgranskning stärka förutsättningarna för en jämställd behandling och bemötande av kvinnor och män. En kontinuerlig analys och utveckling av hälso- och sjukvården och omsorgen ur ett jämställdhetsperspektiv är nödvändigt och bör integreras i myndigheternas arbete.

### 8.6.5 Konsekvenser för personlig integritet

En ny myndighetsstruktur med väsentligt färre myndigheter än tidigare medför bl.a. att register som tidigare funnits utspridda bland ett flertal aktörer nu kommer att hanteras endast av ett fåtal myndigheter. En sådan koncentration av personuppgiftsansvaret föranleder en analys av eventuella konsekvenser för de registrerades personliga integritet. Att låta ett par myndigheter ha tillgång till en sådan stor mängd känsliga personuppgifter om en stor del av befolkningen, som det kan vara fråga om i detta fall, kräver noggranna överväganden.

Å ena sidan kan därför hävdas att det hos en eller ett fåtal myndigheter skapas nya möjligheter att med tillgång till nya register kartlägga befolkningen på ett sätt som inte tidigare var möjligt, eller åtminstone inte praktiskt genomförbart. Det är

däremot vare sig utredningens avsikt eller uppdrag att föreslå sådana förändringar. Det ska därför framhållas att förslaget till ny myndighetsstruktur inte innebär att befintliga register och andra uppgiftssamlingar ska få användas på sätt eller för ändamål som inte redan i dag är tillåtet. Inte heller föreslås att register ska slås samman eller på annat sätt hanteras i samma databas. Vidare kan framhållas att de flesta register som i dag innehåller känsliga personuppgifter hos statliga myndigheter finns på Socialstyrelsen. Det är därmed redan i dagsläget fråga om en relativt koncentrerad registerhantering. Utredningen föreslår inte heller att antalet register ska utökas eller att register som i dag förs av aktörer utanför de statliga myndigheterna ska flyttas in till den statliga sektorn.

Utredningen ser i stället en ny myndighetsstruktur som ett sätt att öka skyddet för den personliga integriteten. Att koncentrera både hantering och rättsligt ansvar för registren kan ha en integritetsskyddande verkan då samlad kunskap och erfarenhet ger förutsättningar för en mer enhetlig, effektiv, rättssäker och integritetsskyddande hantering än tidigare. Inte minst för medborgarna blir det tydligare och enklare att vända sig till en eller ett par personuppgiftsansvariga för att få information om olika register eller tillvarata sin rätt att begära registerutdrag enligt 26 personuppgiftslagen. Även möjligheterna att brett och kontinuerligt utveckla viktiga tekniska och organisatoriska säkerhetsåtgärder för att skydda den personliga integriteten ökar. Det kan exempelvis vara åtgärder rörande skalskydd, behörighetsstyrning, åtkomstkontroll och rutiner vid utlämnande av uppgifter.

#### **8.6.6 Konsekvenser för brottsligheten eller det brottsförebyggande arbetet**

Utredningens förslag bedöms inte ha några konsekvenser för brottsligheten eller det brottsförebyggande arbetet.

## 9 Författningskommentar

### Förslaget till lag (000) om upphävande av lagen (1996:1157) om läkemedelskommittéer

Enligt lagen (1996:1157) om läkemedelskommittéer måste landstingen organisera kunskapsstöd om läkemedelsanvändningen inom landstinget i särskilda läkemedelskommittéer. Lagen bör upphävas för att möjliggöra för landstingen att integrera arbetet med läkemedelsrekommendationer med annat kunskapsstöd inom vården och omsorgen.

# Kommittédirektiv



## Översyn av de statliga verksamheterna inom vård- och omsorgssystemet

Dir.  
2011:4

---

Beslut vid regeringssammanträde den 27 januari 2011

### Sammanfattning

En särskild utredare ska se över hur staten, genom sina myndigheter, ska verka för ett effektivt och långsiktigt hållbart vård- och omsorgssystem, med fokus på hälsofrämjande och förebyggande insatser i syfte att främja hälsa och minska ohälsa och framtida vårdbehov samt för att åstadkomma en jämlik vård och omsorg i hela landet.

Utredaren ska

- kartlägga statens del i vård- och omsorgssystemet genom en beskrivning av rådande myndighetsstruktur, och bedöma om den är ändamålsenlig och effektiv,
- se över ansvarsfördelningen mellan myndigheterna inom området och vid behov lämna förslag som tydliggör ansvarsfördelningen och undanröjer eventuella överlappningar,
- särskilt analysera Socialstyrelsens roll och funktionalitet i vård- och omsorgssystemet,
- se över den kunskapsstyrning, forskningsfinansiering och kunskapsgenerering som myndigheterna bedriver och vid behov lämna förslag som samordnar myndigheternas arbete inom området,
- klargöra det statliga ansvaret för att säkerställa efterlevnaden av regelverk och riktlinjer på området,
- lämna förslag på hur regeringens styrning av berörda myndigheter och verksamheter kan utformas,

- lämna förslag på hur myndighetsstrukturen kan effektiviseras,
- redogöra för hur föreslagna förändringar kan genomföras och
- redovisa de ekonomiska konsekvenserna av förslagen.

Uppdraget ska slutredovisas senast den 15 april 2012.

## Bakgrund

### *En rättssäker och effektiv förvaltning*

Det övergripande målet för förvaltningspolitiken lyder: En innovativ och samverkande statsförvaltning som är rättssäker och effektiv, har väl utvecklad kvalitet, service och tillgänglighet och som därigenom bidrar till Sveriges utveckling och ett effektivt EU-arbete.<sup>1</sup>

Förvaltningspolitiken syftar till en rättssäker och effektiv förvaltning. Det är viktigt att offentlig verksamhet är öppen och tillgänglig samt att den bedrivs sakligt, opartiskt och med stor noggrannhet samtidigt som skattebetalarnas pengar används så effektivt som möjligt. Kravet på effektivitet innebär att statsförvaltningen utnyttjar skattemedel ändamålsenligt och att den inte använder mer resurser än vad som krävs för att uppnå avsedda resultat med tillräckligt god kvalitet. Varje myndighet har att sträva efter en hög effektivitet men bör samtidigt beakta statens samlade effektivitet.

Enligt den förvaltningspolitiska propositionen ska statsförvaltningens organisering vara sådan att det klart och tydligt framgår vem som är ansvarig för vad. Samverkan mellan myndigheter behöver utvecklas, dels av effektivitetsskäl, dels för att medborgare och andra intressenter förväntar sig att staten uppträder samordnat. I propositionen gör regeringen också bedömningen att en myndighet inte ska bedriva opinionsbildning eller företräda särintressen inom sitt verksamhetsområde.

---

<sup>1</sup> Propositionen Offentlig förvaltning för demokrati, delaktighet och tillväxt (2009/10:175, bet. 2009/10:FiU38, rskr. 2009/10:315).

*En innovativ förvaltning i medborgarnas tjänst*

Förvaltningen måste vara flexibel och föränderlig bl.a. för att kunna möta förändringarna i vår omvärld och nya krav från medborgarna.

Efterfrågan på ny kunskap och snabbare respons på nya rön och riktlinjer genom ändrad praxis är stor inom verksamheterna i vård- och omsorgssystemet. Medborgarna har i dag också bättre möjligheter att informera sig på olika områden, har fler valmöjligheter och ställer högre krav på förvaltningens flexibilitet och lyhörddhet. Den demografiska utvecklingen, med fler äldre i befolkningen och allt färre i arbetsför ålder, tillsammans med en större efterfrågan på välfärdsstatens tjänster, innebär att produktiviteten i verksamheterna ständigt måste öka. Samtidigt krävs en större öppenhet för innovationer, pilotarbeten och experiment med kontinuerlig uppföljning och feedback jämfört med tidigare. Viktiga steg har också tagits för att i ökad omfattning samla in data, bearbeta dessa och snabbare kunna justera verksamheter utifrån nya rön och riktlinjer.

*Informationsutvecklingen skapar nya möjligheter*

Reformer och satsningar för bl.a. högre kvalitet, valfrihet och större fokus på evidensbaserad praktik har under senare år genomförts inom flera olika delar av vård- och omsorgssystemet. Några exempel på detta utarbetandet och användandet av riktlinjer inom hälso- och sjukvården, satsningarna på redovisning av öppna jämförelser inom vård- och omsorgen samt förstärkningen av tillsynen inom socialtjänstområdet. Ytterst syftar reformerna till att bättre tillgodose behov och önskemål hos medborgarna. Medborgarna – oavsett kön, ålder, härkomst eller funktionsnedsättning – möter välfärdens institutioner längs med hela resan genom livet. Servicen till medborgarna ska ges utifrån en samlad bild av den enskildes behov, oberoende av faktorer som organisation, huvudmannaskap eller finansieringsform. Medborgarna ställer samma krav på vård- och omsorgssektorn som på andra serviceinrättningar i samhället, vilket innebär krav på insyn, delaktighet och självbestämmande. Dessa krav har i dag bättre förutsättningar att tillgodoses än tidigare, genom utvecklingen av informationshanteringen och genom möjligheterna att bättre ta till vara den information som samlas in och lagras. Regeringens strategi för Nationell eHälsa för tillgänglig och säker information inom vård och omsorg ska leda

till konkreta förbättringar för individen, välfungerande elektroniska beslutsstöd och underlag för vård- och omsorgspersonal, samt verktyg för styrning och uppföljning för beslutsfattare på olika nivåer. Arbetet syftar också till att öka den enskildes delaktighet i utformandet och genomförandet av de insatser som ges genom effektiva och koordinerade insatser inom hela vård- och omsorgssektorn. På sikt möjliggör detta också nya, effektivare arbetsätt inom verksamheterna, arbetssätt som kan komma att innebära nya möjligheter också för organiseringen av verksamheten.

#### *Vård- och omsorgssystemet som kunskapssystem*

Begreppet kunskap och kunskapsstyrning är en viktig hörnsten för hela vård- och omsorgssystemet.<sup>2</sup> Flertalet av myndigheterna arbetar med kunskap, kunskapsproduktion och kunskapsbearbetning i någon bemärkelse, och många har också en funktion gentemot huvudmännen kommuner och landsting i att ge ledning och stöd genom kunskapsförmedling. De myndigheter som har en direkt roll i kunskapsförmedling eller styrning inom vård- och omsorgssystemet är Socialstyrelsen, Statens folkhälsoinstitut, Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket, Statens beredning för medicinsk utvärdering, Läkemedelsverket och Smittskyddsinstitutet. Det finns även andra myndigheter som bidrar i kunskapsförmedlingen inom området, såsom Myndigheten för handikappolitisk samordning (Handisam), Barnombudsmannen samt Forskningsrådet för arbetsliv och socialvetenskap (FAS).<sup>3</sup> Försäkringskassan har en roll som kunskapsförmedlare i arbetet med uppföljning och efterkontroll samt löpande observation av tandvårdsreformens genomförande. Begreppet kunskapsstyrning ingår också i den nationella strategin för god vård.<sup>4</sup> Kunskapsstyrningen i strategin för god vård syftar till att i ökad utsträckning åstadkomma en hälso- och sjukvård där de metoder används som gör störst nytta inom olika verksamheter, s.k. evidensbaserad praktik.

---

<sup>2</sup> Se t.ex. prop. 2010/11:1, vol. 6 s. 28 f.

<sup>3</sup> Institutet för uppföljning och utvärdering inom hälso- och sjukvård och socialtjänst Förslag till uppdrag och plattform Ds 2010:3 s. 36f.

<sup>4</sup> Socialstyrelsen 2006. God vård – om ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården. Se även Mot en effektivare kunskapsstyrning – kartläggning och analys av nationellt och regionalt stöd för en evidensbaserad praktik i hälso- och sjukvården. Socialstyrelsen/Sveriges Kommuner och Landsting 2009.



Inom socialtjänstområdet har regeringens arbete inriktats på att stödja huvudmännen i att skapa bättre förutsättningar för en socialtjänst baserad på kunskap med utgångspunkt i den enskildes behov. Uppföljning och öppna jämförelser av resultat, kvalitet och effektivitet är en förutsättning för ett systematiskt förbättringsarbete. För att kunskap från uppföljning, öppna jämförelser och forskning ska omvandlas till praktisk handling och en bättre socialtjänst för den enskilde måste den spridas, tolkas och praktiseras i ett lokalt sammanhang. Mot denna bakgrund har regeringen och Sveriges Kommuner och Landsting kommit överens om en plattform för arbetet med att utveckla en evidensbaserad praktik i socialtjänsten. Denna innebär bl.a. att regeringen initialt stödjer kommunernas arbete för att skapa egna nätverk som ska främja utveckling av kvalitet och effektivitet i socialtjänsten.

### *En myndighetsstruktur i förändring*

Regeringens styrning inom vård- och omsorgssystemet sker i stora delar indirekt, eftersom kommuner och landsting är huvudmän för många uppgifter som riksdag och regering beslutar om. Regeringens styrning handlar till stor del om att skapa förutsättningar för kommuner och landsting att erbjuda verksamheter av god kvalitet. Till sin hjälp har regeringen de statliga myndigheterna.

Socialstyrelsen har en central roll i vård- och omsorgssystemet, både i kraft av sin storlek och genom bredden på uppdraget. Många av de organisations- och strukturförändringar som skett inom vård- och omsorgssystemet har också på ett eller annat sätt fått konsekvenser för Socialstyrelsen, dess roll och uppdrag. Någon samlad analys av Socialstyrelsens ansvar och funktion i vård- och omsorgssystemet i relation till övriga myndigheter har emellertid inte genomförts.

Regeringens tillsynsreform på det sociala området trädde i kraft den 1 januari 2010. Reformen innebar att länsstyrelsernas tillsyns- och tillståndsverksamhet enligt socialtjänstlagen (2001:453) och lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade fördes över till Socialstyrelsen och samordnades med Socialstyrelsens tillsyn av hälso- och sjukvården. Även tillsynen av verksamheten vid Statens institutionsstyrelse fördes över till Socialstyrelsen. Regeringen följer utvecklingsarbetet med den nya tillsynen noga.

Även medborgaren är i behov av ökad kunskap i dag, bl.a. som en följd av att valmöjligheterna ökat. I syfte att bl.a. öka patientens och medborgarnas/brukarnas kunskaper om hälso- och sjukvården och socialtjänsten, bildades en ny myndighet den 1 januari 2011, Myndigheten för vårdanalys. Myndighetens huvudsakliga uppgift är att följa upp, utvärdera och effektivitetsgranska hälso- och sjukvård och socialtjänst. En av målsättningarna med myndigheten är att stärka patienternas och medborgarnas ställning och inflytande över hälso- och sjukvården. Det innebär bl.a. att myndighetens arbete ska bedrivas ur ett konsument- och medborgarperspektiv.

## Behovet av en utredning

### *Ökat fokus på hälsofrämjande och förebyggande insatser*

En närmare koppling mellan det folkhälsopolitiska arbetet och vård- och omsorgssystemet är nödvändig. Den demografiska utvecklingen innebär att vård- och omsorgssystemet bör inriktas mer mot insatser som kan främja hälsa och förebygga framtida ohälsa, särskilt hos barn, ungdomar och äldre. Levnadsmönster och vanor som grundläggs i tidig ålder följer ofta med och påverkar resten av livet. Säkerställandet av en trygg uppväxt för barn och unga har därmed stor betydelse för att främja hälsa och förebygga ohälsa på längre sikt. Genom insatser för att främja hälsa och förebygga sjukdom kan man skjuta upp funktionsnedsättning och beroende och därigenom öka välbefinnandet och livskvaliteten hos äldre, samtidigt som kostnaderna för vård och omsorg kan minska. Även inom socialtjänstområdet är preventiva insatser av stor betydelse, och kommunerna har här ett särskilt uppdrag att exempelvis förebygga missbruk.

### *Fördelar med helhetsgrepp*

Fokus för de senaste årens reformer inom statsförvaltningen har bl.a. legat på att klargöra statens roll och uppgifter, att sätta medborgare och företag i centrum samt att förbättra styrningen genom tydligare rollfördelning och bättre dialog mellan regeringen och myndigheterna.<sup>5</sup> Regeringens styrning av myndigheterna inom

---

<sup>5</sup> Propositionen Offentlig förvaltning för demokrati, delaktighet och tillväxt (2009/10:175 s. 25).

vård- och omsorgssystemet är inget undantag. Under de senaste två åren har bl.a. instruktionerna för flertalet av dessa myndigheter setts över, parallellt med att dialogen och kontakterna mellan departementet och myndigheterna har utökats. De reformer och initiativ till utvecklingsarbeten som genomförts under senare år har också syftat till att anpassa förvaltningen och verksamheterna för att bättre kunna möta kontinuerliga förändringar i omvärlden.<sup>6</sup>

Regeringens höjda ambitionsnivå i fråga om att leda och driva utveckling genom evidens, kunskapsutveckling, kvalitetsregister, utvärdering, överenskommelser och samordning syftar till att öka ändamålsenligheten, kvaliteten och effektiviteten i vård- och omsorgssystemets del av statsförvaltningen. Hittills har dock förändringarna skett stegvis och inom olika delar av specifika områden. Det har inte gjorts någon samlad analys av ansvarsfördelningen mellan myndigheterna, av deras respektive funktioner i systemet eller av vilken struktur som krävs för en effektiv förvaltning inom detta område. Detta innebär att den samlade nyttan av förändringarna riskerar att förminska av hinder på systemnivå. Med en genomgripande översyn och anpassning av myndigheternas uppdrag kan politiken få bättre genomslag.

Även Förvaltningskommittén konstaterar att förändringarna av statsförvaltningen ofta skett inom ramen för olika mer eller mindre avgränsade områden. Kommittén efterlyser bredare, mer systematiska och omfattande analyser av myndigheterna och deras uppgifter, exempelvis genom att hela myndighetsstrukturen under ett departement belyses. Detta ger ett bättre underlag för en samlad prioritering av insatserna.<sup>7</sup> Även Styretredningen tar upp regeringens sektoriserade eller ”stuprörsmässiga” styrning som ett problem, eftersom ett alltför ensidigt fokus på enskilda myndigheter utan koppling till hela processer eller större sammanhang minskar möjligheterna till effektiv samordning mellan myndigheter. Utredningen anför att risken med analyser som koncentreras till alltför avgränsade problem är att regeringen går miste om potentialen i att ta itu med problem som är gemensamma för flera myndigheter eller sektorer.<sup>8</sup>

---

<sup>6</sup> Se t.ex. Myndigheterna inom smittskyddsområdet (prop. 2009/10:123).

<sup>7</sup> Styra och ställa – förslag till en effektivare statsförvaltning (SOU 2008:118, s. 145).

<sup>8</sup> Att styra staten – regeringens styrning av sin förvaltning (SOU 2007:75), refererar även Statskontoret 2006:3, 2005:3.

*Behov av en tydligare ansvarsfördelning och en mer samordnad kunskapsstyrning*

Strategin för god vård är en av de åtgärder som vidtagits för att samordna den statliga kunskapsstyrningen inom hälso- och sjukvården. Rapporter visar dock att det fortfarande finns brister som kan orsaka merarbete för huvudmännen, när de ska praktisera vägledning, riktlinjer, beslut, kunskapsstöd och liknande former av statlig styrning. Socialstyrelsen pekar t.ex. på att samverkan mellan myndigheterna fortsatt kan utvecklas för att öka kunskapsstyrningen, men att det är osäkert hur långt man kan nå med befintliga uppdrag och strukturer. Socialstyrelsen menar att myndigheternas roller bör förtydligas för att resurserna ska kunna användas mer effektivt i kunskapsstyrningen.<sup>9</sup>

Det finns ett behov av att se över den statliga ansvarsfördelningen och samordningen av kunskapsstyrningen när det gäller såväl hälso- och sjukvården, socialtjänsten som smittskydd- och folkhälsoområdet. Myndigheterna bör utveckla formerna för samverkan när det gäller framtagning av kunskapsunderlag och rekommendationer, kommunikation och spridning av resultaten och systematisk uppföljning och utvärdering av effekterna av kunskapsstyrningen.<sup>10</sup> Även om regeringen och dess myndigheter har ett ansvar för att kunskapsunderlag och rekommendationer är tillgängliga för vården, vilar ansvaret för att följa rekommendationerna på landsting och kommuner.

*Gränsytorna mot kommuner och landsting*

Den kunskapsstyrning som myndigheterna inom vård- och omsorgssystemet bedriver i form av exempelvis riktlinjearbete, ska praktiseras i de kommunala och landstingskommunala verksamheterna. Även om genomförandeansvaret vilar på huvudmännen, tar myndigheterna ibland initiativ till eller får i uppdrag av regeringen att driva aktiviteter och satsningar på regional och lokal nivå för att bidra till att genomförandet sker. På detta sätt blir rollfördelningen mellan staten och huvudmännen otydlig, samtidigt som förutsätt-

---

<sup>9</sup> Socialstyrelsens förstudie till strategi om ökad kunskapsstyrning av hälso- och sjukvården (dnr S2010/4394/HS) s. 44. Se även Hållbar samhällsorganisation med utvecklingskraft (SOU 2007:100).

<sup>10</sup> Budgetpropositionen för 2011 (prop. 2010/11:1, vol. 6).

ningarna för ansvarsutkrävande försvåras, exempelvis i fall där efterlevnaden av regelverk och riktlinjer brister.

## Uppdraget

### *Utgångspunkter*

En utredare ska se över hur staten, genom sina myndigheter, ska verka för ett effektivt och långsiktigt hållbart vård- och omsorgssystem, med fokus på hälsofrämjande och förebyggande insatser i syfte att främja hälsa och minska ohälsa och framtida vårdbehov samt för att åstadkomma en jämlik vård och omsorg i hela landet.

Utredaren ska i sitt arbete ge förslag på hur ansvarsfördelningen kan tydliggöras och effektiviteten ökas såväl för de enskilda myndigheterna som för staten som helhet. I arbetet ska utredaren särskilt analysera och granska Socialstyrelsens uppdrag, funktion och ändamålsenlighet i vård- och omsorgssystemet. En utgångspunkt för utredarens granskning och förslag är att myndighetens uppgifter ses över.

Utredaren ska i sitt arbete ge förslag som bidrar till förtydligade och förbättrade samverkansytor mellan staten och huvudmännen i arbetet med riktlinjer och regelverk. Huvudmännen har ansvaret för att regelverk och riktlinjer efterlevs inom vård- och omsorgssystemet, men de statliga myndigheterna ska stödja huvudmännen i arbetet. Som ett led i detta bör utredaren klargöra ansvaret för att säkerställa efterlevnaden av regelverk och riktlinjer på området. Sveriges Kommuner och Landsting, SKL, är en viktig aktör i detta sammanhang. En grundläggande utgångspunkt i uppdraget är att rådande ansvarsfördelning mellan staten och huvudmännen ska vara oförändrad.

Utredaren ska föreslå hur regeringen med hjälp av befintliga styrinstrument kan öka flexibiliteten i resursfördelningen mellan myndigheterna inom vård- och omsorgssystemet. Myndigheternas resurser bör snabbare och enklare kunna omorganiseras för att bättre anpassas till snabba förändringar i omvärlden och nya politiska prioriteringar. Utredaren ska överväga vilka personalaspekter som kan aktualiseras av förslagen.

Utredaren ska i sitt arbete beakta erfarenheterna av den reform som genomförts gällande tillsynen inom socialtjänsten.

Utredaren ska i sitt arbete utgå från såväl ett system- som ett medborgarperspektiv. Utredaren bör också i sitt arbete beakta myndigheternas ändamålsenlighet utifrån huvudmännens perspektiv – landsting och kommuner – och gentemot utförarna av verksamheterna, oavsett om verksamheten är privat eller offentligt driven.

#### *Avgränsningar*

Centrala delar av socialförsäkringen är för närvarande föremål för en omfattande genomlysning genom den parlamentariska utredningen Kommittén om hållbara försäkringar vid sjukdom och arbetslöshet (dir. 2010:48). Utredarens översyn berör därmed endast den del av området som har direkt koppling till vård- och omsorgssystemet. Därmed berörs inte den del av Försäkringskassans verksamhet som täcker socialförsäkringsområdet, inte heller de familjepolitiska delarna av myndighetens verksamhet. Av samma skäl berörs inte heller Pensionsmyndigheten och Inspektionen för socialförsäkringen av översynen.

Försäkringskassans verksamhet bör belysas i översynen utifrån myndighetens arbete inom tandvårdsområdet och de beröringspunkter som finns med andra myndigheter inom vård- och omsorgssystemet i samband med detta.

Forskningsrådet för arbetsliv och socialvetenskap kommer att ses över i sin roll som en av tre statliga forskningsfinansiärer i samband med den forsknings- och innovationspolitiska proposition som regeringen avser att överlämna till riksdagen hösten 2012. Utredaren behöver därför inte beakta rådets roll i forskningsrelaterade frågor i sitt arbete.

#### *Uppdraget*

Utredaren ska

1. genom en kartläggning av ansvarsfördelning och funktioner ge en översiktlig bild av den rådande myndighetsstrukturen inom vård- och omsorgssystemet,

2. beskriva de eventuella oklarheter eller problem som finns i fråga om myndigheternas ansvarsfördelning och funktioner i vård- och omsorgssystemet,
3. sammanfatta de centrala organisationsförändringar som skett under den senaste mandatperioden inom området och skälen till att de genomfördes,
4. ge en bild av myndigheterna och kompetensförsörjningen vid dessa och av deras egna utvecklingsarbeten gällande kvalitet och effektivitet som ett led i utvecklingen av sektorns samlade effektivitet och möjligheter till flexibelt resursutnyttjande.
5. Vidare ska utredaren särskilt analysera och granska Socialstyrelsens uppdrag, funktion och ändamålsenlighet i vård- och omsorgssystemet,
6. beskriva myndigheternas effektivitet och ändamålsenlighet utifrån målgruppernas perspektiv: kommuner, landsting, professionella utförare och medborgare,
7. om det behövs lämna förslag som tydliggör ansvarsfördelningen mellan myndigheterna och undanröjer eventuella överlappningar,
8. ge förslag på hur kunskapsstyrningen kan effektiviseras genom samordning,
9. föreslå förtydliganden i ansvaret för att säkerställa efterlevnaden av regelverk och riktlinjer inom vård- och omsorgssystemet,
10. ge förslag på hur myndighetsstrukturen inom vård- och omsorgssystemet som helhet kan utvecklas för ökad tydlighet, effektivitet och ändamålsenlighet,
11. ge förslag på hur regeringens styrning av berörda myndigheter och verksamheter bör utformas samt
12. redogöra för hur förslagen praktiskt kan genomföras.

Utredaren ska redovisa de ekonomiska, verksamhetsmässiga och personella konsekvenserna av sina förslag. I den mån förslagen får konsekvenser som påverkar jämställdheten mellan kvinnor och män ska utredaren beakta och redogöra för dessa.

I sitt arbete ska utredaren särskilt samråda med berörda myndigheter och organisationer inom vård- och omsorgssystemet, och

med Arbetsgivarverket. Utredaren ska i sitt arbete dra nytta av och visa på goda exempel när det gäller organisering, arbetsformer och myndighetsstrukturer inom motsvarande verksamhetsområden i andra länder.

Utredaren ska samråda med den parlamentariska utredningen Hållbara försäkringar vid sjukdom och arbetslöshet (dir 2010:48) samt utredningen Översyn av statlig regional förvaltning m.m. (dir. 2009:62, tilläggsdir. 2010:12, 2010:72). Utredaren bör även beakta aktuella analyser av Statskontoret som berör myndigheterna inom området. Kommuner och landsting ska involveras som en central aktör i arbetet.

### **Redovisning av uppdraget**

Utredaren ska hålla berörda centrala arbetstagarorganisationer informerade om arbetet och ge dem tillfälle att framföra synpunkter.

Utredaren ska senast den 15 oktober 2011 redovisa kartläggningsdelen i uppdraget, vilka beskrivs i punkterna 1–4 ovan.

Utredaren ska lämna en slutrapport till regeringen (Socialdepartementet) senast den 15 april 2012.

(Socialdepartementet)



# Kommittédirektiv



**Tilläggsdirektiv till Utredningen om översyn av de statliga verksamheterna inom vård- och omsorgssystemet (S 2011:01)**      **Dir. 2012:18**

---

Beslut vid regeringssammanträde den 15 mars 2012

## Förlängd tid för uppdraget

Med stöd av regeringens bemyndigande den 27 januari 2011 gav chefen för Socialdepartementet en särskild utredare i uppdrag att se över hur staten genom sina myndigheter ska verka för ett effektivt och långsiktigt hållbart vård- och omsorgssystem, med fokus på hälsofrämjande och förebyggande insatser i syfte att främja hälsa och minska ohälsa och framtida vårdbehov samt för att åstadkomma en jämlik vård och omsorg i hela landet. Enligt utredningens direktiv skulle uppdraget redovisas senast den 15 april 2012. Utredningstiden förlängs. Uppdraget ska i stället redovisas senast den 15 maj 2012.

(Socialdepartementet)

# Verksamheter och resurser 2012

Denna bilaga redovisar på ett översiktligt sätt myndighetsledningarnas bedömningar av sina verksamhetsområden och sin resursanvändning. Verksamheterna är indelade i nedanstående kategorier:

## 1. Kunskapsunderlag/beslutsstöd

Avser olika typer av utåtriktade kunskapsstöd, riktlinjer etc. T.ex. kunskapssammanställningar, beslutsstöd och olika typer av vägledning och rådgivning i anslutning till dessa.

## 2. Reglering

Avser utformning, tolkning och tillämpning av olika typer av utåtriktade regler. T.ex. föreskrifter, tillstånd, godkännanden, behörigheter samt tillämpning och vidareutveckling av sådana.

## 3. Tillsyn

Avser inspektioner med för- och efterarbete, och även underlag och metodik som är direkt knutet till detta. Sammanställningar och analys av olika typer av data räknas också hit, när det har ett direkt syfte att utöva tillsyn.

## 4. Information/kommunikation och databashantering

Avser hantering av utåtriktad information och kommunikation. T.ex. i form av redaktionellt och tekniskt arbete med web-platser, tidningar, nyhetsbrev och liknande. Avser dessutom praktisk/teknisk hantering av utåtriktade databaser, register, system och liknande. (Insatser för att ta fram sakinnehåll beskrivs om möjligt istället under någon av de övriga fem huvudrubrikerna.)

## 5. Översikt

Avser utåtriktade uppföljningar, utvärderingar, översikter och liknande som inte passar under något av de ovan nämnda funktionsområdena. T.ex. kan det avse instruktionsenliga uppdrag, specifika regeringsuppdrag eller egna initiativ för att ta fram utåtriktade sammanställningar, rapporter och liknande.

#### **6. Övriga utåtriktade arbetsområden**

Avser större arbetsområden som är utåtriktat på samma sätt som de ovannämnda områdena, men ändå inte passar in under något av de ovanstående funktionsområdena.

#### **7. Inre arbete**

Avser allt inre arbete, som t.ex. internt utvecklingsarbete, intern kompetensutveckling, ledningsarbete, intern uppföljning, administrativt stöd och liknande.

**Bedömningarna är gjorda i april 2012 och avser helåret 2012.**

## Hjälpmiddelsinstitutet

### Kunskapsunderlag/beslutsstöd

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Drygt 20 projekt med olika teman, t.ex. Alternativ telefoni, Bo bra på äldre dar, Digitala trygghetslarm, Teknik för äldre, Elevbaserat teknikstöd i gymnasieskolan och vuxenutbildningen, Service- och signalhundar, Hjälpmedel i fokus - för personer med psykisk funktionsnedsättning, Kartläggning av IT och andra teknikstöd och tjänster inom äldreomsorgen, Försöksverksamhet med personlig hjälpmedelsbudget, IT-support direkt, IT-frågan.</li> <li>• Inom standardiseringen är HI med i 13 nationella och 10 internationella tekniska kommittéer med under kommittéer och arbetsgrupper.</li> <li>• Upphandling av ledarhundar.</li> <li>• Ca 5 beviljade utvecklingsstöd (ca 30 ansökningar)</li> <li>• Ca 5 beviljade Norrbacka-Eugenia-projekt, totalt ca 500 tkr, ca 10 ansökningar</li> <li>• Ca 1 000 besök i visningsmiljön räknat på årsbasis. Miljön öppnar igen hösten 2012.</li> <li>• Ca 80 kurser/konferenser, totalt ca 3 000 deltagare</li> <li>• 50–100 skrifter och annat informationsmaterial</li> </ul>	<p>Ca 50 egna årsarbetare</p>
<p>Målgrupper: Vård och omsorg över 50 %. I övrigt bl.a. företag, forskare samt flera olika typer av fack- och intresseorganisationer</p>	

**Information/kommunikation och databashantering**

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Generell webbplats med ca 500 000 besök/år</li> <li>• Ca 100 000 produkter/tillbehör i databas HIDA*</li> <li>• Ca 2 000 sålda böcker/informationsmaterial</li> <li>• Bibliotek med ca 2 000 externa lån</li> <li>• Tidskrift Allt om hjälpmedel. TS-upplaga ca 2 000 ex + ca 1 500 gratisex</li> </ul>	Ca 9 egna årsarbetare
Målgrupper: Vård och omsorg över 50 %. I övrigt bl.a. företag, forskare samt flera olika typer av fack- och intresseorganisationer	

**Inre arbete**

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Administration, inkl. ekonomi, HR, IT, lokaler, arkiv etc.</li> <li>• Verksamhetsutveckling och ledning</li> <li>• Internkommunikation</li> </ul>	Ca 16 egna årsarbetare
--	------------------------

\*Det finns ett principbeslut på att överföra driften av HINFO till Nationell E-hälsa.

## Läkemedelsverket

### Kunskapsunderlag/beslutsstöd

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ca 5 nya läkemedelsrekommendationer</li> <li>• Ca 20 nya läkemedelsmonografier</li> <li>• Ca 50 nya artiklar</li> <li>• Läkemedelsboken vartannat år, nästa utgåva 2013</li> <li>• Några 10-tal övriga kartläggningar och rapporter</li> <li>• Ca 500 nya produktresuméer</li> <li>• Ca 500 nya uppgifter i läkemedelsfaktabas på webben</li> <li>• Ca 10 uppdateringar av utbytbarhetslistor</li> <li>• Ca 20 konferenser och 40 mindre stödinsatser (t.ex. föreläsningar), med sammanlagt cirka 4 000 deltagare</li> <li>• Ca 150 stödinsatser <math>\geq 1</math> dag till kommuner och länsstyrelser</li> </ul>	Ca 70 egna årsarbetare
Målgrupper: vård och omsorg > 90 %	

### Reglering

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ca 13 000 läkemedelsgodkännanden (inkl. utökade godkännanden, parallellimport, receptfrihet, säkerhetsuppföljningar m.m.)</li> <li>• Ca 300 kliniska prövningar</li> <li>• Knappt 80 000 licenser</li> <li>• Ca 300 godkännanden av exportintyg för medicintekniska produkter</li> <li>• Ca 1 500 övriga tillstånd (apotek, läkemedelstillverkning, partihandel etc.)</li> <li>• Ca 3 500 narkotikatillstånd, narkotikacertifikat, narkotikakemikalier etc.</li> <li>• Ca 70 indragningar baserade på kvalitetsproblem</li> <li>• Ca 20 nya föreskrifter</li> <li>• Ca 5 EU-anpassningar som ej leder till föreskrifter</li> <li>• Ca 5 handböcker till stöd för rättstillämpning</li> <li>• Ca 250 kontakter med handledning/råd <math>\geq 1</math> dag</li> <li>• Ca 70 fall av regulatorisk rådgivning</li> <li>• Ca 5 000 korta kontakter för handledning/råd</li> <li>• Ca 5 ärenden med EU-direktiv och förordningar</li> </ul>	<p>Ca 300 egna årsarbetare</p>
<p>Målgrupper: Huvudsakligen industrin, vård och omsorg 25–50 %</p>	

## Tillsyn

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ca 400 tillsynsinsatser (fältinspektioner och marknadsföringstillsyn)</li> <li>• Ca 10 farmakovigilansinspektioner</li> <li>• Ca 300 kosmetikaärenden (besöksinspektioner, övrig tillsyn och tillsynsvägledning)</li> <li>• Laboratoriet: Ca 350 marknadskontroller av läkemedelsprodukter</li> <li>• Ca 100 tillsynsinsatser på medicintekniska området</li> <li>• Hantering av drygt 5 000 rapporter om läkemedelsbiverkningar (varav drygt 500 från allmänheten)</li> <li>• Ca 70 rapporter om biverkningar av kosmetika</li> <li>• Ca 300 anmälningar om olaga ärenden</li> <li>• Dessutom tas anmälningar om behov av tillsyn av enskilda verksamheter emot</li> </ul>	Ca 65 egna årsarbetare
Målgrupper: Huvudsakligen industrin, vård och omsorg 25–50 %	



## Information/kommunikation och databashantering

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Generell webbplats med bred målgrupp, ca 3 000 besök/dag</li> <li>• Tidning till forskrivare, 6 ggr/år, upplaga ca 60 000 exemplar</li> <li>• Nyhetsbrev till tillverkare och importörer inom kosmetika, 3 ggr/år</li> <li>• 2 rapporter över tillsyn inom kosmetika</li> <li>• Ca 130 000 telefonrådgivningsärenden läkemedelsupplysningen</li> <li>• Ca 80 000 telefonrådgivningsärenden Giftinformationscentralen</li> <li>• Ca 1 000 telefonsamtal om kosmetika</li> <li>• Ca 3 000 skriftliga rådgivningar från Medicinsk information</li> <li>• Sweweb, biverkningsinformation, ca 30 abonnenter och ca 40 inloggningar/vecka</li> <li>• Ca 5 000 rapporter till biverkningsdatabasen SWEDIS (sjukvården)</li> <li>• Ca 600 rapporter till biverkningsdatabasen KONDIS (konsumenter)</li> <li>• Ca 25 000 substanser i nationellt produktregister för läkemedel</li> <li>• Ca 90 produkter i EV, europeisk databas för signaldetektion</li> <li>• Ca 30 000 ärenden i Common Tracking System CTS, databas för koordinering av ärenden mellan läkemedelsmyndigheterna i EU</li> </ul>	Ca 80 egna årsarbetare
Målgrupper: vård och omsorg > 90 %. Därutöver allmänheten/konsumenter och industrin.	

## Översikt, uppföljning, utvärdering etc. som inte hör till något av ovanstående arbetsområden

<ul style="list-style-type: none"> <li>• 14 regeringsuppdrag</li> <li>• 1 årsrapport för registrerade biverkningar; sjukvård och konsumenter</li> </ul>	Ca 11 egna årsarbetare
Målgrupp: Vård- och omsorgssektorn.	

### Övriga utåtriktade arbetsområden

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Medverkan i ca 100 grupper i europasamarbetet inom läkemedel och medicinteknik</li> </ul>	Ca 16 egna medarbetare
Målgrupper: Något, men mindre än 10 %, riktar sig till industri.	

### Inre arbete

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Lednings- och utvecklingsarbete</li> <li>• Internkommunikation</li> <li>• Administrativt stöd</li> </ul>	Ca 110 egna årsarbetare och 2 inhyrda
---	---------------------------------------

## Myndigheten för handikappolitisk samordning (Handisam)

### Kunskapsunderlag/beslutsstöd

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Riktlinjer för tillgänglighet i staten, upplaga ca 3 000 ex</li> <li>• Handbok för arbetsgivare, upplaga, upplaga ca 30 000 ex</li> <li>• Utbildningar i tillgänglighet för offentligt anställda, totalt ca 500 deltagare</li> <li>• Ca 5 regionala konferenser med totalt ca 1 000 deltagare</li> <li>• Ca 30 andra föreläsningar med totalt ca 1 500 åhörare</li> <li>• Rådgivning till enskilda, ca 2 000 kontakter/år</li> </ul>	Ca 6 egna årsarbetare
Målgrupper: Huvudsakligen utanför vård- och omsorgssektorn, t.ex. myndigheter med sektorsansvar för genomförandet av handikappolitiken inom området fysisk miljö, kultur, IT, arbetsmarknad, skola och transport samt kommuner och landsting, media, ideella organisationer, näringsliv och allmänhet	

**Information/kommunikation och databashantering**

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Generell webbplats med ca 100 000 besök/år</li> <li>• Webbplats Tillgänglighet, ca 10 000 besök/år</li> <li>• Webbplats Hjärnkoll, ca 75 000 besök/år</li> <li>• 300 myndigheter i årliga öppna jämförelser</li> <li>• Stöd till ca 140 tillgänglighetskonsulter (databas)</li> <li>• Stöd till ca 200 talesmän psykisk ohälsa (databas)</li> <li>• Ca 70 användare av webbaserat stöd kommuner</li> <li>• Nyhetsbrev med ca 8 000 mottagare</li> <li>• Aktivitet i tre sociala medier, totalt ca 10 000 följare</li> <li>• Ca 15 debattartiklar och pressmeddelanden</li> </ul>	<p>Ca 5 egna årsarbetare Ca 1 inhyrd</p>
<p>Målgrupper: Huvudsakligen utanför vård- och omsorgssektorn, t.ex. presumtiva kunder, konsulter och ambassadörer inom alla politikområden, media samt tjänstemän i stat och kommuner</p>	

**Översikt, uppföljning, utvärdering etc. som inte hör till något av ovanstående arbetsområden**

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Årlig sammanställning tillgänglighet i staten</li> <li>• Särskilda uppdrag: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ uppföljningssystem funktionshinderpolitiken i kommunerna</li> <li>○ uppföljning elektronisk tillgänglighet</li> <li>○ uppföljningssystem samlad funktionshinderpolitik</li> </ul> </li> </ul>	<p>Ca 4 egna årsarbetare Ca 1 inhyrd</p>
<p>Målgrupper: Huvudsakligen Regeringskansliet, FN, Funktionshinderrörelsen samt politiker och tjänstemän i kommuner och stat</p>	

## Övriga utåtriktade arbetsområden

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kampanj attitydförändring, med nationell, regional och lokal nivå, ca 2 000 000 personer som uppfattat budskapet</li> <li>• Utbildning, information och vägledning till ca 4 000 personer</li> </ul>	Ca 9 egna årsarbetare Ca 9 inhyrda
Målgrupper: Brett till arbetsplatser, näringsliv, allmänhet och media	

## Inre arbete

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Lednings- och utvecklingsarbete</li> <li>• Internkommunikation</li> <li>• Administrativt stöd</li> </ul>	Ca 6 egna årsarbetare
---	--------------------------

## Myndigheten för internationella adoptionsfrågor

### Kunskapsunderlag/beslutsstöd

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Utbildning och information till yrkesverksamma, ca 20 tillfällen med totalt ca 470 deltagare</li> <li>• Besvarande av frågor om adoption, adopterades ursprung m.m., ca 375 skriftliga förfrågningar och ca 1 500 - 2 000 telefonförfrågningar per år</li> </ul>	Ca 2,5 egna årsarbetare
Målgrupper: Yrkesverksamma inom adoptionsområdet, svenska och utländska myndigheter, enskilda	

## Reglering

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Auktorisation av adoptionsorganisationer, statsbidrag till adoptionsorganisationer och riksorganisationer för adopterade</li> <li>• Prövning av förfarandet och förmedling av handlingar vid enskild adoption</li> <li>• Godkännande av utländska adoptionsbeslut</li> <li>• Utfärdande av artikel 23-intyg</li> </ul>	Ca 3,5 egna årsarbetare
Målgrupper: Adoptionsorganisationer, adopterades organisationer och enskilda	

**Tillsyn**

• Tillsyn av auktoriserade adoptionsorganisationer	Ca 2,5 egna årsarbetare
Målgrupper: Adoptionsorganisationer, enskilda	

**Information/kommunikation och databashantering**

• Webbsida med ca 4 000 unika besökare/ månad	Ca 1,5 egna årsarbetare
• Informationsblad med drygt 700 mottagare	
Målgrupper: Allmänheten, yrkesverksamma inom adoptionsområdet, adoptionsorganisationer, myndigheter.	

**Inre arbete**

• Ledning, registratur, arkiv, HR, IT, upphandling etc.	Ca 2 egna årsarbetare
---	-----------------------

**Myndigheten för vårdanalys (Vårdanalys)****Information/kommunikation och databashantering**

• Egna större seminarier, 5–8 st./år	Ca 2 egna årsarbetare Ca 2 inhyrda
• Övriga kommunikationsinsatser i form av rapporter, webbsida etc. Former och volymer än så länge svåra att bedöma.	
Målgrupper: Allmänheten, men särskilt vårdens beslutsfattare	

**Översikt, uppföljning, utvärdering etc. som inte hör till något av ovanstående arbetsområden**

• Analyser och granskningar, 10–12 rapporter/år	Ca 7 egna årsarbetare och 7 inhyrda
Målgrupper: Allmänheten, men särskilt vårdens beslutsfattare	

**Inre arbete**

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ledningsarbete, internutveckling</li> <li>• Administration, HR, IT, Ekonomi, Dokumenthantering, juridik etc.</li> <li>• Särskilt uppbyggnadsarbete 2011–2012</li> </ul>	<p>4 egna årsarbetare Ca 4 inhyrda</p>
--	--

**Smittskyddsinstitutet****Kunskapsunderlag/beslutsstöd**

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ca 40 mer omfattande kunskapsunderlag inom epidemiologi, vaccination, biorisk, högsmittsamma mikroorganismer, influensa, antibiotikaresistens, sexuell hälsa samt smitta via livsmedel och vatten</li> <li>• Mikrobiologisk övervakning med ca 1 500 analyserade influensaprover, ca 350 fall av resistensundersökning och 500 fall av epidemiologisk övervakning tuberkulos, samt ca 2 000 prover av livsmedelssmita</li> <li>• Ca 5 fall av utbrottssamordning av involverade landsting, vid större utbrott av smittsamma sjukdomar</li> <li>• Ca 70 fall av myndighetssamverkan vid livsmedel/vatten-smitta</li> <li>• Epidemiologisk registrering på ca 70 000 diagnoser</li> <li>• Ca 20 mer omfattande konsultationer kring biostatistik och analys</li> <li>• Vaccinationsövervakning som omfattar ca 100 000 individuella fall</li> <li>• Rapportering till WHO, ECDC m.fl., bl.a. polio och influensa, ca 30 rapporter</li> <li>• Ca 6 000 anmälda fall av antibiotikaresistens</li> </ul>	<p>Ca 145 egna årsarbetare</p>
<p>Målgrupper: Vård- och omsorgssektorn över 50 %. Därutöver: Kliniska mikrobiologiska laboratorier, Livsmedelsverket, SVA, Jordbruksverket, andra länders smittskyddsinstitut, ECDC, WHO, Socialdepartementet, allmänheten (inkl. särskilda riskgrupper), frivilligorganisationer m.fl.</p>	

### Information/kommunikation och databashantering

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Generell webbplats med ca 2 500 000 besök/ år</li> <li>• HIV-portal med ca 30 000 besök/år</li> <li>• Ca 20 kurser/konferenser med ca 4 500 deltagare</li> <li>• Ca 50 nyhetsbrev</li> <li>• Ca 2 500 presskontakter och ca 20 pressmeddelanden</li> <li>• Databaser för operativt bruk, Sminet (sjukdomsövervakning), Svebar (resistensövervakning), Svevac (vaccinuppföljning) m.fl.</li> <li>• Hälsodataregister (vaccinationer) från slutet av 2012</li> </ul>	Ca 10 egna årsarbetare
<p>Målgrupper: Vård- och omsorgssektorn över 50 %. Därutöver: Kliniska mikrobiologiska laboratorier, Läkemedelsverket, Livsmedelsverket, SVA, Jordbruksverket, andra länders smittskyddsinstitut, ECDC, WHO, Socialdepartementet, allmänheten (inkl. särskilda riskgrupper), frivilligorganisationer m.fl.</p>	

### Övriga utåtriktade arbetsområden

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Laboratoriediagnostik (avgiftsfinansierad): ca 7 000 fall livsmedel och vatten; ca 4 000 fall högsmittsamma mikroorganismer; ca 11 000 fall av övrig specialdiagnostik. Totalt ca 22 000 analyserade prover.</li> <li>• Viss externfinansierad FoU och uppdrag kring HIV och högsmittsamma mikroorganismer.</li> <li>• Beslut om anslag till ca 300 HIV-projekt</li> </ul>	Ca 50 egna årsarbetare
<p>Målgrupper: Vård- och omsorgssektorn över 75 %. Därutöver: främst kommunala vattenverk och industri som nyttjar vattenlaboratoriets tjänster</p>	

**Inre arbete**

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ledning och utveckling</li> <li>• Omvärldsbevakning/-analys</li> <li>• Intern kommunikation</li> <li>• Administrativt stöd</li> </ul>	Ca 45 egna årsarbetare
--	---------------------------

**Socialstyrelsen****Kunskapsunderlag/beslutsstöd**

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ca 15 aktuella* nationella riktlinjer</li> <li>• Ca 20 aktuella kunskapsöversikter</li> <li>• Knappt 100 övriga vägledande produkter och tjänster</li> <li>• Underlag till den myndighetsgemensamma "Kunskapsguiden"</li> <li>• Arbete med Donationsrådet</li> <li>• Ca 70 kunskapsunderlag beställda av regeringen</li> <li>• Kunskapsutveckling med stöd av individbase- rade register</li> </ul>	Ca 180 egna årsarbetare Ca 40 inhyrda
<p>Målgrupper: Vård och omsorg över 90 %. Därutöver högskolor och universitet, andra myndigheter utanför vård- och omsorgs- sektorn, allmänheten etc.</p>	

\*"Aktuell" inkluderar även tidigare producerade underlag som fortfarande är aktuella.



### Reglering

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ca 25 författningar</li> <li>• Ca 5 handböcker till stöd för rättstillämpningen</li> <li>• Ca 5 meddelandebland och rättsutredningar</li> <li>• Nationellt fackspråk (kodverk, termbank, Snomed CT)</li> <li>• Ca 15 000 legitimationer, specialistbevis och intyg</li> <li>• Ca 2 000 tillstånd till verksamheter enligt SoL och LSS</li> <li>• Drygt 100 övriga tillstånd</li> <li>• Ca 5 beslut om rikssjukvård</li> <li>• Ca 400 journalförstörelsesärenden</li> <li>• Råd och vägledning om författningar och andra regler</li> <li>• Utlämning av uppgifter kring legitimerad personal</li> </ul>	<p>Ca 100 egna årsarbetare Ca 10 inhyrda</p>
<p>Målgrupper: Vård och omsorg över 90 %. Därutöver högskolor och universitet, allmänheten.</p>	

### Tillsyn

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Drygt 10 000 beslut om verksamhetstillsyn, varav cirka 2 000 Lex Maria, cirka 1 000 Lex Sarah, cirka 2 000 frekvenstillsyn barn och unga samt cirka 5 000 enskilda klagomål</li> <li>• Ca 2 500 fysiska inspektionsbesök</li> <li>• Ca 500 beslut inom individtillsyn</li> <li>• Ca 50 anmälningar till HSN</li> <li>• Ca 15 000 övriga ärendebeslut inom tillsyn</li> <li>• Utlämning av handlingar samt myndighetsuppgifter knutna till tillsynen</li> </ul>	<p>Ca 275 egna årsarbetare Ca 15 inhyrda</p>
<p>Målgrupper: Vård och omsorg över 90 %. Därutöver allmänheten, medier etc.</p>	

**Information/kommunikation och databashantering**

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Teknisk hantering av individbaserade hälsodata- respektive socialtjänstregister, inklusive beställningar (drygt 500 st/år) och förfrågningar från dessa register (ca 1 500/år)</li> <li>• Teknisk hantering av verksamhetsregister, t.ex. vårdgivarregister och biobanksregister</li> <li>• Nationell informationsstruktur</li> <li>• Presservice som resulterar i drygt 30 000 artiklar per år</li> <li>• Generell webbsida med cirka 10 000 besök/dag</li> <li>• Ca 3 000 publikationer till salu, drygt 1 000 beställningar per månad</li> <li>• Upplysningstjänst</li> </ul>	<p>Ca 40 egna årsarbetare Ca 10 inhyrda</p>
<p>Målgrupper: Vård och omsorg över 75 %. Därutöver allmänheten, medier etc.</p>	

**Analys, uppföljning, utvärdering etc. som inte hör till något av ovanstående arbetsområden**

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Statistik verksamhet (drygt 25 officiella statistikrapporter, ca 10 rapporteringar av annan statistik, register- och statistikutveckling, internationell statistik m.m.)</li> <li>• Öppna jämförelser inom ca 10 områden</li> <li>• Drygt 60 pågående regeringsuppdrag, inkl. rapportering av hälsoutveckling och sociala förhållanden och Drygt 5 särskilda egeninitierade satsningar på utvärdering av vården och omsorgens kvalitet och effektivitet</li> <li>• Epidemiologisk verksamhet</li> </ul>	<p>Ca 135 egna årsarbetare Ca 20 inhyrda</p>
<p>Målgrupper: Vård och omsorg över 90 %. Därutöver allmänheten, medier, forskare etc.</p>	

### Övriga utåtriktade arbetsområden

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Handläggning av ca 100 statsbidrag per år</li> <li>• Nationella rådet för specialiseringstjänstgöring</li> <li>• Ca 1 000 ärenden i rättsliga rådet</li> <li>• Krisberedskapsfrågor</li> </ul>	Ca 25 egna årsarbetare Ca 5 inhyrda
Målgrupper: Vård och omsorg över 90 %. Därutöver andra myndigheter, allmänheten, medier etc.	

### Inre arbete

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ledning och administrativ samordning, inkl. ekonomi, personalfrågor, IT, lokaler, registrering och arkiv, upphandling, teletjänster etc.</li> <li>• Utveckling av ledningssystem och kvalitetsarbete</li> <li>• Verksamhetsutveckling och kompetensutveckling</li> <li>• Internkommunikation</li> </ul>	Ca 350 egna årsarbetare Ca 25 inhyrda
--	--

### Statens beredning för medicinsk utvärdering

#### Kunskapsunderlag/beslutsstöd

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ca 10 nya större rapporter per år, täcker ca 100 metoder</li> <li>• Ca 10 nya alert-rapporter per år, täcker ca 25 metoder</li> <li>• Ca 10 kommentarer till utländska utvärderingar</li> <li>• Ca 50 kunskapssammanställningar i upplysningstjänst för vården</li> <li>• Databas med ca 100 identifierade kunskapsluckor</li> <li>• Ca 5 konferenser per år med sammanlagt 500–1 000 deltagare</li> <li>• Ca 20 möten med SKL och landstingsledning, totalt drygt 500 deltagare</li> <li>• Ca 20 möten/seminarier med professionella organisationer</li> <li>• Ca 40 utbildningstillfällen HTA, totalt ca 1 200</li> </ul>	Ca 40 egna årsarbetare Ca 10 inhyrda
--	---

deltagare <ul style="list-style-type: none"> <li>• Drygt 10 möten i SBU:s nationella HTA-nätverk, drygt 200 deltagare</li> <li>• Medverkan i ca 5 internationella organisationer/nätverk</li> <li>• Telefonrådgivning och epost-förfrågningar, ca 300 från yrkesutövare och ca 400 från allmänheten</li> </ul>	
Målgrupper: Vård och omsorg över 90 %: Därutöver bl.a. Skolor, Kriminalvård, Livsmedelsverket.	

### Information/kommunikation och databashantering

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Webbplats med ca 500 000 besök/år</li> <li>• Tidningsbilagan "Vetenskap &amp; Praxis", 3 gånger per år bilaga till Läkartidningen, Läkemedelsvärlden, Tandläkartidningen, Arbetsterapeuten, Fysioterapi, Tandhygienisttidningen, Dagens Samhälle och Omvårdnadsmagasinet, total spridning ca 160 000 exemplar</li> <li>• Konferenser, mässor etc. med sammanlagt över 4 000 deltagare per år</li> <li>• Nyhetsbrev per e-post 22 gånger per år</li> <li>• Massmediakontakter och marknadsföring</li> </ul>	Ca 5 egna årsarbetare
Målgrupper: Vård och omsorg över 90 %	

**Inre arbete**

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ledning</li> <li>• Ekonomi, HR, IT, registratur, arkiv, reception, konferens, vaktmästeri etc.</li> </ul>	Ca 10 egna årsarbetare Ca 1 inhyrd
--	--

**Statens folkhälsoinstitut****Kunskapsunderlag/beslutsstöd**

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ca 50 nya metodskrifter och kunskapsöversikter</li> <li>• Ca 10 nya redovisningar och uppföljningar</li> <li>• 50–100 egna kurser, konferenser etc. Summa 5–7 000 deltagare</li> <li>• Stöd till externa aktörer, ca 2 000 projekt och aktörer i kommuner/regioner</li> <li>• 3 nationella enkäter varav en är den årliga nationella folkhälsoenkäten</li> <li>• Uppföljning av 160 indikatorer, bestämningsfaktorer folkhälsa</li> <li>• Ca 10 särskilda uppdrag folkhälsopolitisk rapportering</li> </ul>	Drygt 50 egna års- arbetare Drygt 2 inhyrda
<p>Målgrupper: Vård och omsorg &lt;50 %, universitet, högskolor och skolor, forskningsaktörer, företag och ideella organisationer som arbetar med ANDT, fysisk aktivitet, samhällsplanering och/eller föräldrastöd. Myndigheter inom arbetsmarknad, utbildning och ekonomi. Beslutsfattare i kommuner, länsstyrelser med mera.</p>	

**Reglering**

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Rapportering enligt alkohollagen, knappt 1 000 ärenden</li> <li>• Rapportering enligt tobakslagen, ca 30 ärenden</li> <li>• Rapportering/anmälning ang. teknisk sprit m.m., ca 400 ärenden</li> <li>• Tillstånd ang. vissa hälsofarliga varor, ca 300 ärenden</li> <li>• Föreskrifter, tobak, alkohol, och hälsofarliga varor, &lt;10 st.</li> </ul>	Drygt 11 egna års- arbetare
---	-----------------------------------

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Yttranden och råd, tobaks- och alkohollagen, cirka 3 000 st.</li> <li>• Yttranden och råd, förstörande av vissa missbrukssubstanser, ca 100 st.</li> <li>• Klassificering av nya substanser inklusive produktkontroll, 10–20 ärenden</li> <li>• Handböcker i alkohollagstiftning och tobakslagstiftning</li> <li>• Handbok tillsyn</li> </ul>	
<p>Målgrupper: Kommunernas och länsstyrelsernas tillsyn inom alkoholområdet. Företag som arbetar med förbrukning, försäljning och/eller marknadsföring av alkohol/tobak och vissa hälsofarliga varor. Rikspolisstyrelsen, länspolisen och tullen, andra myndigheter.</p>	

### Tillsyn

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Förbud/förelägganden enl. tobakslagen, ca 10 ärenden</li> <li>• Förbud/förelägganden enl. lag om hälsofarliga varor, ca 10 ärenden</li> <li>• Försäljningsbegränsningar teknisk sprit, ca 20 ärenden</li> </ul>	<p>Ca 5 egna årsarbetare</p>
<p>Målgrupper: Kommunernas och länsstyrelsernas tillsynsverksamheter när det gäller försäljning och servering av alkohol. Företag som arbetar med förbrukning, försäljning och/eller marknadsföring av alkohol/tobak och vissa hälsofarliga varor. Rikspolisstyrelsen, länspolisen och tullen.</p>	

### Information/kommunikation och databashantering

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kommunala basfakta "Folkhälsoatlas", en utgåva per år</li> <li>• Register över serveringstillstånd, en utgåva per år</li> <li>• Nationella informationskampanjer, ca 5 st.</li> <li>• Webbplatser, 3 st. summa knappt 1 miljon besök/år</li> </ul>	Ca 20 egna årsarbetare, 1 inhyrd
Målgrupper: Universitet, högskolor och skolor, forskningsaktörer, företag och ideella organisationer som arbetar med ANDT, fysisk aktivitet, samhällsplanering, föräldrastöd etc. Beslutsfattare på olika samhällsnivåer, professionella utbildningar.	

### Översikt, uppföljning, utvärdering etc. som inte hör till något av ovanstående arbetsområden

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nationell samordning och medverkan i nätverk, ca 25 grupperingar</li> <li>• Fördelning av stimulans- och projektmedel, ca 10 områden</li> <li>• Övriga särskilda regeringsuppdrag, ca 5 st.</li> </ul>	Ca 15 egna årsarbetare
Målgrupper: Universitet, högskolor och skolor, forskningsaktörer, företag och ideella organisationer som arbetar med ANDT, fysisk aktivitet, samhällsplanering, föräldrastöd, professionella utbildningar etc. Beslutsfattare på olika samhällsnivåer, myndigheter.	

### Övriga utåtriktade arbetsområden

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Internationellt samarbete, 8 program/organ, varav 3 med utpekat nationellt ansvar</li> </ul>	Ca 4 egna årsarbetare
Målgrupper: Vård och omsorg över 50 %. Europeiska och andra internationella organisationer inom samhällsplanering, reglering och forskning.	

**Inre arbete**

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Administration, inkl. ekonomi, HR, IT, lokaler, arkiv, bibliotek etc.</li> <li>• Verksamhetsutveckling och ledning</li> <li>• Internkommunikation</li> </ul>	Ca 30 egna årsarbetare Ca 5 inhyrda
---	---

**Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket****Kunskapsunderlag/beslutsstöd**

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Subventionsbeslut med tillhörande kunskapsunderlag om nya läkemedel och förbrukningsartiklar: ca 30 nya originalläkemedel, ca 10 nya beredningsformer, ca 30 extempore, ca 60 ny basfunktion förbrukningsartiklar, ca 40 befintlig basfunktion förbrukningsartiklar</li> <li>• Beslut med tillhörande kunskapsunderlag angående ca 5 omprövningar av subventionen för en grupp läkemedel</li> <li>• Ca 10 beslut om att inleda omprövning eller inte baserad på uppföljning av klinisk användning och effekt (livscykelomprövning)</li> <li>• Beslut med tillhörande kunskapsunderlag om utformningen av tandvårdsstödet, bland annat referenspriser och ersättningsberättigade tandvårdsåtgärder</li> <li>• Ca 10 kunskapsunderlag om kostnadseffektiviteten för slutenvårdsläkemedel, pilotprojekt</li> <li>• Utbildningsinsatser om tandvårdsstödet</li> <li>• Uppföljning av tandvårdsstödet effekter</li> </ul>	Ca 44 egna årsarbetare
Målgrupper: Vård och omsorg, tandvården samt läkemedelsföretag	



### Reglering

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ca 13 000 beslut om prisförändringar på utbytbara läkemedel</li> <li>• Beslut om ”månadens vara” vid utbytbara läkemedel</li> <li>• Prisförändringar på icke utbytbara läkemedel</li> <li>• Föreskrift om apotekens handelsmarginal samt avgift till Apotekens service AB</li> <li>• Föreskrifter om prissättning och utbyte av utbytbara läkemedel</li> </ul>	Ca 10 egna årsarbetare
Målgrupper: Främst läkemedelsföretag och apotek.	

### Tillsyn

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tillsyn över apoteksmarknadens aktörer, bland annat avseende följsamheten till reglerna för det generiska utbytet. Några tiotal inledda undersökningar per år, som kan leda till något tiotal beslut.</li> </ul>	Ca 3 egna årsarbetare
Målgrupper: Apoteksföretag	

### Information/kommunikation och databashantering

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Generell webbplats med bred målgrupp. Daglig uppdatering och ca 300 000 besök/år.</li> <li>• Nyhetsbrev ca 7 gånger per år</li> </ul>	Ca 2 egna årsarbetare
Målgrupper: Vård och omsorg över 75 %. Därutöver allmänheten, medier, läkemedelsföretag etc.	

### Övriga utåtriktade arbetsområden

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Internationell samverkan</li> </ul>	Mindre än 1 egen årsarbetare
Målgrupper: Systemmyndigheter i andra EU-länder, EU-kommissionen	

**Inre arbete**

<ul style="list-style-type: none"><li>• Ledningsarbete och stabsfunktioner</li><li>• Internkommunikation, bl.a. Intranät</li><li>• Administrativt stöd, Förvaltningsjuridik, HR, Ekonomi, Registratur, IT, Upphandling, verksamhetsutveckling, reception etc.</li></ul>	Ca 20 egna årsarbetare
---	------------------------

# COMPARATIVE GOVERNANCE ARRANGEMENTS IN ELEVEN COUNTRIES

By Elke Jakubowski and Richard B. Saltman  
European Observatory on Health Policies and Systems

Report to Swedish Government Inquiry on Health Care and Social  
Services

January 9, 2012

<b>COMPARATIVE GOVERNANCE ARRANGEMENTS IN ELEVEN COUNTRIES .....</b>	<b>289</b>
Executive summary .....	291
Introduction.....	292
Methods .....	293
<b>PART I    COMPARATIVE GOVERNANCE THEMES AND ISSUES.....</b>	<b>298</b>
Governance overview .....	298
Summarizing Key Themes .....	299
Additional Issues .....	304
<b>PART II    COUNTRY GOVERNANCE PROFILES .....</b>	<b>306</b>
Australia .....	306
Denmark .....	309
England.....	315
Finland.....	320
France .....	326
Germany.....	332
Italy .....	339
Netherlands.....	343
Norway.....	350
Spain .....	355
Switzerland.....	366
References .....	370

## Executive summary

This report provides an overview over recent changes in governance arrangements in 11 countries. Country descriptions focus on recent efforts in shifting responsibilities for health policy, regulation and management; policy priorities; and early impact. The report also reflects current debates as much as possible in order to provide a perspective on potential future changes in governance arrangements. Based on the country cases, the report sets out an initial assessment of key comparative trends.

The report was prepared by the European Observatory on Health Systems and Policies for the Swedish Government Inquiry on Health Care and Social Services. It was undertaken through a combination of reviews of previously published Observatory materials and phone interviews with one or two key experts in each survey country. This method was tailored to the request by the Inquiry for swift delivery of the assessment, and thus reflects a horizon scanning perspective of changes in health sector governance arrangements.

The central theme that emerges from these country reviews is the extent of recent and/or ongoing efforts by national governments to increase their decision-making leverage over important financial and/or clinical aspects of the health system. These efforts can be both structural as well as non-structural in character, and typically reflect pressures on central government to achieve better financial (efficiency) and clinical outcomes.

Not all structural reforms have been in the direction of centralizing more authority in the national government. Although this has been the predominant trend, there have also been several structural (legislative) measures that have shifted elements of health care decision-making downwards, either to regional governments (France) or to municipal governments (Denmark). In some countries there has been a mix of structural measures, shifting some types of authority upwards but also sending certain types of authority (often tied to prevention and/or public health) to lower level and/or municipal governments. Similar strengthening of non-state actors – in this case private not-for-profit and for-profit (Netherlands) and/or corporatist (Germany) bodies – can be seen in social health insurance countries in the continuing consolidation of health insurers.

Non-structural measures to increase the national government's authority in the health sector have been both regulatory and inter-

governmentally negotiated in character. In both instances, no legal boundaries were changed. The role of the national government was strengthened by adopting strategies that could be implemented inside the existing structure of formal institutions and the official allocation of ownership and operating roles of national, regional, and local governments.

A wide range of regulatory measures have been adopted across the studied countries, with some countries starting a number of new national agencies, while in other countries existing agencies were re-directed. Negotiated compacts between national and regional governments and/or other private non-profit actors have a mixed record. In some countries they have worked out largely as anticipated (Switzerland). In other countries, these negotiated arrangements between the national government and the regional governments have been less successful.

## **Introduction**

### **Scope of this report**

This report considers how ten European countries and Australia have changed the governance responsibilities of the national government in steering their health care systems. It explores recent shifts in these responsibilities, and whether and why national governments are increasing or decreasing their national role in both the design and supervision of particular governance activities. The purpose of this report is to explore re-allocations in the balance of responsibility and decision-making power between national, regional and local governmental (or delegate/subordinate) bodies, and the degree to which these changes suggest new national strategies with regard to those relationships. The report also seeks to identify the driving forces, objectives and values behind these changes and their effects. In addition, topics of particular interest to the Swedish Inquiry were reviewed when possible. These included accountability for the quality and safety of medical services; changing approaches in evidence based medicine and health technology assessment activities; experiences in priority setting; and the interface between social and health care.

The selection of survey countries (Australia, Denmark, England, Finland, France, Germany, Italy, Netherlands, Norway, Spain,

Switzerland) was based on practical considerations. Countries with more recent changes in governance arrangements were of particular interest. We also focused on countries with comparable per capita income and health system development status. We tried to include some countries that are somewhat comparable to the Swedish system in terms of system design and population coverage, the role of regional governments, or the role of health professionals. But we also included several countries such as the Netherlands, Switzerland and Germany with considerably different health system architecture, since they allowed us to explore the impact of different values and objectives for change. Some countries provide relevant experience in the more specific thematic areas of focus of this study such as evidence based medicine, HTA and quality assurance (for example Switzerland).

### **Structure of this report**

This report is divided in three parts. Following this Introduction which presents the practical frame of our work, Part I presents a set of cross cutting observations considering overall changes in governance arrangements. Part II then presents the eleven country case studies.

## **Methods**

### **Research methodology**

The research for this report deployed a mixture of methods. It is based on available publications such as the Observatory Health System in Transition profiles as well as published and ongoing analytical studies of the Observatory. These materials were supplemented with information collected through phone interviews with expert informants in each country.

The experts were identified based on a number of “soft” criteria. These included whether they are sufficiently neutral – for instance we tried to ensure that the key informant does not currently belong to government or any of the other governing actors – so as to reflect a balanced view of developments in the country. One informant holds a parallel academic and government position and two informants have retired from government positions. The major-

rity of informants are affiliated with a university and contributed to this review in their academic capacity. In addition to consenting to interviews, some interviewees reviewed the respective country section to enhance the validity of the case.

Country	Name of expert	Expert's affiliation	Date of interview
Australia	Judith Healy	Regulatory Institutions Network, Research School of Pacific and Asian Studies, Australian National University	28.9.2011
England	Martin Roland	Professor of Health Services Research University of Cambridge	30.9.2011
Finland	Kimmo Leppo	Director General emeritus, Ministry of Health and Social Affairs, Finland	27.9.2011
Denmark	Karsten Vraengbak	Director of Research, Danish Institute of Governmental Research	18.10.2011
France	Zeynap Or	Research Director, Institute for research and information in health economics	28.9.2011
Germany	Jürgen Wasem	Professor of Economics, University of Duisburg-Essen, Germany	30.9.2011
Norway	Jon Magnussen	Professor of Economics, Norwegian Science and Technical University, Trondheim	28.9.2011
Netherlands	Tom van der Grinten	Professor of Sociology, Erasmus University, and advisor to the Ministry of Health	26.9.2011



Country	Name of expert	Expert's affiliation	Date of interview
Netherlands Spain	Aad de Roo	Professor of Management at University of Tilburg and former Executive Director of the Dutch Home Care Association	30.9.2011
	Antonio Duran	Director General, Teccsalud, Seville, Spain	21.9.2011
Spain Italy	Lluís Bohigas	Director, International Relations, Roche (previously Director-General of Planning in the Spanish Ministry of health and Consumer Affairs)	26.9.2011
	Giovanni Fattore	Professor of Health Management, Bocconi University, Milano	4.10.2011
Switzerland	Thomas Zeltner	Former Director General of the Federal Office of Public Health, Current president of the Foundation Science et Cité	29.9.2011

### Interview guideline

The interviews were based on a simple questionnaire that served as a guide for interview preparation. This questionnaire was sent by email alongside a request for a telephone interview. The questions included the following:

1. Has the central government's governance role changed in last period of years? How? Why? Who won/Who lost as a result of these changes?
2. What tools/instruments were adopted/changed to implement this change? Did they work well? Why or why not?

3. What policy priorities were they intended to address? Did they create perverse consequences?
4. Was this change implemented as planned? If not, what hindered or is hindering implementation? Was there/is there open opposition or hidden dynamics working against this change? What were the real effects? How do these compare to the planned effects? Did you experience any unforeseen effects?
5. How happy is the government with the current outcome? Are additional changes likely? If yes, in what direction?
6. Can you recommend any references for further readings on the subject?

### Practical frame

The review of case experiences on changing governing arrangements followed a practical framework that guided the collection, analysis and reporting of information on the selected countries. This framework was developed to facilitate comparisons in governance arrangements, their objectives, and impacts across countries. The framework has three parts: policy priorities, tools and impacts.

Emphasis on policy priorities was on the two or three real objectives that appear to senior national analysts to have driven recent changes, not necessarily on official government statements of reform objectives. We also tried to take account of who has shaped these policy priorities, i.e. whether these are governmental priorities, political priorities, priorities of the administrative apparatus, clinical priorities, those of providers, purchasers, or priorities of patients and/or citizens. Where possible, the report includes a short discussion on whether and how this change in governance arrangements has affected the fundamental values of the health systems in the selected countries.

We considered tools as legislation and other regulatory means, measures and procedures newly introduced to implement the changes in governance arrangements. Often these tools comprised legal means to change the scope of responsibilities of a certain administrative or governmental decision-making tier, or the establishment of new institutions.

In the impact section we tried to modestly assess whether the changing government arrangements have yielded the effects that

the reform was intended to have. We also considered unforeseen effects of the reforms and constraints in their implementation.

Each country section also has a short introductory paragraph on the basic governance model and a description of the recent changes, as well as a concluding section providing an outlook for possible future options and likely directions in governing the health system.

# PART I COMPARATIVE GOVERNANCE THEMES AND ISSUES

## **Governance overview**

Health sector governance involves a complicated mix of activities, that run concurrently, and at multiple different levels of the funding and service delivery system. These activities can stretch from strategic (legislation) to mechanical (reporting financial or clinical data), and may involve a variety of institutions and/or health system levels in any one particular process (eg regulating physician behaviour). Further, these activities typically have political, financial, clinical, institutional, professional, legal and economic dimensions, often at the same time. While governance traditionally had been an intra-health-system activity, in the last several decades a variety of outside actors – most notably patients and citizens – have also been drawn into the mix. In summary, then, it is a complex area of responsibility that requires a complex analytic perspective (Saltman, Duran and DuBois, 2011).

Given this broad perspective, the national government should be viewed as a key but not an exclusive actor in the design and implementation of governance measures. While some areas of governance – for example certain regulatory and reporting requirements – naturally fall within the purview of the national government, other regulatory roles (for example, professional behaviour) and institutional responsibilities (for example, within semi-autonomous public and/or privately operated hospitals) may properly fall to non-national government and indeed to completely non-governmental agencies, depending upon the construction of the health system and its operating mandate.

This complicated mosaic of responsibilities and actors suggests that strategies and measures to change the role specifically of the

national government in the behaviour and performance of specific sub-sectors of the health system (for example, highly specialized hospital services) should not be conceived or introduced in isolation. Rather, these measures need to be understood within the broader context that they take place within, and which can accelerate or retard their ability to achieve their stated objectives. As experienced national regulators know well, medical professionals believe (and not always inappropriately) that substantial clinical autonomy – eg separateness from political and politician-based decision-making – is essential to providing and maintaining a high standard of medical care (Mechanic, 2000). Further, as organizational sociologists have long documented (Barnard, 1938; Roethlisberger, 1941; Simon, 1948; Crozier, 1972), efforts to impose external authority on technically based employees can lead to a variety of unexpected, sometimes perverse organizational outcomes.

A further factor in this governance mix is the complex character of regulatory interventions by national governments in health systems where operational decision-making is decentralized to regional bodies (as in Sweden) or delegated to private non-for-profit and/or for-profit actors (as for example in Netherlands). Regulation in these multi-actor contexts is considerably more difficult than in a top-down command and control state-run mode of service funding and delivery (Kettl, 1993). Moreover, if a contract-based, market competitive model is adopted, regulation takes on further complexity, becoming sub-divided into regulatory measures that promote those forms of competitive behaviour that are seen to be positive to achieving political objectives (eg raising quality of care), as against regulatory measures that restrain competitive behaviour that is seen to be negative in achieving political objectives (eg adverse selection of insurees or patients) (Saltman, Busse and Mossialos, 2002). A key task of national government thus becomes designing regulation to encourage “good” competition and to restrain “bad” competition – a central task if a central government is to re-design and modernize health sector governance.

## Summarizing Key Themes

The brief country reviews in Part II of this report were undertaken to examine recent changes in the mix or balance of decision-making authority between national government, on the one hand,

and either regional and/or local government on the one hand, or private not-for-profit or (in The Netherlands) private for-profit actors, on the other hand. The types of measures that were adopted can involve either formal transfer of responsibility between levels of government – which involve major structural changes in how government deals with health care – or they can involve a growing variety of non-structural efforts to create either better coordination among the regional governments (Switzerland; Italy); better information flows between the regional and national governmental levels which give the national government a better view of ongoing activities in the health sector (Spain, also Italy); or broader institutional cooperation between public sector and non-for-profit private sector health actors (Switzerland for Health Technology Assessment). The results from these country reviews provide a useful snapshot of the type and character of changes underway in a variety of different countries, and also provide a sense of the types of governance measures that are being introduced in the face of a relatively well-defined set of common health sector challenges.

The central theme that emerges from these country reviews is the extent of recent and/or ongoing efforts by national governments to increase their decision-making leverage over important financial and/or clinical aspects of the health system (Saltman, 2008). These efforts can be both structural (eg changing the formal institutional responsibilities of national and regional and/or municipal government) as well as non-structural (regulation and/or negotiation based) in character. These centralizing efforts reflect pressures on central government to achieve better financial (efficiency) and clinical outcomes. While diffuse, the sources of these pressures include higher patient expectations for care quality, tied to internet-driven awareness of different treatment options, the impact of IT based collection of financial and clinical data, and what has been called the “blame factor”: national politicians are held responsible by citizens if health sector performance appears sluggish, bureaucratic, and/or clinically inadequate.

The country studies in Part II document the degree to which this broad centralizing trend continues to be observed in social health insurance based health systems (Germany, France, Switzerland, also Netherlands) as well as in tax-funded health systems (Norway, Denmark, England, Australia). These efforts have taken a number of different, often overlapping forms, some of which involve direct re-centralization of decision-making authority, some

involve establishing new national agencies that centralize previously un-coordinated areas of authority (for example dealing with quality of care measures), some involve new regulatory interventions that mandate certain changes from non-state actors (regional health administrations, private sector insurers and/or providers), and some of which are negotiated agreements with these regional governments and/or also non-profit private actors such as national medical associations.

Among formal structural measures to increase the national government's authority has been national legislation that does the following:

- a) Transfers legal authority to national government over health system fund-raising and fund-distribution from regional governments in tax-funded systems (Denmark) or from private not-for-profit but statutorily responsible sickness funds in a social health insurance system (Germany, France).
- b) Transfers legal ownership to state of major provider institutions (eg hospitals), shifting them to national control although with a new regional form of day-to-day operational responsibility (Norway, Denmark).
- c) Establishes new national agencies with mandatory authority over emerging areas of health system importance such as quality of care (England, France, Australia) or primary and/or preventive services (Australia, France).
- d) Consolidate the number and/or responsibilities of regional/municipal government bodies (Norway, Denmark, France, Finland, England)

It should be noted that not all structural reforms have been in the direction of centralizing more authority in the national government. Although this has been the predominant trend, there have also been several structural (legislative) measures that have shifted elements of health care decision-making downwards, either to regional governments (France's establishment in 2010 of regional authorities) or to municipal governments (Denmark's delegation of approximately 20 % of health resources to municipal governments, to be used in part to contract for preventive health services with private primary care physicians). Thus in some countries there has been a mix of structural measures, shifting some types of authority upwards but also sending certain types of authority (often tied to

prevention and/or public health) to lower level and/or municipal governments. Similar strengthening of non-state actors – in this case private not-for-profit and for-profit (Netherlands) and/or corporatist (Germany) bodies – can be seen in social health insurance countries in the continuing consolidation of health insurers.

Non-structural measures to increase the national government's authority in the health sector have been both regulatory and inter-governmentally negotiated in character. In both instances, no legal boundaries were changed – there was no formal re-structuring of inter-governmental relationships. Thus the role of the national government was strengthened by adopting strategies that could be implemented inside the existing structure of formal institutions and the official allocation of ownership and operating roles of national, regional, and local governments. This has the political advantage of being less cumbersome and time-consuming to implement, as well as raising fewer (although certainly not no) political complaints from other levels of government.

New regulatory measures that have strengthened the hand of the central government in the financing and production of health services have included:

- a) France's program of 100 priorities in 4 areas (access, prevention, quality, efficiency) in its 2004 Public Health Act.
- b) France's 2009 Act to promote competition between public and private hospitals.
- c) Australia's new system of monitoring professional boards.
- d) Italy's adoption of a broad series of new regulatory measures including "external commissioners" to monitor the financial performance of regional governments.
- e) Italy's proposed effort to impose one national set of prices for all regionally delivered hospital, community and public health services.
- f) Netherland's strong regime of four national agencies established to regulate non-public health insurance and health provider markets.
- g) England's proposed strengthening of Monitor to expand its regulatory activities beyond hospital trusts to include private hospitals as well as primary care practices.



Negotiated compacts between national and regional governments and/or other private non-profit actors have a mixed record. In some countries they have worked out largely as anticipated (Switzerland). In other countries, these negotiated arrangements between the national government and the regional governments have been largely honoured in the breach.

Among instances of negotiated inter-governmental arrangements are the following:

- a) Switzerland's national goals on disease prevention are to be established by the federal government in collaboration with the cantons and non-governmental organizations.
- b) Switzerland's cantons have agreed to common planning of highly specialized health services.
- c) Switzerland's establishment of a "Medical Board," organized by the conference of cantonal medical directors, the association of Swiss physicians and the Swiss Academy, which will serve as an initial step toward a private health technology assessment institute.
- d) Spain's Inter-Territorial Council, set up by the 2003 Cohesion and Quality Act, through which the national government hoped (incorrectly) to encourage the 17 autonomous regions to provide quality and safety related data to the national government so as to enable it to monitor and evaluate regionally delivered health care services.
- e) Italy's national solidarity fund, intended to provide cross-subsidies between well-off and less-well-off regions to ensure equity of access (which never generated actual transfers).
- f) Italy's national health plan, agreed between the national and regional governments.
- g) England's proposed local planning processes, to be negotiated between National and local commissioning boards.
- h) Australia's "Medicare locals", an integrated local planning unit intended to foster better collaboration among 100–300 medical professionals of different disciplines.

## Additional Issues

Several additional issues emerge from a close reading of recent country experiences presented in Part II. These reflect broader questions about the overall focus and direction of current efforts to strengthen the role of national governance in European health systems, and remain questions without any clear answers at this stage in the reform process.

- a) Are new national agencies a cost-effective solution? A number of countries have turned to building new national government infrastructure as part of their solution to regulatory gaps in their health care systems. In some instances (England, Netherlands), this new infra-structure has replaced previous national agencies, often incorporating elements from those agencies. In other instances (France), these new agencies are being built out in addition to previous, sometimes overlapping national and/or regional government authorities. When and under what institutional circumstances are new national agencies a good idea? When are they likely to be ineffective and/or counter-productive?
- b) How successful will new national efforts to align sub-national actors be? Recent experience in several countries with strong regional responsibility in the health sector (Spain, Switzerland, Italy) have found it quite difficult and slow-going to shift the existing balance of decision-making control more toward national goals and objectives for their health care systems. Similarly strong resistance can also be observed in various professional, labor union, and other staff organizations. Even when these national governments have full authority over the financing of their health sector (Spain, Italy), these governments have not been able to affect health sector outcomes as they would like. What mix of structural and non-structural tools is most likely to produce the types of organizational and behavioural change that national governments are seeking to create?
- c) How can national governments streamline the decision-making procedures within regional and municipal governments? In a number of countries with decentralized responsibility for day-to-day operating decisions for the health sector, the sub-national governments are themselves highly bureaucratic and politicized (for example, Spain and Italy). National government goals to improve the quality, safety, and cost-effectiveness of service

delivery may be difficult to achieve if regional governments are not modernized and managerially efficient. Imposing new governance standards from the center, however, is highly fraught politically, and unlikely to be considered except by the strongest of national governments. It is also likely to alienate key professional and patient groups, who rely upon their ability to influence local government decision-making. What strategy can ensure that new national regulatory initiatives are not dissipated by more traditionally organized lower level governments?

- d) How will permanent austerity shape these new national governance strategies? Most European national governments will be dealing with large national debt obligations for at least the next decade. Facing substantial economic competition with Asian countries, these European governments will have little option but to limit taxes and to reduce welfare spending, including for health care (Saltman, Calltorp and de Roo, 2011). How will this permanent shrinkage of revenues affect the new strategies of national governments to increase their role in their health sectors? Will this ongoing revenue scarcity favour a differing mix of structural and non-structural initiatives than might otherwise be preferred?

While these additional issues raise questions that the evidence presented here does not allow for an answer, they are nonetheless very much a part of the current policy-making environment. Finding responses to them will necessarily be part of the process of developing reforms if national governments are to achieve their central objectives.

## PART II COUNTRY GOVERNANCE PROFILES

### **Australia**

#### **Governance model and recent changes**

Responsibilities for funding and managing health care services in Australia have traditionally been divided between the national government, and the six states and two territories. Thus, the power of individual actors to plan and regulate is usually limited and the Australian (Commonwealth) Government and the States must agree on all major health reform steps. Recent reforms in 2004 and 2011 have reflected continuous attempts of the Commonwealth government to assume a higher level of control in some areas. This has usually worked through intergovernmental agreements and funding mechanisms and more recently by creating national regulatory, planning and oversight agencies.

#### **Policy priorities and tools**

Health professional regulation has traditionally been a responsibility of the 8 states and territories with separate health professional planning boards. In 2010, health professional regulation was centralized. Initially one national health professional board was to be established for all health professionals but some health professional groups opposed to the plans for joint regulation and planning so that eventually 10 national boards for each group of health professionals were established. A national oversight agency, the Australian Health Practitioners Regulation Agency, was set up to ensure accountability of the national boards. Health Workforce Australia is also a new agency created for providing national level

advice, coordination and consultation on health professional recruitment and retention. The purpose is to tackle the progressive shortage of health professionals in Australia and work towards a nationally coherent approach to health professional staffing in hospitals.

Primary care has become subject to a nation-wide policy through “Medicare Locals” which are integrated local planning units funded by the Commonwealth. Currently about 30 Medicare Locals are set up each composed of about 100–300 health professionals of different disciplines. The intention is to further roll them out. Medicare locals are expected to encourage collaboration amongst GPs and other health professionals, foster the integration and continuity of care, and enhance continued training. There are financial incentives for GPs who are willing to sign up with Medical Care locals but they will continue to operate as private practitioners. In addition to general practice, a small number of polyclinics will be established as community health centres that will work in an interdisciplinary approach to care provision. General practitioners who fear to lose patients to them have not supported the establishment of these polyclinics, but the opposition is not been very fierce since overall the demand for health care exceeds the supply in Australia and thus polyclinics are not likely to change the GPs position working in private practice.

A national agency for disease prevention has been established in 2011, the Australian National Preventative Agency, as a partnership of the Commonwealth government, State governments and the private sector. It will focus on strengthening the individual responsibility towards prevention and provide recommendations. Critics of the agency have argued that it will not have the leverage to influence the health environment towards a collective and community approach to disease prevention.

The most recent reform as of August 2011 also influences funding and governance arrangements for hospitals. Overall the Commonwealth government will assume a stronger role but supervision and provision of hospital care remains in the hands of the States. Additional funding is provided nationally covering block grants for public hospitals and performance targets will be developed nationally starting with waiting time targets on elective surgery and emergency care. In addition, there are plans to establish local hospital networks grouping up to 4 hospitals together. Payments of these groups for the provision of services in the public

scheme will follow a national pricing system. For each patient under the public scheme hospital services will be paid 60 % of “the efficient price” of the respective Diagnostic Related Group. The newly established Hospital Pricing Authority will determine hospital prices for the local hospital networks. The scheme is expected to improve efficiency and level out the substantial variation in hospital prices.

Another area with increased funding and policy responsibility of the Commonwealth is for care for the elderly including long-term home and community care with the exception of Victoria and Western Australia where they will continue as joint ventures. The Commonwealth funds care for the elderly, in particular long-term care in residential homes, under the Aged Care Act 1997. Care for people in their own homes in the community, and also support for their carers, is provided under an intergovernmental agreement through the Home and Community Care (HACC) program.

Three new national agencies will be established to increase leverage of the national government on hospital funding and performance management: the Independent Hospital Pricing Authority is planned in order to establish a national pricing scheme for hospital services. A National Health Funding Pool will make payments to hospitals, and a National Health Performance Authority is established to monitor and publicly report on hospital performance. In addition, the Australian Commission on Safety and Quality in Health Care – an agency that sets out standards for safety and quality of care – has already become a statutory national entity.

### **Conclusion and outlook**

The health care system in Australia is characterized by the division of governance responsibilities of the States and the Commonwealth Government. Major changes have to be negotiated through bodies jointly such as in the Council of Australian Governments and the Australian Health Ministers Conference. The trend has been a growing coordination of strategies and policies such as in funding and provision of care to ensure more equal access to care; level out differences in prices of health services; increase nationwide performance on quality, transparency and public accountability of health care providers; and increase the continuity of care between the different health care sectors. The recent trend to coordinate

policies at Commonwealth level has arguably diminished the autonomy of States and Territories. In addition, by incentivising health care providers to sign up to certain care groupings the attempt is made to create better conditions for aligning care providers to common strategies and policies. The scope of services provided however is not fundamentally revisited, and rationing takes place by waiting lists only. The progressive shortage of health professionals in Australia will likely be one of the factors restraining fundamental changes.

## Denmark

### Governance model and recent changes

The Danish administrative system has undergone a major structural reform in 2007 that shifted responsibilities and effected relationships between the national level, the county/regional level and the local level (Andersen et al., 2010). The reform reduced the number of regional units (from 14 counties to 5 regions) and local units (from 275 to 98) and transferred responsibilities for prevention, rehabilitation and social care from the regional to the local level. The reform created larger regions and municipalities but with a different distribution of responsibilities among them. In hospital and highly specialised care, this meant a more central form of administration, supervision and provision of care with fewer and larger hospitals and more centralized provision of highly specialised care. In addition, the National Board of Health has been given more power to plan and provide guidelines for highly specialized services. In contrast, responsibility for prevention, rehabilitation and social care was shifted to a lower level of administration originally from counties to the municipalities. The new responsibility levels for administering and providing the different types of care means greater division of responsibility and accountability for overall care provision. To enhance coordination between the different levels of care, the 2007 reform enforced mandatory regional health agreements between the regions and municipalities.

**Table 1. Government reforms in Denmark: changes in responsibilities**

1973–2006	2007–2011
<b>State</b>	
Legislative power	Legislative power
Partition of tax money in negotiation with municipalities and counties about general grants	Partition of tax money in negotiation with municipalities
<b>Counties</b>	
Fifteen counties	Five regions
Power to levy taxes	No power to levy taxes
Hospital steering/treatment	Hospital steering/treatment (somatic and psychological)
Chronic diseases	Plan hospital structure and function
Health promotion and prevention activities	Receive payments for hospital treatment from the municipalities
Ambulatory treatment	
Secondary education	
Rehabilitation	
<b>Municipalities</b>	
Less power	More power
Small geographical areas (215 municipalities)	Bigger geographical areas (98 municipalities)
Responsible for all social services (e.g. elderly care), welfare services (e.g. unemployment benefits) and education services (e.g. primary schools), except health care	Same responsibilities in addition to secondary education (e.g. high schools)
	<u>Responsibilities that were previously with the counties</u>
	Extended health promotion and disease prevention
	Rehabilitation
	<u>New responsibilities</u>
	Establish health agreements between municipality and region about cooperation/coordination within health sector
	Patient education

Source: Andersen et al. 2010.



The reform also included a change in redistributing funds: a new system of earmarked taxation was introduced at national level with approximately 80 % redistributed to regions through block grants and 20 % redistributed to municipalities to co-finance hospital services. The right for regions to levy tax income was removed. At the same time, central level influence of regions' capital investments was increased: since 2007, the Ministry of Health must approve capital investments of regions above a certain level.

### **Policy priorities and tactics**

Priorities of the 2007 reform might be divided into official policy priorities and political priorities. An often stated policy objective of the concentrating element of the reform was to secure economics of scale in service provision according to the perception that larger catchment areas would guide more efficient specialisation and structural adjustments. This was expected to eventually yield economic savings in specialised care and improve the quality of highly specialised services. In addition, more direct state control on hospital care provision was expected to enforce more uniform quality standards for hospital care, equalize waiting times, and improve the availability of medical technology and the provision of diagnostic and curative care across the country.

Looking at the political motives, officials of the central government were keen to stop being held accountable for problems occurring at county level and which they effectively had no control over. In this way, the reform ended a power struggle between the counties and the central government. By empowering municipalities and creating locally accountable planning structures for welfare, public health and health care services at the same time, the central government communicated the objective to improve coordination of care by eliminating duplications and insufficiently or poorly handled ("grey zone") health care and welfare services (Ministry of the Interior and Health, 2004). Thereby the central government formed an effective coalition with the municipal level to ally against any potential opposition from the counties who might be seen as the main loser of the 2007 reform in terms of decision-making and planning power.

There have also been commentators arguing that the 2007 reforms paved the way towards more market oriented reforms by

breaking the power of the regions and further encouraging outsourcing and contracting out of services to the private sector. Outsourcing has become more popular with the introduction of the waiting time guarantee in 2002, which allows patients waiting for treatment for more than one month to seek care by any provider.

### Tools

National frameworks and indicators have been important national level tools to coordinate policy and planning for health services. This applies not only to the 2007 reform but also to the whole of the last decade, albeit national guidance for services planning and for integrated care models was reemphasized with the 2007 reform.

Obligatory health agreements are important contractual commitments conducted between each municipality and its respective region to secure health care provision in line with national guidelines. Health agreements include arrangements regarding hospital discharges for weak and elderly patients, on the social service available for people with mental disorders, and on prevention and rehabilitation. They were introduced in 2007 to foster coherence between the different levels of care. The National Board of Health became responsible to issues national indicators for patient pathways and integrated models of care that were to be subscribed into health agreements.

The development of a model to improve quality of care builds on regional initiatives but has progressively moved towards a nationally applied system. In 2002, national and regional authorities agreed to integrate a number of national and regional models into a comprehensive national scheme comprising standards (process related standards for care; diagnosis related standards for care; and organizational standards). A national quality database allows comparing quality in a number of clinical areas (including diabetes care, lung cancer, schizophrenia, heart failure, hip fracture, stroke and surgery for acute gastrointestinal bleeding) and national measures of patient satisfaction, all hospitals were included in the national quality scheme in 2007 and a national system for monitoring adverse incidents was introduced in 2004.

## Implementation and impact

The strong support of the central government and the municipalities have been important factors in the implementation of the reform, and this watered down the resistance of the counties towards giving up their remits. This in turn has affected the compliance of hospitals with the reform, as hospital managers of public hospitals are civil servants directly employed formerly by the counties and now by the regions. This means that they traditionally often do not operate as independent policy actors and do not form a strong representative interest group. Overall most health professionals were indifferent with the reform, but some have also promoted the reforms as they saw professional merits in a higher degree of specialisation.

The implementation of the reform was a complex process since it has drastically changed responsibilities for planning, managing and administrating health and welfare services across the different organizational tiers. The changes in administration through the mergers of counties into regions and the mergers of municipalities into larger units took place at relatively quick pace. Regional plans have helped to implement new provisions for capital investments in hospital infrastructure according to national guidelines. A number of smaller health care facilities have closed, as they no longer complied with national requirements for services infrastructures and for the required volumes of interventions. The closure might have influenced geographical access to acute care in some remote areas of Denmark but this has not been subject to major public concern so far. Recorded waiting times have reduced substantially due to the introduction of the maximum one month waiting time guarantee in 2002, but they have not yet substantially changed since the reform in 2007, suggesting that the reform is likely to have had little measurable impact on waiting times to date.

Implementation for the new prevention, rehabilitation and social services planning responsibilities at municipal level has been more varied, partly owing to the large differences in size and capacities of the municipalities. Many of the larger municipalities have been proactive in developing health agreements with providers. For some of the smaller municipalities, it has been more difficult to deliver highly specialised rehabilitation and long term care services, for instance cater for patients with complex disabili-

ties. This has triggered a debate in the new government to revisit and potentially reduce the functional remit of the municipalities.

### Conclusion and outlook

The 2007 reform has shifted responsibilities for health services planning to the municipal level and has increased the role of the national government in setting out national frameworks for local and regional health services plans, speciality planning and the performance on quality and efficiency. Considering the large scale of the reform, opposition was not very fierce, partly owing to the highly integrated nature of the policy-making and provider institutions and implementation has been complex but considerably smooth. Early observations suggest that the more centralized form of planning clinical specialties has increased efficiency so far without fundamental compromises to access to care, as measured by waiting times. The results of the reform in planning and provision of long term, rehabilitation and social care are more heterogeneous due to the large differences in size, capacities and health and social structure of the different municipalities.

Health care figured as one of the major election campaign themes in the preface of the national election in September 2011. The liberal-conservative coalition had launched plans to abolish the regional health administrations. The election however resulted in a return of the leftist government to power, which is less likely, compared to the previous government, to introduce fundamental changes in the division of responsibilities.

The new government has just taken office (September 2011), and it is too early to determine how this will exactly influence the current health care governance arrangements. Overall, it is unlikely that the government will fundamentally change the current delegation of responsibilities. Some instant decisions have been taken along with the election manifesto, including the removal of regulation in favour of tax deductibility for private health insurance contributions that the previous government had introduced to encourage the uptake of voluntary health insurance schemes. These plans already start to show an effect with substantial losses encountered in the private health insurance sector. In contrast to private funding schemes, the new government is however not expected to dis-encourage private providers from offering services

under the public waiting time guarantee scheme. It will likely continue to encourage regions to embark on outsourcing agreements with private providers where there are shortages of public providers and where there are cost effective alternative private providers such as in the auxiliary services branches.

Under consideration is the scope of municipal responsibilities and also environmental health regulation and to return this to either a regional or a national responsibility as some municipalities have found it difficult to regulate industrial behaviour of industries they rely on. Municipalities' responsibilities for complex long-term care are also at stake.

## England

### Governance model and recent changes

England has a centralised health system administered through the publicly funded National Health Service (NHS). The NHS is a pioneer in providing national guidance for clinical interventions through the National Institute of Clinical Excellence (NICE), quality assurance through the Care Quality Commission, or financial sustainability through Monitor, which supervises Foundation Trusts. The NHS also has a long track of national clinical policy development inscribed into National Service Frameworks, and targets that guide priorities and resource allocations at regional and local levels and have contributed to a substantial reduction of waiting times. Strategic Health Authorities were created in 2002 to manage the NHS at regional level and to make sure that local health service plans integrate national health priorities. The number of originally 28 strategic health authorities was reduced to 10 in 2006.

Since 1989, England has been on a quest to find the right balance between strong national level guidance and market approaches. The introduction of GP fundholding in 1991 was designed to stimulate entrepreneurial provider behaviour by giving GPs limited responsibility to manage budgets and purchase secondary care for their registered patients. In 1998, GP fundholding and purchasing system was replaced by a system of commissioning of primary, secondary and tertiary care services through managerial units called primary care trusts. Around 150 primary care trusts manage about 80 % of the budget of public hospitals and general practitioners. Thus, by

2010, the NHS had three prevailing governance models in parallel (Greer, 2011): one model consists of direct management by nationally defined targets delivered through local managerial arrangements; one is characterized by specialist regulation and guidance provided through national institutions; and one model is determined by market mechanisms designed to stimulate competition and promote patient choice.

In early 2011, the Conservative Liberal Democratic coalition government launched plans to fundamentally alter the arrangements for commissioning services. This came somewhat as a surprise as the health election campaign theme of the Conservatives had ruled out fundamental changes in the NHS. The current proposal is to introduce local Clinical Commissioning Groups, dominated by general practitioners but also including representatives of specialist physicians and other health professional groups. Their role is to purchase hospital and specialist care for their registered populations, negotiating with regulated autonomous hospitals. They will be free to purchase care from the public, private, and charitable sectors. According to these plans, the territorial commissioners – primary care trusts and strategic health authorities – would be abolished and the government would devolve responsibility for vertical performance management, which would pass to a new National Commissioning Board. The National Commissioning Board would be responsible for regulating local commissioning groups, potentially through regional branches of the National Commissioning Board and will play a leading role in defining standards for the quality of care, together with the National Institute of Clinical Excellence. The National Commissioning Board will moreover hold local commissioning groups responsible for their contributions to achieving a set of NHS outcomes. The NHS Outcome Framework published in March 2011 confirms plans to move away from performance management by targets and replace them with local planning processes whereby locally expected results will be negotiated between the national actors (representatives of the National Commissioning Board) and the local actors (local commissioning groups). The local plans are also expected to emphasize a more integrated approach to social and health care for adults, for example in the domain of long term care.

## Policy priorities

The most consistent driving force for the changes in governance arrangements across the different governments in the past 3 decades is the desire to control costs without compromising on quality in a system that tries to provide universal access to care (Greer, 2011). This priority has also driven the agenda of the current government. Officials in the current government maintain that this is a decentralizing agenda. By introducing the local commissioning groups, local clinicians will be empowered to take a leading role in deciding how care will be delivered whilst the role of the national commissioning board is limited to overseeing and supervising their operations. Yet, there is an alternative view, namely that the commissioning board will increase central influence, and impose a rigid regulatory framework for the commissioning groups who would consequently become agents of the state.

The coalition government has also officially argued for a need to produce more cost effective care by bringing services closer to patients' homes. They furthermore stress the need to move away from reliance on a management driven commissioning agenda towards a clinical outcome agenda.

One parallel objective of the reform plans are to cut expenditures in the NHS by about 20 %, mainly through substantially reducing management in the NHS. The abolition of the primary care trusts and the strategic health authorities is expected to release approximately 24.000 jobs – most of which will be NHS managers – and will effectively eliminate the regional and managerial tier of the current health services commissioning process, albeit replaced in part by Clinical Commissioning Groups

A more hidden agenda is a reversion to a more contestable environment for health services provision because NHS and private health care providers are expected to compete for the contracts with Clinical Commissioning Groups. In essence, the current government is also keen to see their electorates benefit from increased choice of provider along with a higher variety of provider organizations.

## Tools

As mentioned before, the Health and Social Care Bill 2010/2011 proposes an independent NHS commissioning board to allocate resources and provide commissioning guidance; proposes to make general practitioners responsible for commissioning services on behalf of their patients; strengthen the role of the Care Quality Commission; change the remit of "Monitor"; and abolish the primary care trusts and the strategic health authorities.

Local Clinical Commissioning Groups will therefore be the most important tools for implementing the reforms at local level. Local commissioning groups will take control for about 80 % of the NHS budget. The National Commissioning Board and the "Monitor", will be the national regulatory and oversight bodies for the new commissioning and care arrangements. Monitor is a national agency that has so far been responsible for regulating NHS trusts. It is planned to become an independent economic and care regulator for access to care, integrated care and competition in the NHS.

One new national institution – the National Commissioning Board – will be formed, and the remit of "Monitor" that has so far overseen Foundation Trusts existing will be increased towards becoming the main economic regulator in the NHS that would promote and regulate competition based on quality and pricing and promote coordinated integrated care approaches. The new NHS commissioning board will be established to set guidelines, regulate and oversee the commissioning process possibly with regional branches. Monitor is a national agency currently responsible for regulating NHS trusts. It is planned to become an independent economic regulator for access to care, integrated care, and competition in the NHS.

NHS hospitals will continue to be allowed to take on treatment of private patients (who are either privately insured, or who will pay their treatment out of pocket). Caps on NHS trusts on the income generated through private patients that was introduced under the Brown administration will be removed.



## Impact, opposition and outlook

The discussions about potential reforms are on going and can thus not yet been assessed with respect to their likely impact. But early signs of the reform is that trust and health administration staff are already leaving, and that more than 150 commissioning groups have been formed to date (October 2011).

The draft bill created a lot of controversy and was thus withdrawn from the House of Commons (Lower Parliament) after its second reading in January 2011 as it risked failing to pass through the House of Lords (Upper Parliament) due to strong opposition from the Liberal Democrats who had fundamental concerns about the provisions on competition and the promotion of private sector services. In the first half of 2011, the Bill underwent a series of consultations and listening exercises. These resulted in a number of amendments to the Bill. One of the most important amendments is the revision of the duties of the Monitor towards promoting integrated care and not just promoting competition. This pays tribute to concerns over allowing competition to produce radical change to the look of the health service.

In the past months, proposals have faced and still face significant opposition from a range of actors, including the representative bodies of the medical professionals, hospital boards, and trade unions. It is feared that the contestable environment for hospitals and a zero nominal budget growth up to the year 2015 will lead some hospitals into bankruptcy or forcing them to reduce services and that the market orientation will eventually erode the principal values in the NHS such as universalism, equal access and public accountability.

There are also concerns that provisions of the Bill change the responsibility of the Secretary of Health and may essentially reduce accountability of central government to provide a comprehensive and universally accessible NHS.

Opposition from the trade unions is fierce and focused on the reduction of labour. There are also fears that the reform plans, the speed and scale of the changes will bind considerable staff and capital resources and will thereby destabilize health services, making it impossible to maintain the level of care.

Some commentators have expressed concerns about the possible fragmentation and duplication of services through the emergence

of parallel public, private and charitable providers, and consequently inflationary volumes of health services and expenditures.

Even amongst General Practitioners who have called for more clinical orientation of the commissioning process within the NHS, there is widespread concern that they might not be qualified for the financial and administrative responsibilities of commissioning services and some fear to losing popularity amongst their patients by having to take on NHS management roles.

In the second hearing in the House of Lords on 12 October 2011, some of the criticism of the Bill focused on the lack of attention provided in the Bill on ensuring proper public participation means and democratic legitimation of the new structures such as the Clinical Commissioning Groups, the NHS Commissioning Board and Monitor. Others argued that the Bill was mainly concerned with tackling costs – a comparatively well performing domain of the English NHS – whereas the Bill did not propose measures designed to improve variations in health outcomes.

It seems that there are two main scenarios that may lie ahead for the commissioning reforms – should they go ahead. One would lead to a more heavy-handed governance set-up through a strong regulatory National Commissioning Board and its potential regional branches. A second scenario is that local commissioning groups would take up an entrepreneurial and leadership role, and in some ways reverting back to the GP fundholding attempts to engage clinicians in helping to manage the services.

## **Finland**

### **Governance model and recent changes**

The central role of the Finnish government is that of a legislating and guiding role and providing block grants to municipalities. Decision-making related to the organization, provision and funding of health and social care is delegated to the 336 municipalities, which have a strong tradition of local democracy. The competencies of the municipalities progressively increased whilst the role of the central government has shifted from a steering role towards a guiding role: In 1993, municipalities were given the authority to decide upon the provision and financing of services whilst the central government was responsible for defining the general conditions

such as for contracting out and cost sharing by patients. Funding was changed from a system of earmarked state funding for health towards a system whereby municipalities receive block funds from the state to cover health and social care and raise additional funding. Since then, Finland has a multichannel financing system mainly by municipalities through a combination of municipal taxes, state subsidies and user charges; and a rapidly growing occupational health care system that provides additional coverage for the population under employment who enjoy easier access to primary care and outpatient specialist services.

### **Policy challenges and priorities**

Looking at expenditures, Finland had been heavily hit by a steep economic depression in 1991 that led to a marked decline of total health expenditures in real terms and public expenditures as a share of total health expenditures. The share of total expenditures as a share of GDP remained relatively stable until 1995 but started to substantially decline thereafter. The decline in state funding was compensated with an increase in private funding through user charges and the abolition of tax deductions on medical expenses. The low per capita spending on health care in the midst 1990s and early 2000 compared to the other Nordic health care systems has thus been subject to on-going policy debate especially in the past decade. Overall per capita spending has substantially increased over the past 5 years, but there are substantial differences between municipalities.

Another problem is related to the small size of numerous municipalities and the small funding pools available to cover costly interventions. This has led to the creation of municipal federations and governmental equalization processes such as cross subsidies. Yet, the small size of the covered municipal population and major differences in catchment areas and geographical access has also led to concerns about equitable access, efficiency and quality of health and social services in particular since municipalities have progressively opted to introduce user charges to cover health care expenditures. Large differences in purchasing power and capacity of municipalities to purchase care from the 21 hospital districts and private health and social services providers and the fact that smaller and remote municipalities simply lack the choice such as over

accessible hospitals has further exacerbated the differences in playing fields of the municipalities.

Finland has also seen an emergence of parallel coverage and provider structures such as through the double coverage of employees through their occupational health entitlements, and those through their entitlements as resident of a certain municipality. These have been exacerbated by problems in aligning the new municipalities' competences with the country's fundamental values of equity and universalism.

The public/private mix in health care has not seen a major shift in policy priorities. Regarding financing, the mechanisms around multi channel financing have progressively led to an increased share of private funding sources over time. Private provision of primary care has been subsidised by the state with the objective to increase consumers' choice on their care providers. Municipalities have increasingly experimented with outsourcing provision in primary care and it is increasingly common for municipalities to contract specific services segments from the private sector, for instance certain low risk operations such as cataract surgery. Common is the voucher system whereby patients are given a voucher to purchase care from the providers of their choice, and choice of a private provider is likely to yield higher user charges. Yet, although there is a role for the private sector in the Finnish health care system, private care models have evolved in an incremental and somewhat experimental way as an alternative towards public integrated provider structures partly to tackle shortages in public sector staff, and partly to test out efficiency savings and they are not developed as an explicit strategic priority of the Finnish health care system to date.

An explicit objective of a trans-governmental "productivity programme" in 2006 to 2007 was to diminish administrative costs of the governmental apparatus by reducing the number of posts simply by not renewing posts that became vacant through retirements. The reform was implemented across all governmental legislative and executive services.

It should be note that in general, decentralizing responsibilities in health care is widely accepted in Finland as the population is dispersed and thus values local decision-making and accountability structures – so that any reverse direction is politically difficult to implement.

## Tools

Major changes in Finland are usually achieved through law.

One of the most visible tools to address concerns related with unequal access, waiting times, availability of human resources and differences in standards of care was the 2001 government initiated project to ensure the future of health care. This project resulted in an agreement between the national government to increase the level of state subsidies to municipalities and in turn for municipalities to work towards a number of structural changes, and a set of new standards in care (Vuorenkovski et al. 2008). The agreement also resulted in waiting time limits on 270 diagnostic categories in hospital and primary care regulated by the Primary Health Care Act and Act on Specialized Medical Care implemented that came into force in 2005.

Where the government holds responsibilities such as in the pharmaceutical sector, it has also been able to effectively tackle fast growing expenditures through introduction of a reference price system to regulate prescriptions of generics against the fierce opposition of pharmaceutical companies.

The reconfiguration of municipalities has been a major instrument to counteract the negative consequences of decentralization. In 2008, more than 75 % of municipalities had fewer than 10.000 inhabitants and 20 % had fewer than 2.000, and thus many municipalities were too small to secure sufficient skill mix, resources and infrastructure for providing services. With the previous government, the number of municipalities was substantially reduced from 415 in 2008 to 336 in 2011, covering a minimum of about 20.000 people. This process has been fairly smooth, partly due to the support of the Finnish Centre Party that has particularly strong positions at the rural municipal levels.

The most recent Health Act of 2011 introduces patient choice on the primary care centre and the family physician and nurse, and on public hospital for treatment.

## Impact

The above mentioned governmental productivity program has substantially reduced administrative costs of the central government and at regional level, but municipalities have in turn had to strengthen

their administrations. In addition, the downsizing of legislative and executive capacity at central government level at the same time was accompanied by a substantial upheaval of capacity at the level of institutions operating at arm length of government. For instance, whilst in 2005, the Ministry of Social Affairs had a small team of core staff of about 70, the merger of the National Institute of Public Health and the National Institute for Health and Welfare created a core staff of around 1.000 people. Institutional changes over time also created upheavals in institutional governance arrangements at national level. For instance, the remit of a national institute responsible for professional regulation was first extended to social policy, then to certain areas of public health, before these responsibilities were then shifted back to the level of the provinces. The Finnish Medical Agency is another example of a national institution that struggles with an explicit decision to geographically move it away from the centre. The decision to relocate its headquarters from Helsinki to Kuopio in three stages up to 2014 makes it more complicated for the institution to operate at arms length from government and more importantly to recruit qualified professional staff.

The current system that leaves municipalities in charge with a high degree of autonomy is still associated with low costs compared to other European countries within a similar income spectrum and high satisfaction of the Fins with their services. The stronger remit of the municipalities has however created tensions in the past around the limitations on central subsidies for the municipalities and the centrally defined obligations. Municipal authorities have repeatedly called for higher levels of subsidies in order to fulfil these obligations in the past. This has in effect increased the role of the Ministry of Finance in steering the system. The weakening of the steering role of the Ministry of Health has also left an empty space towards a strategic national leadership role for health policy. Overall municipal investments, human resources recruitments, and expenditures have heavily focused on the secondary and tertiary care sector as well as the occupational health sector which has tended to promote private provider and more specialist care setting. The municipalities' autonomy in steering the provision of care meant that the state was unable to effectively intervene in this development. For instance, the initiative of the central government in 2005 to introduce regulations for providing specific maternal and child care services within the municipal primary health centres took more than three years of negotiation

between the central government, the municipalities and the doctors. Overall, the heavy focus on specialist care has compromised Finland's reputation as a leader of primary care in Europe.

The waiting time limit is considered a major achievement that has brought down waiting lists and times substantially in hospital and outpatient specialist care. In primary care the policy has been less successful owing to substantial remaining challenges in recruiting primary care workforce.

## Conclusion and outlook

The degree of decentralisation in the Finnish health care system has arguably been higher than in most other European countries and there have been some commentators pointing out that the problems involved in the high degree of decentralization such as inequalities in financing, access and quality of care may have outweighed the advantages associated with local responsiveness of policies to the health and social needs and preferences of the people, accountability and local participation. Yet, according to the pendulum principle, the trend toward decentralization is currently reversed partly to address some of the challenges of decentralized administration. For instance the governmental programme for the restructuring of municipalities and services decreased the number of municipalities. The national government has also fostered increased cooperation between municipalities and has reduced the number of central hospital districts from 22 to 18, and has introduced national criteria for waiting time limits. Further central level regulation is expected to focus on legislation on care for the elderly and primary care, in which legislation has been rather piecemeal.

The April 2011 election has changed the political landscape in Finland, with the National Coalition Party, and the Social Democrats turning out as main players in the six-party-coalition government. This government has announced a substantial further merger of municipalities towards an average population size of 100.000, which would reduce the number of municipalities from 336 to about 53. It is not yet clear how this reform would be implemented and whether it would be accompanied by further principle changes in the governance arrangements. For now, the strongest party in opposition, the Centre Party, has posed vivid resistance against this reform.

## France

### Governance model and recent changes

The French system is characterized by strong state regulation. Whilst traditionally planning and regulation has involved negotiations between the representatives of the providers, social health insurance and the state, the role of the state in planning has increased over the past two decades. The system remained fairly stable up to the 1990s but reforms in the last two decades have attempted to devolve planning responsibilities to the regions. The 1996 reform (called the “Juppé reform” according to the Prime Minister at the time) empowered the 26 regions to undertake hospital planning. As a consequence, several regional institutions were created to represent the main stakeholders. These included representative bodies of the social health insurance funds, representatives of the health professionals and public health actors. As a result, the regional planning work became somewhat dominated by the partial interests of individual actors. The 2009 Hospital, Patients, Health and Territories Act (*loi hôpital patients, santé et territoires*; HPST) tried to tackle this by merging the majority of these actors into 26 regional health authorities (*agence régionale de santé*; ARS) leading to more integrated institutions, cutting across the boundaries of health care, public health, and social care.

### Policy priorities

As in many other European countries, rising costs have made it rather difficult to deliver on the principal objectives of the French system that are listed in the 2004 Health Insurance Reform Act and include: universal and equal coverage, equitable access to care, fairness in finance; and continuity, coordination and effectiveness of care (Chevreul et al. 2010). The health system in France is amongst the five top nations in the world in terms of per capita expenditures and health expenditures as a share of GDP. This level of expenditures becomes problematic in times of troubled economic performance and growing public deficits.

One important priority justifying strong central level stewardship is fairness in financial contributions to care, and minimizing the risk of financially grounded exclusion from care such as through



granting free access to voluntary health insurance or providing vouchers to low income patients to cover user charges.

The policy objectives behind the introduction of regional health authorities were for once to simplify and improve the regional governance, ensure policy coherence and better tailor services portfolios to population health needs as well as facilitate the continuity between the different sectors of care especially to meet the increasing demand for long term care and to increase the power of the regions to tackle inequalities in health care access in their catchment areas.

The 2004 Public Health Act was introduced with similar intentions to improve coordination and consistency in public health policies yet at national level by putting forward 100 health priorities. The priorities were translated into targets and indicators for each social security branch in the so-called quality and efficiency programmes. The programmes in the health insurance branch are aiming to balance access to health insurance benefits, ensure adequacy of health insurance coverage to meet population health needs, provide efficiency in the provision of insurance benefits and work towards financial sustainability (Chevreul et al. 2010). They include a programme 1 on equal access to care with targets to reduce physicians extra billings; a programme 2 of five preventative health targets; and a programme 3 to enhance quality of care with targets for improving referrals from a GP, reducing waiting times, improving availability of primary care on a 24 hour basis, improve hospital acquired infections, increase the number of accredited health care institutions and enhance professional appraisal. Programme 4 aims at improving efficiency and control expenditure with targets for instance on drug prescriptions and use; sick leave compensation; and elective procedures performed on an outpatient setting.

Policy priorities in hospital care have been mostly related to increasing productivity and efficiency in hospital care. The 2009 HPST Act reformed the governance of public hospitals by allowing more flexibility in the management of public hospitals. Competition amongst public and private hospitals was to be promoted by introducing a common funding structure by adopting similar DRG tariffs by 2012.

### Tools and debates around them

In spite of a stronger role of regions in previous years, the Ministry of Health, and the government and parliament remain the most powerful regulatory and policy-making institutions and this role has further strengthened in recent years. Following the 1996 reform, the parliament was mandated to approve the national ceiling of the annual health insurance expenditures and the revenue side of the budget.

The 1999 Universal Health Coverage Act is another central-level steering device that has regulated basically free access to voluntary health insurance for low income groups through providing free voluntary insurance or alternatively a voucher system that removes the requirements for out of pocket payments.

The Social Security Finance Act in 2000 transferred responsibility for hospital policy from social health insurance to the state. The Health Insurance Reform Act and the Public Health Act furthermore changed the governance of the system in 2004 by increasing the role of the parliament in setting the above mentioned health priorities and establishing national management of social health insurance. The parliament also acquired a new role with its "Alert Committee" which is activated when the social security deficit reaches a predefined threshold. After 2004, two categories of care were implemented with different tariff structures. In addition, stricter control on tariffs was enforced. Although tariffs are negotiated between providers and social health insurance representatives, they are subject for final approval by the Ministry of Health. The reform furthermore formalized a gatekeeping system with financial disincentives for direct access of services without consulting with their preferred doctor.

Another area that is increasingly determined by national policy is quality of care with a plethora of tools. National agencies have been developing mandatory practice guidelines and good practice commitments have emerged between collective representatives of health professionals' and social health insurance. Sanction fines for non-compliers initially accompanied these commitments but there is now a trend towards establishing a pay for performance scheme for individual doctors based on good practice targets: Individual practice contracts for practice improvements were introduced in April 2009. The contract uses a pay-for-performance incentive to achieve efficiency targets in primary care, of which the prescription

of generics and of low-cost statins received much public attention (Chevreul et al. 2010). A good half of all free practicing doctors are eligible for receiving additional payments for achieving targets. A national policy requires hospitals to undergo certification every 4 years and all health professionals have to provide proofs for regular continuous training.

The strong health policy role of the government has triggered the establishment of high-level advisory bodies in recent years such as the High Council for the Future of Health Insurance (*Haut comité pour l'avenir de l'assurance maladie* (later changed to the *Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie*; HCAAM)); the High Council of Public Health (*Haut conseil de la santé publique*; HCSP); and the National Health Conference.

In 2004, the National Health Authority was established to support quality and equal access to care independent from government. The Authority provides assessments on drugs, devices and procedures, accredits health care institutions, certifies professionals and publishes clinical practice guidelines. The Authority reports to government and parliament.

The 2009 HPST Act enacted the merger of health care, public health and social health insurance funds at the regional level with the objective to identify health needs and establish priorities at the local level with the major stakeholders including hospitals, self-employed health professionals, public health decision-makers, patients' representatives, and representatives of the state and social health insurance (Chevreul et al. 2010). The law was implemented in 2010 by establishing 26 regional health authorities with the mandate to coordinate outpatient ambulatory care, hospital care and long term care for the elderly and the disabled within their catchment area. They are responsible for developing strategic regional health plans that spell out criteria and targets for the provision of care. The strategic health plans are based on epidemiological and demographic profiles of the catchment population, and indicators for the utilization of care. These plans are designed to provide the framework for any services planning and tendering conducted at regional level. Regional health authorities can rationalise, they for instance have now the power to close or merge hospitals. As part of their mandate, regional health authorities have also more influence on workforce planning and distribution. They can set out legal provisions for the transfer of tasks between health professionals, can set their numerous *clausus* for medical school admission

in accordance to their current and projected regional health needs, and can optimize the distribution of health professionals by providing financial incentives for professionals to serve in under-supplied areas. The regional health authorities are now in the driving seat for any service related planning.

The degree of power given to the new regional health authorities and especially their director in the 2009 HPST was subject to some controversies between the national ministry of health and the social health insurance funds. The Social Affairs Committee of the Senate consequently advised the government to limit the remit of regional health authorities towards implementing “nationally defined priorities” but these proposals were rejected. Instead amendments to the original plans were made to concretize the terms of references of the regional health authorities and their directors, to increase mechanisms of accountability, and to allow others than civil servants to apply for the position of the regional health director (Or, 2009). A key concern of those that remained sceptical to the reform is that the appointment of a regional health director as well as a public hospital requires the prior approval of the ministry of health and that hospital and regional directors are accountable to the state so that regional autonomy in reality might be limited and any regional decision making can potentially be overruled or undermined by the central authorities (Or, 2009).

### **Impact**

The French population enjoys good health with high life expectancy and longevity, low infant mortality, and comparatively low prevalence of cardiovascular diseases and obesity. Most of the French are relatively satisfied with the system.

The introduction of the gatekeeping system did not result in major changes for several reasons. One is that the gatekeeping reflected existing patterns of utilization of transferal through a preferred doctor. It has also been simple to change the preferred doctor. Another reason is that some essential specialities were excluded from the transferral scheme (dermatology, gynaecology, paediatrics, ophthalmology and psychiatry). And in reality access outside the referral scheme has been granted, basically without sanctioning consequences (Chevreul et al. 2010).

The CMU scheme has not yet entirely achieved its objectives to remove financial barriers to access of care since some physicians refuse patients under the CMU scheme partly because they have no possibility for extra billings above the tariffs reimbursed by the insurance companies. There is also concern that the deductibles on medical consultation, ancillary care, transportation, and drug problems will increase access problems. Overall, The reforms aimed at tackling inequality in access to care have probably not yet yielded the expected results. For instance in 2006, 14 % in 2006 of the population aged 18–64 years were reported having forgone health care in the last 12 months for financial reasons, while this share amounted to 16.5 % in 2008 (Allonier et al. 2008, 2010).

The setting up of the Alert Committee in 2004 and new statistical monitoring procedures for the health insurance expenditure budget has started to show an effect since 2003 when the size of the budget overrun has started to decrease up to 2007.

### **Conclusion and outlook**

The system has undergone a fair amount of governance reforms in recent years but the Ministry of Health has retained substantial control over the health system. The national health priorities first adopted for the period 2005 to 2009, and succeeded with priorities for the period from 2010 to 2014, and the new provisions for the governance and surveillance of social health insurance at national level have reemphasised the central level governance model that is based on the central government leading and setting directions for the health care system. But on-going reforms at the regional and the national levels may challenge its traditional role in future. Especially the 2009 Hospitals, Patients, Health and Territories Act empowered the regions for a more integrated approach towards health financing and the delivery care. The regional health authorities have now become a more important actor in governing ambulatory care, hospital care, and their so-called third sector, the health and social sector (Chevreul et al. 2010). The number of administrative stakeholders at national and local level remains very high and it is yet to see what effect the new arrangements will have on the traditional challenges of the French health care system such as how to effectively coordinate care between the different health care

sectors and numerous players, and how to sustain the level of care given the high level of expenditures.

The big question is how the regional health authorities will interpret their new role. Will they micromanage? Will they prevent innovation by trying to cut costs? Much will depend on the leader of the health care region.

## **Germany**

### **Governance model and recent changes**

Germany has a division of responsibility between central government, the federal states and the so-called “self governing bodies”. These corporatist health care providers and social health insurers are usually legitimated through social elections. The subnational players have traditionally a powerful policy making role. The central government however has gradually enhanced central level control over social health insurance financing and the provision of services: A national social health insurance fund, the so-called solidarity fund, was established in 2009 and has centralized the collection of all social health insurance contributions. At the same time, the level of social health insurance contributions became nationally fixed and uniformly applied to all social health insurers for the first time. And a new law on health care provision will take some planning of highly specialized ambulatory health care services out of the hands of the association of ambulatory care physicians working under social health insurance conditions and shift it to the regional ministries of health to influence the establishment of practices towards geographically remote areas (in essence rural areas, and the eastern Länder). Public health emergency planning is another field that experiences a gradual shift of traditional responsibilities from regional to central level. Within the corporatist actors, the trend is towards progressive merging and centralizing administrative units.

### **Policy priorities**

Overall, policy priorities of the German social health insurance system are determined by a constant balance between the objective to allow choice of the insured on their insurers and health care pro-

viders and macroeconomic concerns over social health insurance expenditures.

The objective to ensure consumer choice has contributed to the promotion of market competition between insurers in the past and has also provided the basis – although less explicitly – for the modest promotion of competition amongst providers in both hospital and ambulatory care. The coalition government of the Christian democrats and the Liberals intended to reinforce competition of funds in 2009 by setting contribution rates centrally but introducing the option for funds to levy and collect a surcharge to health insurance contributions in order to cover their excess expenses. Between 2009 and 2011 this surcharge was limited to 8 Euros but from 2011 onwards, these surcharges are no longer limited. In addition, a special exit condition was granted for members wishing to change their funds so that the additional surcharge has not become subject to price competition between funds. Individuals whose average surcharges exceed 2 % of their gross income are granted lower contribution rates, these are covered by general taxes. Additional surcharges levied by sickness funds were expected to promote efficiency of the funds since it was expected that surcharges would become an important criterion for members' choices towards the more efficiently operating funds. In addition, the Health Financing Act aimed to separate labor costs from health expenditures by capping health insurance contributions at 15.5 %, and increasing the share of the employees (Bäumler et al. 2010).

The introduction of the solidarity fund in 2009 was motivated by the intention to potentially increase the governments' influence on health insurance finance, by enabling tax subsidies.

The progressive merger of health insurance funds, and the creation of a single peak organization of sickness funds is motivated by the objective to increase transparency, reduce fragmentation in decision making, and make collective contracting more efficient.

Improving the coordination of care has been another key objective that drove the introduction of disease management programs in 2002.

## Tools

The creation of the Solidarity Fund in 2009 has been one of the most fundamental financing reforms of the German social health insurance system in the past decade. The Fund has centralized the pooling of social health insurance contributions of all socially health insured members (88 % of the population), which were previously collected and pooled by health insurance funds individually. The social health insurers continue to collect contributions from their members and pass these on to the Fund. Funds are reallocated to the social health insurers based on a standard average cost (15 Euro per month per insured), age, gender, employment status and morbidity patterns of the insured. The risk compensation scheme for the morbidity structure relates to 80 well-defined chronic cost intensive diseases and is identified through hospital discharge data and diagnostic data of ambulatory care physicians. A standard contribution rate (15.5 % of gross income, up to an income ceiling) had been set initially. The second economic stimulus plan contained a further tax-based injection of funding, to lower the contribution rate to 14.9 % in 2009. In 2010, the contribution rate was increased again to 15.5 %. The share of the insured amounts to 8.2 %, the employer share is 7.3 % and fixed. The government loan subsidy to the social health insurance scheme is gradually increased up to €14 billion in 2012. Establishment of the new central fund facilitates more centralized monitoring of social health insurance revenues and increases the opportunities to effect transfers from taxed sources.

The majority of self-governing actors have moved towards more concentrated governance structures over the past decade. One of the nationally most prominent decision-making institutions for the social health insurance scheme is the Federal Joint Committee of Sickness Funds and Providers that was established in 2004 (Smith et al., 2011). The Joint Committee is composed of an equal number of providers and insurers. Patient representatives participate without voting rights. The committee is responsible for defining the benefit package of the social health insurance on the basis of systematic reviews – partly provided by the Institute for Quality and Efficiency – on the costs, benefits and cost effectiveness ratios of pharmaceuticals and medical interventions. There have been a number of recent considerations to increase the democratic legitimacy of the Joint Committee. One current parliamentary debate focuses



on the proposal for political nominations of representatives in the Joint Committee.

There has also been a notable merger of sickness funds from more than 960 in 1995 to 153 in 2011 – a development, which was explicitly intended by the government. The majority of sickness funds are organized at national level with central decision-making processes, whereas sub-national units have mostly administrative roles. One single peak organization of sickness funds was created through a merger of several peak organizations of sickness funds in 2007 and now operates as the central governance institution representing all 153 sickness funds and thereby the interests of close to 70 million German people under social health insurance. The peak organization of sickness funds has advisory functions for the federal and state parliaments and federal governments, is a member with voting rights of the Federal Joint Committee, and is a key negotiator for collective and for individual contracts under social health insurance. Mergers of funds are ongoing to date. For instance, a major merger is prepared between the DAK (the German Sickness Fund for Employees; Deutsche Angestellte Krankenkasse) and the BKK Gesundheit (a company based sickness fund; Betriebskrankenkasse Gesundheit) as of January 2012. The new DAK Health will insure 6.6 million people, 5.1 members and their dependents making the fund the third largest following the BEK (8.5 million insured) and the TK (7.7 million insured). The DAK has recently launched plans to eliminate the surcharges of 8 Euros in order to retain existing members and to attract new members.

The Health Financing Act has liberalized the per capita surcharge to cover health insurers' additional expenses as mentioned above. In addition, the Act eased the switching to private supplementary health insurance by allowing individuals earning above 48.500 Euros per year to opt out social health insurance. Previously, individuals had to earn more than 48.500 Euros in three consecutive years to be eligible for opting out.

Disease management programmes were enforced in 2002 on the basis of selective contracting initially for Diabetes type II, breast cancer, coronary heart disease, and chronic obstructive lung disease and later extended to Diabetes I, asthma and heart failure. Health insurance funds can contract providers selectively for the integrated management of the diseases following a protocol of minimum requirements on treatment guidelines and referrals to specialists, quality assurance, documentation, training and information of pro-

vider and patients, and evaluation three years following accreditation. DMP contracts are conducted selectively between sickness funds and general practitioners, and in order to enroll into DMP, patients have to sign up for a specific provider. Until 2008, sickness funds received a higher share from the risk structure compensation scheme for patients enrolled in the DMP, a scheme introduced in 1994 to redistribute sickness funds incomes based on average spending of insurers by age and sex. At the time the risk structure compensation mechanism did not take into account patients with chronic diseases so that insurers concentrated on attracting the healthy. Upon introduction of the DPM, insured people received a higher pay under the risk structure compensation scheme that then provided a strong incentives for insurers to roll out DMP to their patients. As of November 2010, 5.9 million patients – around 7 % of the members of the social health insurance scheme – were enrolled in DMP and more than 60.000 providers participated

### **Debates and expected impact**

The introduction of the solidarity fund has been one of the most important changes in the governance structure for social health insurance. The fund turned out as a compromise between two different fundamental reform models for health insurance in the national election campaign of 2005. The concept of the Christian Democrats is a capitation based uniform scheme for all socially health insured citizens. It includes a tax-funded insurance scheme for children, and tax subsidies for low-income individuals. The substitutionary private health insurance would remain in place. The Social Democrats favor an income-based model of the whole population (see section on outlook).

Some experts have criticized that the fund worked against transparency by making it more difficult to chase the flow of funds from sickness funds to the fund and the redistribution of funds from the national fund to the individual insurers. In addition, some claimed that the morbidity structure compensation mechanism might lead to a positive selection of sickness funds towards health risks eligible for compensation payments. There was also concern about an additional administrative layer due to the solidarity fund, which would lead to higher administrative expenditures and more bureaucracy.

The introduction of the fund coincided with the financial crisis of 2009 and two consecutive economic stimulus plans of the German government. The first stimulus package contained a lowering of the contribution rate to 14.5 % to lighten employers' social insurance costs and to stipulate consumer consumption. The financial crisis became thus a first successful test case of the solidarity fund. Following this experience, the governmental authority to interfere in funding social health insurance contributions became better accepted amongst those that had been critical (mostly representatives of the health insurance funds).

A relatively small number of health insurance funds claims surcharges from patients or reimbursed part of the paid contributions but this has led to a substantial shift of insurance membership. For instance, the DAK that had introduced a surcharge of 8 Euros lost 460.000 insured during 2010. Winners were those funds without surcharges such as for instance the GEK, TK, and the IKK.

Since the introduction of the solidarity fund in 2009, one sickness fund – the City BKK – was closed. The city BKK recorded ongoing financial difficulties since several years. The elevation of the surcharge of 15 Euros per month resulted in substantial membership exits. The Federal Insurance Agency has announced the closure of a second fund, the BKK for health professions by the end of 2011.

The Health Financing Act has been highly controversial. Opponents such as the opposition parties and unions, social associations and the media have raised concern that the surcharges in social health insurance and the strengthening of private health insurance may foster inequalities in financing, access to care and the provision of services. The latter is an anticipated effect of strengthening the private insurance sector which might provide incentives for providers to prioritize their services on the privately insured, as these are subject to higher reimbursement rates compared to services provided under social health insurance conditions. The political opposition has argued that the Health Financing Act will place some emphasis on competition by price, rather than by quality as had been intended with the introduction of equalized contribution rates in 2009. Defenders of the reform claim that the new compensation scheme that applies to individuals paying more than 2 % of their gross wages or salaries is more equitable since the tax subsidy to compensate their lower contribution rates is funded out of general taxation and not only out of social health insurance contribu-

tions. Some health economists have pointed out that the combination of income dependent and flat rate fees will promote fragmentation in the sources of funds and pooling and will make health insurance funding more regressive. Overall, most commentators agree that the Health Financing Act is not likely to influence sustainability of health insurance financing in the longer run.

### **Conclusion and outlook**

The German social health insurance system has gradually moved towards more central governance approaches, deploying two main strategies. One strategy is to centralize and further empower corporatist governance arrangements of the self-governing actors. The increase of decision-making power for coverage decisions in the social health insurance benefit basket through the Standing Committee, the centralization of peak organizations of health insurance funds and the progressive merger of insurers to create more powerful negotiators vis-à-vis providers are prominent examples of this strategy. A second strategy is to strengthen national-level regulation of certain aspects of health insurance funding such as through the solidarity fund and the standardization of the contribution rate. Notably the objective to sustain choice of consumers for their insurer and on their providers has so far accompanied most reforms and will likely continue to do so since choice has been a consistent privilege of the German citizen on their health insurance and health care throughout different governments that seems politically difficult to remote.

It is likely that the debate around a more universal form of statutory insurance will be revitalized in the near future. The Social Democrats are currently maturing their plans for a “citizen insurance” that would apply to the whole of the population, bring back the equally shared contribution rate between employers and employees, and would effectively lead to an exodus of substitutionary private health insurance since well paid Germans earning above 44.550 Euro per year, civil servants and or self employed (except those already enrolled in private health insurance) would no longer have the choice between the private and the statutory scheme. In addition, private health insurers would be obliged to offer a basic scheme with regulated premiums. In this model, contributions would continue to be income related but all income of employees, salaries

and any extra incomes, would contribute to the scheme, with the exception of capital incomes and rents. The model would also reinforce the competitiveness of the social health insurance market, by removing the uniform contribution rate. The morbidity-related risk structure compensation mechanism would be extended to cover many more diagnoses.

The Christian Democrats continue to defend their more liberal model allowing the private health insurers to provide substitutionary insurance as before but introducing capitation-based contribution rates with state subsidies for low-income families.

## Italy

### Governance model and recent reforms

Italy has a tax funded health system with a predominantly publicly owned and operated hospital system. In the early 1990s, the 19 regions and autonomous provinces assumed the most important role in funding and delivering health care in Italy. The regional health departments are responsible for providing the delivery of a nationally set standard basic benefit package through a network of outpatient facilities (so called “local health enterprises”) and private and public hospitals. The national government sets out the objectives and basic principles of the system and is responsible for regulating the pharmaceutical market and monitoring the consumption of pharmaceutical. Reforms since the 1990s have aimed at enforcing balanced regional budgets, standardizing clinical practice through a national clinical guidelines programme and electronic patient records, and delegating managerial autonomy to hospitals and local health enterprises (Lo Scalzo et al. 2009).

### Policy priorities and tools

A major shift of responsibilities occurred in 1997 when regions were empowered to set their own reimbursement rates, allocate and withhold public funds, and set quality standards in addition to those spelled out at national level. The downward shift of fiscal and decision-making responsibility took place in a broader context of political devolution in most social policy domains. Within the sub-national level there has also been a concentration of powers in the

regional health departments of the regions whilst the power of provinces and municipalities is negligible. At the same time, hospitals and local health enterprises have gained more decision-making autonomy in their management, finance and administration in the 1990s by creating NHS foundation trusts. This was motivated by the intention to introduce some market competition between public and private providers aimed at increasing efficiency in management and services quality, however these expectations were not fully achieved owing to the different pace of implementation by the different regions and fragmentation in the internal market (Lo Scalzo et al. 2009). This has recently somewhat reversed by creating single management and administrative boards of several providers.

A National Solidarity Fund was introduced by the national government with the idea to subsidize regions not able to cover the basic benefit package (the southern regions). It essentially contained an equalization scheme to redistribute financing to regions on the basis of geographic criteria and population size, health care needs of the population, and fiscal capacity to rectify the on-going differences in provision of services between the center-north regions and the south. However this was not implemented as planned owing to disagreement over the redistribution formula (Lo Scalzo et al. 2009).

There is still a notable trend of an increasing steering role and control of the national government on regional financial performance on cost containment illustrated through two recent developments. First, since 2009, the central government has the mandate to appoint an external commissioner who is responsible for working with regions that are overspending their budget targets or break the nationally defined financial rules. These regions will have to develop and adopt regional recovery plans that spell out the activities planned to recover their regional budget deficits and improve their financial situation. The mandate of the commissioner is to monitor progress towards regions' implementation of their recovery plans, to influence this process as needed and provide technical support. This process thus sets out a new collaborative agenda between the national government and the respective regions with disciplinary consequences for non-compliance. It has enabled increased governmental interference with the autonomy of the regions to fund and plan health care services. Since 2009, several of the regions have had to adopt recovery plans and collaborate with the commissioner.

A second emerging, albeit not yet implemented, issue is a new scheme to set the prices of health services of hospital, community and public health services according to the best performing regions at national level. According to the scheme, standard costs will be set at the level of average services costs of the regions best performing in keeping their health care expenditure targets. The introduction of this scheme is highly controversial not only because it will further dilute the powers of the regions in setting their prices but also because it will inevitably give fewer resources to the under-funded regions.

The national health plan 2010 to 2012 agreed between the national and the regional governments in 2009 furthermore introduces a set of new standards to monitor regional performance on clinical costs, personnel, hospital admission rates etc. and puts forward a monitoring process.

There is a strong role for pharmaceutical regulation and coverage decisions on pharmaceuticals at national scale but health technology assessment and priority setting for interventions is not taking place at national scale. Some northern regions including Piedmont, Veneto, Lombardy and Emilia Romagna are more active than others in using HTA to plan services and for reimbursement decisions. Only recently there has been a call for more inter-regional collaboration.

Care for the elderly and the disabled population is a major issue for the ageing Italian population but coordination and integration is still underdeveloped partly owing to a backlog on policy commitment to provide a strategic frame to services provision by a wide range of providers for long-term care and palliative care with different institutional arrangements including residential, partly residential, and community home care. The National Health Plan 2010 to 2012 introduces commitment towards a programme to develop new regulations for elderly and home care.

So far, interregional collaboration in services provision is very limited. Yet, the autonomy of the regions has made it difficult for the central government to steer towards more uniform levels of quality, volumes of care and health care funding.

## Impact

The empowerment of the regions was accompanied with the separation of responsibilities for health care funding from spending powers. This has caused continued disputes between the central government and the regions. Whilst the national government determines the scope and depth of the basic benefit package and (re) allocates funds to the regions, the regions are responsible for ensuring that their financial resources are sufficient to provide the standard package. However, funding from the national government favour regions with a strong industrial and income base, leaving less economically productive regions with difficulties to cover the basic benefit catalogue. These thus have experienced higher risks of budget overspendings or failed to deliver on the basic benefit package sometimes requiring them to levy additional taxes with negative consequences for business location. In addition, some regions levied additional co-payments, which increased regressivity of some regional fiscal regimes. Overall northern regions have tended to better balance their health expenditure accounts than southern regions.

Besides the funding divide there are substantial differences between the facilities in the north and south concerning the volume and quality of health services provided, that might have been exacerbated through the funding divide and led to substantial increases in cross regional patient flows in particular amongst patients seeking complex medical care in tertiary care hospitals in the past decade (Lo Scalzo et al. 2009). Patient satisfaction with hospital services has not fundamentally changed.

## Conclusion and outlook

The high level of devolution of governance responsibilities in Italy and centralization of decision making by regional health departments goes in hand with large differences in expenditures, care availability, access, satisfaction and quality of health care services amongst regions and leads to substantial patient flows. These require cross-regional or national approaches but the willingness for inter-regional collaboration has been very limited so far. There seem to be two possible options for the way ahead: first towards tightening national governance such as for instance through rationing and services exclusion, or new fiscal equalization and transfer



mechanisms; or incentives for regional alignments. And second towards further strengthening regional governance arrangements through strengthening inter-regional collaboration such as on health services, human resources, or high technology planning; and inter-regional benchmarking. The recent trend towards a more central level control of regional health care expenditures through regional recovery plans seems to indicate in the former direction. Early data show some cost control effects in 2011. These effects in light of the national deficit budget and the financial crisis might substantiate further efforts to align regional financial performance such as setting reimbursement rates nationally in orientation on the financially best performing regions, yet, this also revitalizes the on-going debate about the level of compensation for the economically disadvantaged regions.

## Netherlands

### Governance model and recent changes

The Dutch health system governance structure has moved from a traditional compulsory social health insurance model and private substitutionary insurance for high-income families with strong central level governance function towards a system of competing insurers with a mandatory basic benefit package offered to the whole population (Smith, 2011). The reform led to fundamental changes in the roles of government, patients, providers and insurers. The State's role has shifted from directly steering the system towards one that regulates and oversees competition and safeguards standards in care. The system was progressively implemented over the past 20 years with considerable political consensus across different governments and culminated in new health insurance legislation in 2006. The system is characterized by competitive environment for both insurers and providers but insurers are the principle winners of the reform as they have substantially increased their potential role in driving care. Although the reform has also affected choices of consumers such as on their supplementary insurance arrangements, they have not yet substantially changed their consumer behaviour.

The emphasis on new market conditions has also brought forth new requirements for regulating this market. Four national institu-

tions at arm length from government have the most important regulatory role for the functioning of the Dutch health care market. The Dutch Health Care Authority controls activities and costs and ensures the functioning of the insurance market by setting payment rates, imposing obligations on dominant actors with substantial market shares in both the insurer and provider markets, and by ensuring transparency of the markets to patients and payers. The Health Care Inspectorate is the national institution responsible for setting out minimum standards for the quality of care and performs institutional accreditation as a contractual precondition for providers to enter and maintain in the insurance market. The Dutch Competition Authority ensures fair competition between insurers and between providers on the basis of the Dutch Competition Act of 1998. And the Health Care Insurance Board advises the government on coverage decisions in the basic benefit package of the compulsory minimal scheme on the basis of evidence on the cost effectiveness of interventions.

In addition, a number of intermediate agents – for instance employer who obtain group contracts for their employees – have an impact on the governance roles and relationships between the different actors and the direction in which the current market model will evolve.

### **Policy priorities and tensions amongst different objectives**

Many of the objectives around improving efficiency, consumer choice and patient quality and safety are consistent with a liberal governmental agenda, which the Liberals and the Conservatives in the current government support alike and so does the Freedom Party, which the current minority government relies on when wanting to adopt legislation in Parliament.

One of the fundamental objectives of the 2006 reform was furthermore to slow down the trend in rising health care expenditures. There is a ceiling for public health care expenditure (floating around 10 % of GDP). The insurance market was designed on the assumption that consumers would select their insurers on the basis of the insurance premiums in combination with potential additional flat fees, the scope of supplementary insurance services provided and the nature of the contracted providers. The assumption was that this in turn would translate into pressures on insurers to

ensure that providers deliver efficient services at lower costs so that this would eventually lead to lowering health care expenditures in total. The decision to transfer responsibility to fund and manage long term care services from the national to the local level is also grounded in expectations that this will free up increasing pressures off the national health care budget.

In reality, the reform has created a tension between different policy objectives: competition might have increased institutional efficiency of individual insurers on the one hand but this has not translated into measurable cost savings at system level on the other hand: for instance, the introduction of case based payment schemes in the absence of volume caps has led to an overall increase in the volume of services and this has accelerated a substantial growth of health care expenditure as a share of GDP – an effect that had been underestimated with the introduction of the reform. Rival objectives may have also triggered some institutional tensions between the Health Care Inspectorate, the Health Care Authority and the Competition Authority. The former has argued in favour of the concentration of regulatory power to stipulate enhanced quality of care, which is opposed by the Competition Authority and the Health Care Authority suggesting that this might work against competition.

Another tension that is difficult to disentangle is related to the wish to have less bureaucracy on one hand and more liberal administration of the market actors on the other hand, which seems to conflict with the need to closely regulate, control and inspect fairness condition of the market and monitor the effect of market imperfections on the other hand.

## Tools

The Dutch health system in transition profile describes three emerging markets through the 2006 reform: one is the insurer market whereby patients choose their insurance company and insurance companies in return have the obligation to offer a basic insurance package to their members and to any person applying for insurance. In this way insurers play a double agency role, one as agent of their members in providing individual insurance plans, and another as agent of the government in offering a nationally guaranteed basic package of benefits and coverage entitlements.

A second market is the purchasing market in which insurers can to some extent negotiate with provider's volumes, prices and quality of services. A typical tool of this segment is selective contracting. Selective contracting however has been only gradually introduced since negotiation on prices and quality is still fairly regulated and free negotiations applies only to a very limited number of services (Schäfer et al. 2010). Selective contracts are unpopular amongst consumers as they constrain their choices on providers and insurers have thus not made excessive use of them. A risk equalization scheme was introduced as a tool to tackle demand and supply side differences in health insurers expenditures. For instance, insurers in Amsterdam bear higher costs due to a higher number of drug addicts and a more highly specialised provider portfolio compared to more remote areas of the Netherlands where utilization of health care services is substantially lower.

A third market is the provider market whereby providers offer services to patients on competitive grounds. Tools supporting insurance and provider choices of patients are mostly associated to information. For instance, the Ministry of Health regularly publishes information on quality of care including survey information on patient experiences, prices and waiting lists. Providers compete for contracts with insurers through attractive care arrangements, and for patients on the basis of quality standards, competence and reputation, geographic accessibility and comfort factors.

Responsibility for special types of homecare – mainly long term care for the elderly, the disabled population, and patients with chronic diseases requiring long term care – was delegated to the municipalities in 2007 through the Social Support Act (Schäfer 2010). This has increased the municipalities' role in governing long term care. Most long-term care is covered through income dependent contributions and regulated by the Exceptional Medical Expenses Act (AZBW). In future, funding and administration of the AZBW scheme will be handled over to the jurisdiction of municipalities and formal legal rights to long term insurance will be removed. Another related development constitutes Patient Bound Budgets (PBB). Patients can choose between two options, to manage their own long-term care supplies through a personal budget or to opt for benefits in kind. PBB make up a growing share in long term care arrangements, which may well impact governance and market arrangements in the longer run. Municipalities are free to organize the services under the Social Support Act as required. Most municipi-

palities have created special information and entry facilities to implement the requirements of the Social Support Act. This has led to considerable variations in practice. Purchasing of long term inpatient care is part of the responsibility of health insurers but these have delegated this task to special care offices.

Priority setting and rationing takes place in the pharmaceutical sector through the Medicines Evaluation Board that is responsible for assessing and ensuring the efficacy, safety and quality of medicinal products for market approval and reimbursement. In terms of insurance coverage decisions for medical interventions the government relies on the advice through the Independent Health Care Insurance Board. The proposals from the Ministry on changes of the basic benefit package have to be approved by Parliament. Decisions are guided by the so-called “Dunning Funnel”, which defines four criteria (services have to be medically necessary or essential; effective; cost-effective; and not affordable for individual citizens). Overall, the government has been trying to cut back more rigorously on entitlements in the basic insurance package. However, these decisions are unpopular in nature and the political scope is thus very small and somewhat focused on preventative interventions applying to a small segment of the population such as for instance medically assisted smoking cessation that has recently become subject to a new co-payment.

### **Reform implementation, flaws and early impacts**

The 2006 reform was implemented as planned with relatively minor resistance and smooth alignment of the national institutions and compliance of providers and insurers. This was possibly partly due to the implementation of a longer-term vision and strategy, and partly as the government relied on existing institutions in implementing the reform. In anticipation of the reform and somewhat driven by scale economics, there were already some trends towards the merger of institutions to create larger organizations. For instance, even prior to 2000, private and social health insurers merged into larger corporations to strengthen competitiveness and to become more powerful negotiators in the system (Van der Lee 2000). As a result, the number of insurance companies decreased from 118 in 1990 to 32 in 2008 (Schäfer 2010). Mergers have also driven provider structures as hospitals are moving towards larger orga-

nizational units with integrated multidisciplinary health professional teams who do not only offer specialist care but also increasingly integrate primary care physicians and teams. General Practitioners can opt out of hospital organizations to work in polyclinics but they, too, will be exposed to the need to organize in larger corporations, which effectively means that single handled practices have disappeared. Mergers of provider organizations have in part followed pressures on the financial position of health care providers, who have increasingly had to bear liability for capital costs and have experienced higher financial risks indicating an effect of the more competitive requirements faced by providers. Quality concerns have also been a factor leading to a higher concentration of services in hospitals, in trying to ensure that volumes are high enough for the hospital to meet certain minimum standards. The progressive upscale of provider organizations is beginning to have a toll on the functioning of the market, since some organizations have started to take on monopoly positions such as for instance in the case of a large provider organization in Zealand that has disputed the Competition Authority on its plan to intervene to stop further mergers. The government has recently overruled this intervention, arguing that an improvement of health service capacity through mergers takes priority over market considerations. This case exemplifies a fundamental challenge between market rules and the optimization of services capacities and infrastructures in the reformed governance arrangements in the Dutch health care market.

An underestimated effect of the reform has been the emergence of collective or group contracts between insurers and employees or special interest groups. Employers have emerged as intermediate agents between their employees and the health insurance companies. It has been attractive to insurers to turn to employers who would ensure membership of a whole group of employees usually with relatively good health risks. Insurers in turn have offered group contracts with up to a 10 % premium discount. In 2011, around 80 % of the insured are member of a group contract. Collective contracting may have constrained free choice of patients on their insurers. This is also supported by the observation that the number of persons changing insurers reduced from initially 18 % in 2006 to 3.6 % in 2008 (Schäfer 2010). From 2008 to 2011, the proportion of changers has been around 4 % per year, these are often younger people and thus low number suggests that the incentives for changers are not very strong as the merits from switching insurers are rela-

tively limited as price variation between insurers is not very substantial and switching insurers is seen as a time consuming process.

There is some indication that the uptake of entrepreneurial behaviour amongst the insurers is slower than anticipated. For instance, although since 2006 all insurers operate under private law and allowed to make profits and pay dividends to shareholders, the majority of them still operate under non-for-profit conditions (Schäfer, 2010). This indicates that insurers are not yet completely fit for their new role. Since 2006, insurers have had to frequently upwards adjust their premium levels, which are controlled by the government in the compulsory acute care insurance segment, by levying additional flat fees. This may have contributed to an increasing number of people who cannot afford to pay their premiums, which currently applies to about 300.000 people.

Expenditures have been affected in different ways. A higher public share (81.5 % in 2007 compared to 64.8 % in 2005) can be explained by the abolishment of the substitutionary private health insurance since the entire population is now required to take out publicly financed health insurance (Schäfer 2010). Growth in hospital expenditures are estimated to amount to 5 % between 2005 and 2007, mainly due to the introduction of a diagnosis related payment scheme as tariffs were set too high. Expenditure increase for GP care was estimated at 17 % in 2006, owing to a combination of a change of payment system and an increase in the volume of care. There are also signs that providers experienced a profitable decrease due to the reform in 2006, and that a lack of solvency exacerbates provider's financial risks, which may well have to do with the more contestable environment for hospital performance. Insurers also in general suffered a loss on basic and on complementary insurance partly owing to the efforts to minimize premiums with the expectations of massive changes of consumers between insurers. There have also been some financial uncertainties of insurers due to additional changes introduced in 2008, such as the coverage extension of the basic benefit package towards mental health, and an increase of the freely negotiable services. Overall, competition has put considerable pressures on the profit margins of insurers.

## Conclusion and outlook

The governance arrangements in the Dutch health care system today are the result of a longer term strategy towards introducing managed competition in the health insurance and the provider markets with consistency over different governments of distinct political composition. The 2006 reform has fundamentally changed the governance role of the health system actors. It has essentially diminished the role of the central government in steering the system and has put the health insurance companies in the driving seat for acute hospital and primary care and shifted responsibilities for long-term care to the local level.

Challenges have been increasing variations in quality of care indicators between the different providers. As a response to this variation, a national quality institute is currently established to integrate knowledge and issue best practice guidelines.

Long-term care is currently still financed out of the former AZBW scheme but there are plans afoot to transfer negotiation of contracts with providers over the provision of long-term care from the regional agencies to the health insurers. Whether these contracts will be accompanied with financial risks or not is not yet decided.

Another modification afoot is the roll back of the risk equalization scheme between insurers. Yet, overall the government seems determined to continue along the lines of managed competition.

## Norway

### Governance model and recent changes

Norway has been one of the Nordic health care models with traditionally a heavy focus on subnational governance structures, mostly publicly owned integrated health care providers and a strong focus on equity (Magnusson, 2011). Specialist health care had been the responsibility of the counties up to 2002, whilst primary care and long term care is the responsibility of the 430 municipalities. The 2002 “responsibility and leadership reform” substantially changed the governance arrangements for specialist care (Magnusson, 2011). Until 2002, the 19 counties were responsible for managing specialist care and running hospitals and covering expenses out of unconditional block grants. Highly specialist health care was coordinated at the level of 5 regions, so that each region



had a university or teaching level hospital. In 2002, hospital ownership was taken over by the state and administered through five regional health authorities, which were organized as trusts and governed by an appointed board of professional trustees. Regional health authorities were also empowered to undertake capital investments in hospitals as part of their regional budgets allocated to them by the national government.

### **Policy priorities and debates**

The 2002 reform was preceded by a number of problems in coordinating care with duplications of services at county and regional levels, budget deficits of the less affluent counties, and major geographical variations in access to care and utilization of services (Magnusson, 2011). Thus, one important policy objective of the 2002 reform was to improve geographical access to care and equity in utilization.

Due to the multiple responsibilities of counties, health care was sometimes prioritised differently, resulting in major differences in infrastructure and spending between counties. Many hospitals experienced budget deficits and turned to their owners, the counties, who however were bound to their priorities and turned to the state for help. This resulted in a chain of a so-called “blame game” whereby hospitals were blaming counties who then turned to the state (Magnusson, 2011). It was felt that the separation between ownership and managerial responsibility with the counties on one side and central funding on the other side was a reason for the difficulties in addressing deficits and substantiated the decision to return hospital ownership to the state as it was expected that greater coherency in ownership and funding responsibilities would reduce deficit budgeting.

One debate some years after introducing the reform focused on the question whether the board of trustees created a democratic deficit, as they were not subject to political appointment. In 2006, a decision was taken to reorganize the boards with government appointed politicians as representatives in the board of trustees of the regional health authorities and the local health boards with political representation following the strength of the party. This reorganization followed the logic that party politicians would be

more sensitive to local needs, even when these are not necessarily elected.

The coordination reform that will be introduced in 2012 is driven by economic concerns rather than considerations of efficiency or quality in particular as expenditures in hospital care doubled since the 2002 reform (Romøren et al., 2011). The reform aims at reducing hospitalization especially of elderly patients by introducing low threshold units in primary care as an alternative to hospital treatment. Such wards have existed in some city municipalities to facilitate rehabilitation of elderly patients after acute hospital treatment and these are considered successful in improving the quality of care for these patients. This measure might therefore lead to some rationing of hospital resources to elderly patients.

As Magnusson pointed out, reforms so far have not yet tackled explicitly any of the fundamental policy issues to make health care more sustainable for a progressively ageing population, such as for instance the criteria and processes and responsibility for deciding public coverage of services and rationing of care and priority setting. These are considered contentious questions which are often played down in the political debates due to concerns about electoral preferences which are often more local in nature and often drive political interests (Magnusson, 2011).

## Tools

Implementation tools for the 2002 reform were the replacement of unconditional grants with earmarked funding, and the integration of hospital ownership and funding into one administrative layer.

Hospital merger has been a prevailing tool related with allowing a more centralized administration of hospital providers at regional level. The number of local health authorities (essentially hospitals) was substantially reduced from 55 in 1999 to 21 in 2011 and now closely resembles the number of counties. The merger occurred mostly through merging single hospitals into larger enterprises; for instance in Oslo, four smaller hospitals were recently merged into one hospital trust. The reform and especially the merger of hospitals has not been uncontroversial especially amongst trade unions, but hospital managers and hospital staff has not substantially resisted implementation of the reform, as they form part of the public system with relatively limited autonomy.

New arrangements for promoting the coordination of care will be implemented in 2012. The “coordination reform” adopted by the Storting, the Norwegian Parliament, in 2011 aims at promoting primary care treatment settings over hospital care especially for the elderly population and incentivize earlier hospital discharges. The plan is to use financial incentives for municipalities (who are responsible for primary care, long term and rehabilitation care) to retain treatment in the primary care setting: from 2012 onwards, half of the activity related funding for hospital care, which amounts to overall about 40 % of funding compared to a 60 % funding through a fixed budget, will be allocated to municipalities for co-funding general hospital admissions and the hospital budgets will be reduced accordingly. Low threshold pre-hospital wards will be established in primary care settings by 2016, and primary care institutions will be charged a penalty fee for not receiving patients ready for hospital discharge and in need for long term or rehabilitation care.

### Impact

The debate about the distribution of funds amongst the 5 regional health authorities was initially one of the major constraining factors in implementing the 2002 hospital reform, due to the lack of consensus on the methods for distributing funding and the redistribution effect of the different methods. An initial capitation based model recommended by a first government-appointed commission failed to obtain the agreement by the Ministry of Health due to concerns over favouring certain county models. A second committee finally lead to an agreement for another capitation based distribution model in 2009 (Magnusson, 2011).

The reform did not lead to the expected improvements on deficit budgeting at the initial aftermaths of the reform, since 4 out of the 5 regional health authorities ran substantial deficits and it took until 2009 when the regional health authorities managed to secure small budget surpluses (Magnusson, 2011).

In addition, the reform did not yield any economic savings, on the opposite, hospital expenditure is said to have doubled since (Romøren et al., 2011).

## Conclusion and outlook

The governance model for hospitals is subject to considerable controversy after 10 years of implementation of the hospital reform. Only one of three parties in the government coalition (the Labour party) defends this model. Recent surveys show that equity may not have substantially improved and that waiting times have increased. It is thus not unlikely that the system will experience some further changes in the near future (Magnusson, 2011). A reversion back to the decentralised model with counties in charge of specialist care prior to the 2002 reform is very unlikely. One of the more probable options seems to be the abolishment of the regional health administrations to further strengthen the national level policy capacity, for instance through a direct governance role of the ministry of health or the directorate of health on the 22 local health authorities/hospitals. The merger of hospitals means also a substantially lower number of hospital actors, so that a delegation of responsibility from the state to the local level is more reasonable compared to the situation in 2002 (Magnusson, 2011). Another argument in favour of a more centralized governance form is that the resource allocation model would not change with the abolishment of the regional health administrations since the local authorities receive their funds on the basis of the same capitation model as the regional health authorities (Magnusson, 2011). A related option is the adoption of a national health plan as a more detailed policy tool guiding priorities, resources and expected outcomes for health and health care. It is also likely that municipalities will merge to create economic of scale benefits in delivering primary and long-term care to a larger catchment population. But centralization is not likely to affect municipalities' principal responsibilities for primary health care and long term care and centralize it at the level of the state since this would trigger strong resistance and might be too much of a dramatic shift away from Norway's traditionally decentralized health system culture (Romøren et al., 2011).

## Spain<sup>1</sup>

### Governance model and recent changes

The current configuration of the Spanish NHS was created during the transition to democracy after Franco's death in the mid-1970s. In the brief time-span of a decade to the mid-1980s, Spain was transformed from an authoritarian, centralist regime to a democratic decentralized state. Political power was substantially devolved by the 1978 Constitution to 17 regions (*Comunidades Autónomas*, CAs) and two autonomous cities in northern Africa giving them wide-ranging asymmetric autonomy as some CAs have more powers than others.

The agreement was that a two-chamber Parliament, elected by direct vote, and a National Government would be at the centre of a 'federal-like system without federation'. Central government would control certain policy areas (for example, defence and foreign affairs); CAs, through their own elected regional parliaments and governments would exercise their own legislative and executive authority over an increasing number of policy fields, including health (the protection of which was recognized as a Constitutional right). Outlined by the national constitution and the regional charters (*Estatutos de Autonomía*), therefore, CAs have constitutional responsibility over health in the post-Franco "España de las Autonomías" (*Autonomous-Regions-Spain*).

Public health and health care planning competencies were then transferred to CAs between 1979 and 1981 by common law. The General Health Act (1986) coincided with the entrance into the European Union and meant the formal transition from a system of social security (Bismarck model) into a NHS (Beveridge model) with a progressive transition from payroll contributions to general taxation as the main source of financing. The exception was three publicly funded mutual funds which cater exclusively to different sets of civil servants in government departments, the Army, etc. and occupy a unique quasi-public position (civil servants are free to choose between public provision within the social security health-care facilities' network and fully private provision).

In summary, in the last few decades central state competencies in Spain have been transferred upwards to Brussels and downwards to Regions. The transfer of supra-national sovereignty to the Euro-

---

<sup>1</sup> This section was written by Antonio Duran.

pean Union has been the same for all EU members and is not covered here. Decentralization to regions has had a far deeper impact than Europeanization. Health system decentralization has resulted in a complex balance (Durán A, 2011). There is no doubt in the public opinion (media reports, experts opinions, etc.) that central government is now much weaker than before, and the ACs are much stronger.

### Tools

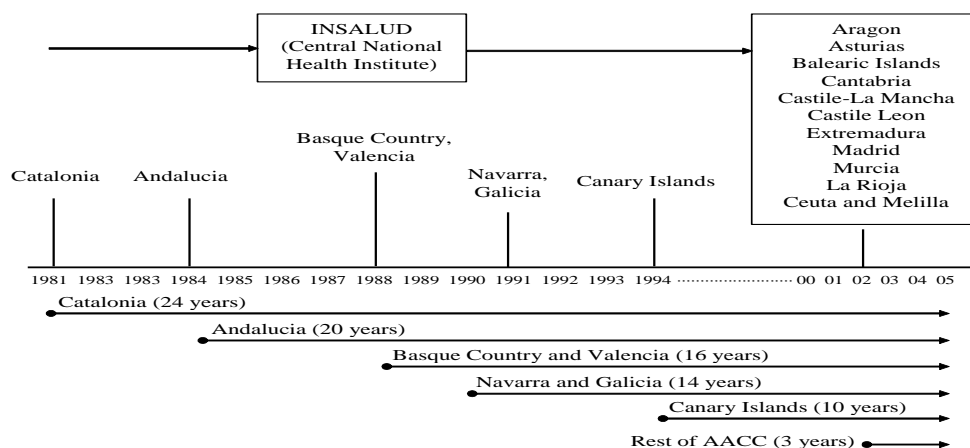
The main tool used for the changes has been the law, supported by financial instruments. In health, the mandate as *steward* was shared between the “centre” (Ministry of Health, Social Policy and Equality, MSPSI) and the “regions” (Ministries of Health of the CAs). Professional organizations also contribute through ethical committees, etc. In more detail, the designed division of responsibilities in health care was as follows:

- Central government is expected to provide a common framework for health and health care in order to ensure equity, cohesion and common quality standards;
- Implementation and service provision is the responsibility of CAs. Each CA has a regional health department and health minister responsible for health policy plus a health service which manages service delivery;
- Health policy coordination between central government and CAs is done by an Inter-Territorial Council or Commission (Consejo Interterritorial) without executive power – it only provides “consensus recommendations to promote cooperation and exchange of information towards equity”, with representatives from the central and each regional health department.

In the field of *service production*, multiple public health care networks (mostly municipal and provincial) had covered for decades in Spain the charity-based system, infectious diseases monitoring and treatment, the previous network of rural primary care, most health promotion and prevention activities, psychiatric care and some community care programs (in total, approximately 15 % of total public expenditure on healthcare). They coexisted between 1948 and 1985 with a social health insurance system (SHI) financed

by compulsory contributions covering first workers and later on their families (representing some 80 % of total public expenditure in healthcare). As indicated, the country merged all health resources in 1986 into a tax funded *Sistema Nacional de Salud* (national health system, SNS) offering universal coverage to all residents, including immigrants (only 0.5 % of the population, consisting of high-income, non-salaried individuals refuse to be registered.). Health services in primary health care were (and remain) provided by publicly salaried professionals (one doctor and nurse/every 1.500 inhabitants with numerous prevention programs) while 71.2 % of all available hospital beds were (and also remain) in the hands of the public sector – with 40 % directly owned and the remainder sub-contracted from the private sector, including 80 % of acute care beds, 36 % of psychiatric beds and 30 % of long-term care beds.

Resources from traditional public healthcare networks were transferred to regions soon after Franco's death in the late 1970's. The transfer of the social security institutions however was done on a step by step basis, visibly for the sake of prudence and due to disagreements on its costing and related financing issues between the central state and regional governments. The process was far from problem-free. Up to 2001, the central government had devolved responsibility of the health care network to Andalusia, Basque country, Canary Islands, Catalonia, Galicia, Navarra and Valencia, which together cover approximately two thirds of the Spanish population. An SHI-inherited central institution, the National Institute of Health (INSALUD) remained managing services in the other ten regions. The decentralization reform was completed in 2002 and after almost twenty years of reform resulted in the governance being transferred to all 17 autonomous regions. The following diagram expresses the chronology of the first batch of health competencies decentralization (devolution) to autonomous communities:



Source: Duran, Lara and Van Waveren, 2006, HIT, Spain, page 20

Besides the Constitution, the Regional Autonomy Charters and the General Health Act as “core” laws, *Royal Decree 63/1995* (lower range law) defined in 1995 the minimum benefits package to be offered by all regions; it was updated in 2003 through the *Cohesion and Quality Act*, which also stipulated a number of areas where services had to be agreed upon by the Inter-territorial Council. The last update, also establishing the mechanisms for inclusion of new common benefits, took place in December 2006. Regions are allowed to include additional services if they are prepared to finance them through their own budget, thus expressing the tensions between the principle of regional diversity/decision-making and the principle of universal and equitable access to health services. While some regional governments have enacted their own Regional Health Laws, others have used lower range legislative tools for developing a legal framework of their own.

In *financing* terms, the 2001 *Act on the Financing System of the Autonomous Communities* (not explicitly a health law) set the new overall framework regarding the financing function of the NHS, after its approval through the high-level *National Council of Financial and Fiscal Policy*. Transfer of funds from the centre to the regions is negotiated annually between the central government/CMoH and the regional governments /RMOHs. Looking at the percentage of revenue by source, public expenses in health



represents 71 % of the total funding (of which taxation is 94.07 %, professional mutuality schemes 2.53 % and civil servants mutual funds 3.4 %), out-of pocket direct expenses (mostly for pharmaceuticals) is 22.5 % and private insurance 5.5 %.

On average, CAs' health ministries (responsible for health policy) plus CAs' health services (managing service delivery) jointly spend in Spain 89.81 % of total public funds for health which are mostly not earmarked budget transfers from the state; the health budgets are also around 30 % of each CA's total budget (which also include education, unemployment benefits, etc). As a percentage of public funds spent on health, specialist care represents roughly 55 % of the total, pharmaceuticals almost 20 %, primary health care accounts for a bit more than 15 %, and prevention and public health some 1.5 % – with the remaining 9 % in the 'other' category (García Armesto et al, 2010).

As last cornerstone of the decentralization process in health, the above-mentioned SNS Cohesion and Quality Act (2003) ratified the principles of universal provision, equity in access to services, system integration and decentralization as founding principles of the Spanish (now regionalized) health system.

### Policy priorities

The policy priorities were explicitly political: there was consensus that the process of health system decentralization would have positive effects in Spain. Since it was considered that all regions should enjoy the opportunity to offer services “closer to where people live”, there was a need for them to be first involved (inclusiveness) and then coordinated (supervision). Indeed changes – which coincided with a period of sustained economic growth before the financial crisis began in 2008 – encouraged flexibility and innovation in health services delivery, fostered approaches attuned to local preferences and stimulated investment in health care (Borkan J et al, 2010).

Decentralization has certainly coincided with – and most likely contributed to – positive effects, including improvements in health outcomes. For example, Spain now enjoys a high position in most world health outcomes' rankings. It occupies a 4th place in average life expectancy at birth (3rd for females), 4th in life expectancy at age 65 and 4th in rankings for female potential years of life lost.

From 1970 to 2008 average life expectancy at birth rose from 72.88 to 81.24; infant mortality fell substantially from 20.78 per 1.000 live births to 3.35 over the same period (WHO EURO, 2011).

Spain also dwells among the lowest mortality rates for top causes (cardiovascular diseases, cancer and respiratory diseases) in Europe since 1970. The only area in which Spain shows clearly worse outcomes is in diabetes-related lower-limb amputations, with 26.5 amputations per 100.000 in 2006, compared with the OECD average of 14.9 amputations. Reductions in avoidable mortality during the period 1991–2005 suggest that there is substantial healthcare access to and quality and safety of services (García Armesto et al, 2010). A similar picture of improvement emerges for the five-year relative survival rates for selected cancers (breast, colorectal and lung) from 1990 to 2002, which are comparable to the advances made in France, Germany, Italy and the United Kingdom (KantarHealth 2010).

Importantly, such results have been achieved with what seems to be a very efficient level of expenditure in terms of international comparisons – in 2007 Spain spent 8.5 % of its GDP (US\$2671 per person) on health care, versus 16 % in the United States (OECD 2009). There is generally a high level of user satisfaction and system legitimacy according to national surveys also; for example, usually more than 2/3 of respondents consider that “the SNS works quite well” and “works well yet needs changes” (Agencia de Calidad del SNS, 2010). Another good product of the Spanish decentralization in health has been an unexpected explosion of semi-autonomous public hospital models – see case-study on Spain in the recent Observatory book (Alvarez and Duran, 2011).

On the minus side, geographical differences in health outcomes and financing as well as intra-region inequities have arguably changed: “Healthcare decentralization in Spain seems to show no positive effect on convergence in health, as measured by life expectancy at birth and infant mortality between provinces... Some provinces improved their situation overtaking others but the final result is one of greater dispersion than at the start” (Montero-Granados et al., 2007). Average life expectancy at birth for both sexes ranges from 82.5 in Navarra to 79.8 in Andalucía and infant mortality in Navarra is reported to be less than half that in almost neighbouring Asturias (Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública, 2011) – no doubt, differences in health status also reflect income and wealth differences so blaming the health system decen-

tralization process only or entirely would be unfair – the issue is mentioned here mostly in terms of “unfulfilled expectation”.

Decentralization appears to have kept per capita health expenditure uneven. Overall, however, in the period 1992–2009 the variation coefficient of expenses among regions increased – and changes in population-protected volume fail to explain such variability (García Armesto et al, 2010). Publicly funded health care expenses (budgeted) per person in 2010 still differed by €557 (i.e. 40.73 % of the average of €1.343) between the Balearic Islands at 79.37 % of the average and the Basque Country (at 120.84 %) and in 2011 are reported to be almost 50 % bigger in Navarra and Basque Country than in Baleares and Valencia.

Different funds have been set up aimed at compensating differences in health needs and minimizing inequities. Since those differences were again acknowledged in 2003, the then final “compensating” mechanism was designed as follows:

- (i) two general funds – the *Inter-territorial Compensation Fund*, designed to finance investment projects to remedy economic imbalances among regions and the *Sufficiency Fund*, intended to provide regions with the resources necessary to fully cover their needs, allowing to cover the gap between the funds required and the funds obtained from tax revenues;
- (ii) two health specific funds – the *Temporary Disability Savings Program Fund* and the *Health Cohesion Fund*. The first one is distributed among the ACs according to population covered. The second is aimed at guaranteeing equity in access to services for individuals who receive health care outside their region of residence, those who come to Spain from other EU countries, and people from other countries that have signed reciprocal public health care agreements with Spain.

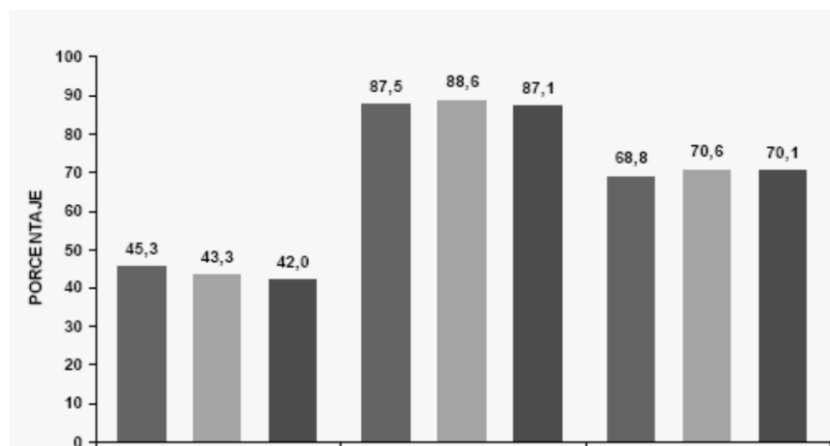
In practice, those moneys clearly failed to promote national cohesion and reduce inequality by addressing geographic inequalities. Legislation was passed again in December 2009 to create a new regional financial system around a *Guarantee Fund for Fundamental Public Services*. This Fund integrated the *National Cohesion Fund* created by the SNS Cohesion and Quality Law and holds 80 % of the resources for key public services such as education, social services and health care; monies are collected centrally from tax revenues and then dispersed. However, critics argue that it was

created in the context of electoral politics, and that allocation arrangements disproportionately serve the demands of some regions (namely Cataluña).

In light of the above, there should be little wonder that the Spanish health care system shows unwarranted variability in access, quality, safety and efficiency, across regions, health care areas and hospitals, including:

- 5-fold variation in the use of percutaneous transluminal coronary angioplasty (PTCA) between areas and 2-fold variation in mortality after PTCA (hospitals);
- 7.7-fold variability in prostatectomy rates across health care areas;
- 28 times more frequent admissions to acute care hospitals due to affective psychosis between health areas;
- 26 % of hospitals with between 501 and 1.000 beds are at least 15 % more inefficient than the average;
- 12 % of hospitals with between 201 and 500 beds are at least 25 % less efficient than the standard for treating similar patients (García Armesto et al, 2010).

The population does seem to perceive such lack of geographical equity in financing: only 42 % of respondents in the *Health Barometer* survey believe that the same health services are offered to citizens despite region of residence, compared with around 87 % who assess treatment is equal despite patient's gender and around 70 % who assess treatment is equal despite a patient's social class and wealth. In other words, regional devolution is rather clearly perceived as equity-adverse as per the diagram below;



Source: Agencia de Calidad del SNS. Instituto de Información Sanitaria (2010) Barómetro Sanitario 2009.

Paradoxically, devolution has had little effect on SNS staff and patients'/citizens' voice on how health services are managed. While decision-making at the national level has been clearly decentralized, processes at regional level have copied the old-centre over-centralization, with plenty of duplication of the delegation and accountability chain. In addition, and remarkably so, “[CAs] ... have been belligerent against municipal powers ... and have tried to grab their competences” (Flores, 2003).

Wrong patterns of decentralization have also been quoted as the cause behind the complex relationships between regional administrations and the medical profession. “Health services management in Spain was born in an unfavourable context: obsolete public administration, bureaucratic inheritance, lack of qualified human resources... In spite of it all, a modernizing wave gave birth to a spectacular improvement... But while this generation of enthusiastic managers improved facility and service management, they did so at the expense of enforcing a centralist model tainted with enlightened despotism, sidelining away from power even the influential medical leaders who rather informally but effectively had led life in the big public institutions for decades –especially in big hospitals” (Belenes, 2003).

Other problematic aspects of decentralization include an information deficit and very limited connectivity across the country and

between regions: regional health systems have developed an enormous variety of sophisticated information systems (including electronic prescriptions, etc) but they are not necessarily compatible with each other. The result is that in spite of millions of Euros of financial investment, no assessment of the entire SNS performance, whatever the level of disaggregation, is currently feasible.

### Implementation

In short, the Spanish devolution process wasn't carefully planned, but rather was a sequence of unsolved clashes between the centre and the periphery (regions) on claims of historical rights, conflicting financing figures and political gambling. By design, as indicated, the MSPSI held the responsibility to set what is known as *the bases and the general coordination of the health system* as well as the competences of foreign relationships in health and pharmaceutical legislation (public reimbursement and price setting of drugs). Regions had in turn competences on health policy formulation and implementation as well as planning and management of personal and population health services. In practice, however, determining the scope of the respective competences was more difficult than foreseen and frequent clarifications had to be required, including consultations to the Constitutional Court, since 1983 (Beltrán, 2007).

### Conclusion and outlook

In recent years the MSPSI has only proposed vague ideas and suggestions at the Inter-Territorial Council, often without much previous study. For example, a proposal by the then Minister Soria that final-year students of Family Medicine could be exceptionally allowed to operate as public health specialists as a transitory remedy against lack of staff in the specialty was simply rejected by the CAs (*Diario Médico*, 2008). Regional governments sometimes fail to report on certain issues, or even refuse to adhere to using homogeneous criteria for reporting (as in the case of waiting lists and waiting times) (*El Mundo*, 2011).

Perhaps the idea of a National Healthcare Agreement (*Pacto por la Sanidad*) finding common solutions to critical pending issues and involving all regions and political parties which "floated" at the

beginning of the current parliamentary period is the best proof of the hopes and limitations of the current state of mind of the Inter-Territorial Council. Originally proposed in June 2008 by the above-mentioned Minister Soria, the appeal included as pending issues not less than “human resources policy, common services, budget sustainability, common health policies, quality and innovation and prevention of drug addiction”. When in the context of the financial crisis, the next Minister of Health and Social Policy, Trinidad Jimenez, was appointed in April 2009 she embraced the initiative, establishing six working committees whose membership included other stakeholders, including patient groups. Her latest statement on the matter in April 2010 suggested however that any agreement would not be signed before 2013. Soon a new Minister was appointed (third one in three years) with a rather non-health-profile.

The economic and political crisis has made increasingly visible tensions and challenges that were always there, raising clashes between parties and between regions in a context of polarization bordering filibusterism. For example, three months ago regional ministers from the opposition refused *en masse* to attend meetings of the Inter-territorial Commission. Yet this was in turn a response to the arguable initiative by the Minister of Health calling on the Inter-territorial Commission, to approve major changes two days before regional elections would massively change the country’s political landscape – and with it the composition of the Commission, literally (this practice had already been applied years ago to the then Conservative-led government by regional ministers of the Socialist party currently in government).

Some high officials of the MSPSI (for example, the General Secretary of the Ministry José Martínez Olmos) have publicly blamed the tensions on a lack of political will in the regions, to whom he was publicly asking for “more institutional loyalty” (Martínez Olmos, 2009). Beyond taking position in the political debate (mostly nationalists versus centralizers), entire segments of the Spanish society are advocating for the suppression of central departments, including the Ministries of Health and Education, etc, considered redundant as their same function is being done at the regional level. Others are calling in response for a substantial reduction to the degree of autonomy regional governments should have in the future.

## Switzerland

### Governance model and recent changes

The governance arrangements in the Swiss health care system are based on three traditional constitutional features. The first is a federal structure with a strong focus of decision making by cantons and a complex organization of powers and responsibilities between the cantons and the national government. The second key characteristic is a tradition of direct democracy through popular votes and referendums and governance through consensus. And the third is a growing reliance on a regulated market of competing private health insurers and providers that limits the role of the government authorities to setting the financial and regulatory rules to ensure market performance (OECD/WHO, 2011). At the same time, a number of new laws including the LAMal – the basic health insurance legislation of 1994 that made health insurance mandatory – has strengthened the role of the confederation. The draft law on disease prevention and the national health project are prominent and more recent national developments in this direction. There are yet a number of strategically underdeveloped areas and overall, the federal policy making institutions have as yet to live up to the new requirements and build capacity for their new leadership role. The different parallel principles have given rise to a constant tension between defenders of market approaches and those calling for more state regulation (OECD/WHO, 2011).

Cantons are under pressure to meet expectations and results towards national objectives on cost containment, efficiency, and quality of care and are increasingly willing towards working for national targets such as on the package of nationally set indicators for hospital care which have been elaborated and adopted in 2011. The growing efforts of the Federal Agency for Public Health in assuming more regulatory and policy-making control in some areas have also triggered improvements in the collaboration between cantons. For instance for the planning of hospital investments in 2012, cantons have recently provided a joint list of funding requests.



## Policy priorities

The most important policy priorities behind the recent dynamics in governance changes are those related to the traditional design of the system such as reemphasis on the instruments for direct democratic control, accountability and responsiveness to local needs. Enhancing consumer choice on insurers and health care providers and increasing their participation in health care provision is one of the main objectives behind enhancing rights of patients for instance to seek care outside their cantons. Policy motives behind the “renaissance of cantons” is the view that the strong focus on cantons as the most important tier of regulatory, fiscal and managerial authority over health care has enabled a fair amount of experimentation and innovation in policy decision-making in Switzerland: fastest progress has for instance been experienced in areas that have been piloted in one or few cantons such as drug substitution or alcohol policy. Yet, the need for more policy coherency has at the same time driven consensus based processes, such as for instance the agreement within the Conference of cantonal health directors to common planning of highly specialised health services. The call towards enhanced quality of care and a more uniform strategic frame has also substantiated the developments of standards towards for health promotion and disease prevention at national scale.

## Tools

At institutional level, there is a renewed emphasis on instruments of a regulated market, for instance managed and integrated care models and drivers for competition between health insurers and between health care providers. The recent interruption of the peak organization of the health insurers has discontinued the monopoly of health insurers. The re-organization of some major insurers is likely but these will also likely promote individual contractual negotiations over collective “one size fits all” solutions, which have allowed more flexibility in pricing. A new law for hospital financing putting forward payment per case schemes has been adopted that aims at improving transparency of pricing negotiations and reducing potential conflicts between insurers and providers. Another draft legislation on health insurance surveillance is currently under consideration that is aimed at protecting the insured through in-

creased control of the state such as on insurers practices to ensure coverage with potential sanctions.

The new draft legislation permits national goals on disease prevention to be formulated by the federal government in collaboration with the cantons and nongovernmental organizations. Some scepticism has been expressed towards the intentional nature and towards the diversity in cantonal capacity and infrastructure to meet the national targets (OECD/WHO, 2011).

Priority setting and health technology assessment is not well established at central level and leaves scope for improvement. Only a fraction of services covered under health insurance are evaluated in some form (OECD/WHO, 2011). Medical doctors have so far dissented with a stronger central governance role towards health technology assessment but a recent development is the establishment of the “Medical Board” by the conference of cantonal health directors (CDS), the association of Swiss physicians and the Swiss Academy of Medical Sciences. The Medical Board provides assessments and policy recommendations for pharmaceutical and medical interventions. The Medical Board is seen as an initial step towards the permanent institution of a privately operated health technology assessment institute at national scale but the role of the national government in this initiative remains uncertain.

### **Impact**

The strong focus on cantons in combination with direct democracy instruments have enabled immediate democratic control, flexibility of cantons to respond to local needs, and an innovative environment through providing the scope for experimentation. Enhanced consumer choice on insurers in recent years has started to show an effect: approximately 15 % of insured have changed their insurer in recent years, albeit the changers are mostly made up of young and healthy individuals (OECD/WHO, 2011).

The challenge associated to the high degree of decentralization has been policy incoherency between cantons; conflicting incentives for cantons for instance for cost control as the regulator and owner of hospitals; a heavy focus on curative care with a backlog of disease prevention patterns; and lack of strategic oversight and poor national level information on quality and performance (OECD/WHO, 2011). In addition, the presence of direct demo-

cracy elements contesting legislation and strong lobbies of doctors, insurers and the pharmaceutical industry in parliament that can influence legislation might have slowed down the pace of reform.

### **Outlook and conclusion**

Governance arrangements Switzerland have followed a complicated division of powers and responsibilities between the cantons, the most important decision making tier, and the national government. The most recent developments exhibit dynamics towards all three of the possible options for changing governance arrangements: First a renaissance of cantons as strongest policy decision-making tier with a subsidiary supporting role of the state when the cantons fail to resolve issues that are critical to the fundamental economic or welfare concerns of the country. The development towards collective inter-cantonal strategy and policy development, dialogues and platforms as showcased in the areas of planning highly specialist health care services and a joint list of hospital investments of cantons for investment planning in 2012. Second, at the same time, the emergence of a stronger central governance role can be observed in the domains of regulating and policy making for quality of care standards, health insurance surveillance and disease prevention. And third, there is also a notable reemphasis of governance arrangements in managing, organizing, commissioning and providing care through the self-governing actors of the regulated market partly building on the objective to enhance patient and consumer choices and maintain the liberal environment for health insurance and health care provision with a view to position the health care sector towards one of the most efficient, productive and innovative sectors of the economy. Overall, the speed of dynamics in governing care arrangements has accelerated in 2010 and 2011 compared to the previous years. Yet, recent changes in governance arrangements do not suggest a total shift of responsibilities but rather foster more collaboration.

## References

- Agencia de Calidad del SNS, 2010, Barómetro Sanitario del SNS 2009, Instituto de Información Sanitaria, Madrid.  
[http://www.msc.es/estadEstudios/estadisticas/docs/BS\\_2010\\_Informe\\_Resultados.pdf](http://www.msc.es/estadEstudios/estadisticas/docs/BS_2010_Informe_Resultados.pdf)
- Agranoff, R. (2007) 'Local governments in Spain's multilevel arrangements', in H. Lazar and C. Leuprecht (eds) *Spheres of governance* (pp 23–70), Montreal and Kingston: McGill-Queen's University Press.
- Alvarez A and Duran A, 2011, "Spain", in Saltman, Duran and Dubois, *Governing Public Hospitals, Reform strategies and the movement towards institutional autonomy*, European Observatory of Health Systems and Policies, Brussels.
- Andersen (2009) Healthcare reform in Denmark *Scand J Public Health* May 2010 38: 246–252, first published on October 22, 2009.
- Andersen PT, Ansari WE, Rasmussen HB, Stock C (2010). Municipalities collaborating in public health: the Danish smoking prevention and cessation partnership. *Int. J. Environ. Res. Public Health* 7, 3954–3971  
(<http://www.mdpi.com/1660-4601/7/11/3954/pdf>, accessed on 16 September 2011)
- Barnard C, 1938. *The Functions of the Executive*. Harvard University Press, Cambridge, MA.
- Michael Bäumlér, Leonie Sundmacher and Britta Zander. "Major reform of German SHI contributions". *Health Policy Monitor*, October 2010. Available at <http://hpm.org/survey/de/a16/2>
- Belenes R. Un balance personal de 25 años de gestión sanitaria moderna en el Sistema Nacional de Salud, *Gaceta Sanitaria* 2003;17(2):150–6.
- Borkan J et al. 2010, Renewing primary care: lessons learned from the Spanish health care system, *Health Affairs* 29, 8;1432–41.
- Beltrán JL, 2007, *Coordinación General Sanitaria*, Derecho y Salud, Vol 15, Número 2, Extraordinario Foro SESPAS – AJS, pp 5–10.

- Chevreur K, Durand-Zaleski I, Bahrami S, Hernández-Quevedo C and Mladovsky P. France: Health system review. *Health Systems in Transition*, 2010; 12(6): 1–291.
- Colino C (2008) The Spanish model of devolution and regional governance: evolution, motivations and effects on policy making, *Policy & Politics*, vol 36 no 4 573–86.
- Chari and Heywood (2009) Analysing the Policy Process in Democratic State, *West European Politics* 32, 1, 26–54.
- Crozier M, 1972. *The Bureaucratic Phenomenon*. University of Chicago Press, Chicago, IL.
- Del Llano Señarís, J. (2009) *Sanidades Autonómicas: ¿solución o problema?* Madrid: Círculo de la Sanidad.
- Diario Médico, 4 Junio 2008,  
[http://www.diariomedico.com/edicion/diario\\_medico/profesion/es/desarrollo/1131304.html](http://www.diariomedico.com/edicion/diario_medico/profesion/es/desarrollo/1131304.html)
- Duran A, 2011, Health system decentralization in Spain: a complex balance, *Euro Observer*, Spring 2011, Volume 13, Number 1.
- Duran, Lara and Van Waveren, 2006, Spain: Health system review. *Health Systems in Transition*, European Observatory on Health Systems and Policies, Brussels, page 20.
- El Mundo, 2011, El Gobierno acusa a Madrid de no cumplir la ley, Lasquetty desafía a Sanidad y no cambiará el modelo de listas de espera, 16 September,  
<http://www.elmundo.es/elmundo/hemeroteca/2011/09/16/t/madrid.html>
- Federación Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública, 2011, *Informe del Sistema Sanitario de las Autonomías*, Madrid.
- Federación Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública, 2011, *Informe del Sistema Sanitario de las Autonomías*, Madrid.
- Flores Juberías C, (2003), Spain: delegation and accountability in a newly established democracy, in: Strøm K, Müller W, Bergman T (eds). *Delegation and Accountability in Parliamentary Democracies*, OU Press, Oxford.

- Gallego, R., Gomà, R. and Subirats, J. (2005) 'Spain, from state welfare to regional welfare?', in N. McEwen and L. Moreno (eds) *The territorial politics of welfare*, London: Routledge.
- García-Armesto S, Abadía-Taira MB, Durán A, Hernández-Quevedo C, Bernal-Delgado E. Spain: Health system review. *Health Systems in Transition*, 2010, 12(4):1–295.
- Greer, SL (2011). Centralizing England and decentralizing the United Kingdom: The paradox of power in British health services. *Euro Observer* Spring 2011, Volume 13, Number 1.
- KantarHealth. *Oncology Market Access, Europe*, Data from EURO CARE-4, 2010.
- Kettl DF, (1993). *Sharing Power: Public Governance and Private Markets*. Brookings Institution, Washington, DC.
- Koivusalo (1999). Decentralisation and equity of healthcare provision in Finland. *British Medical Journal*. 318(7192):1198–1200.
- Lo Scalzo A, Donatini A, Orzella L, Cicchetti A, Profili S, Maresso A. Italy: Health system review. *Health Systems in Transition*, 2009; 11(6)1–216.
- Martín JJ, 2010, Crisis económica y sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud, *El Médico* 2010; 1109:16–19.
- Mechanic D, 2000. Managed Care and the Imperative for a New Professional Ethic. *Health Affairs* 19(5): 100–111.
- Ministry of the Interior and Health (2004). The local government reform. In brief. ISBN 87-7601-153-4. Accessed on 19 October at: [http://www.sum.dk/Aktuelt/Publikationer/Publikationer\\_IN/~media/Filer-Publikationer-IN/English/2006/The-local-government-reform-in %20brief/local-government-reform-in-brief.ashx](http://www.sum.dk/Aktuelt/Publikationer/Publikationer_IN/~media/Filer-Publikationer-IN/English/2006/The-local-government-reform-in-%20brief/local-government-reform-in-brief.ashx)
- Montero, A. (2007) 'The limits of decentralisation: legislative careers and territorial representation in Spain', *West European Politics*, vol 30, no 3: 573–94.
- Montero-Granados R et al (2007). Decentralization and convergence in health among the provinces of Spain (1980–2001), *Social Science & Medicine*; 64:1253–64.

- OECD, 2009, Health Care Quality Indicators, OECD Health Data 2009, Paris [www.ecosante.org](http://www.ecosante.org)
- OECD/World Health Organization (2011), OECD Reviews of Health Systems: Switzerland 2011, OECD Publishing. <http://dx.doi.org/10.1787/9789264120914-en>
- Or, Zeynep. "Update on new regional health governance". *Health Policy Monitor*, October 2009. Available at <http://hpm.org/survey/fr/a14/2>
- Repullo JR y Freire JM, Abril 2008, "Gobernabilidad del Sistema Nacional de Salud: mejorando el balance entre los beneficios y los costes de la descentralización", Informe SESPAS 2008, Gaceta Sanitaria, 1, 22, pp. 118–125.
- Roller, E. (2001) 'Multi-level governance: What it does and does not explain: The case of sub-national mobilization in Spain', Paper presented at the Conference 'Multi-level Governance: Interdisciplinary Perspectives', University of Sheffield, 28–30 June.
- Romero, J. and Farinós, J. (eds) (2006) *Gobernanza territorial en España*, Valencia: Universidad de Valencia.
- Roethlisberger FJ, 1941. Management and Morale. Harvard University Press, Cambridge, MA.
- Romøren TI, Torjesen DO, Landmark B (2011). Promoting coordination in Norwegian health care. *International Journal of Integrated Care*, Vol 11, 2011-127.
- Saltman R.B., R. Busse and E. Mossialos, eds., 2002. Regulating Entrepreneurial Behavior in European Health Care Systems, European Observatory on Health Care Systems series. Open University Press, Buckingham, UK.
- R.B. Saltman, A. Duran, and H.W.F. Dubois, eds., 2011. Governing Public Hospitals: Recent Strategies and the Movement Toward Institutional Autonomy. Occasional Series 25. European Observatory on Health Systems and Policies, Brussels.
- R.B. Saltman, J. Calltorp and A. de Roo, 2011. "Health Sector Innovation and Partnership: Policy Responses to the New Economic Context." Organization for Economic Cooperation and Development (OECD) 50<sup>th</sup> Anniversary Meeting on Health, Invited Paper, 22 June, Paris, DELSA/HEA (2011)17.

- Saltman R.B., 2008. "Decentralization, Re-centralization and Future European Health Policy." *European Journal of Public Health* 18(2): 104–106.
- Schäfer W, Kroneman M, Boerma W, van den Berg M, Westert G, Devillé W, van Ginneken E. The Netherlands. Health system review. *Health Systems in Transition*, 2010; 12(1):1–229.
- Simon, H, 1945. *Administrative Behavior*. The Free Press, New York.
- Smith P, Anell A, Busse R, Crivelli L, Healy J, Lindahl AK, Westert G, Kene T (forthcoming 2011): Leadership and governance in seven developed health systems. Commonwealth Fund.
- Strandberg-Larsen M, Nielsen MB, Vallgård S, Krasnik A, Vrangbæk K and Mossialos E (2007). Denmark: Health system review. *Health Systems in Transition*, 2007; 9(6): 1–164.
- Subirats, J. (2006) 'Multi-level governance and multi-level discontent: the triumph and tensions of the Spanish model', in S.L. Greer (ed) *Territory, democracy and justice: Regionalism and federalism in Western democracies* (pp 175–200), Basingstoke: Palgrave.
- Velasco, F. (2010) 'Local government in the Spanish decentralized state', in N. Steytler (ed) *Local governments and metropolitan regions in federal countries*, Montreal and Kingston/London/Ithaca, NY: McGill-Queen's University Press.
- Vuorenkoski L, Mladovsky P and Mossialos E. Finland: Health system review. *Health Systems in Transition*. 2008; 10(4): 1–168.
- Westert GP, Van den Berg MJ, Zwakhals SLN, Heijink R, Verkleij H. (2010), *Dutch Health Care Performance Report 2010*. Bohn, Stafleu, van Loghum, Houten.
- WHO, European Regional Office, Health for All Database, accessed September 2011.



# Fem svenska forskare belyser framtidens utmaningar i vården och omsorgen

## Underlag till Statens vård- och omsorgsutredning

Anders Anell

### 1. Utgångspunkter

De statliga myndigheterna inom hälso- och sjukvårdsområdet<sup>1</sup> är ett bland flera medel för att nå övergripande mål för hälso- och sjukvården i form av hälsoeffekter, kvalitet i olika dimensioner, kostnadseffektivitet och rättvis fördelning av resurser till patienter och verksamheter efter behov. Vilka insatser som är möjliga och relevanta för myndigheterna att göra beror på förutsättningarna. Viktiga förutsättningar är t.ex. utvecklingen i vården och det övergripande ramverket som anger villkoren för hälso- och sjukvårdens styrning.

I denna rapport tas det kommunala självstyret för givet. Det innebär att ansvaret för att en god hälso- och sjukvård tillhandahålls individer på lika villkor i första hand antas ligga hos landsting/regioner och kommuner. De statliga myndigheternas inflytande över vården blir därmed i första hand indirekt genom att ange normer och ramar för verksamheten, ge kunskapsstöd som underlag för lokala beslut, följa upp och utvärdera, samt utöva ansvarsutkrävande re-

---

<sup>1</sup> Smittskyddsinstitutet, Socialstyrelsen, Läke medelsverket, Tandvårds- och läke medelsför-  
månsverket (TLV), Myndigheten för vårdanalys, Folkhälsoinstitutet, Statens beredning för  
medicinsk utvärdering (SBU) samt Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd är de viktigaste.

spektive tillsyn. För- och nackdelar med denna förutsättning diskuteras inte generellt i rapporten. Däremot diskuteras några potentiella problem med denna övergripande styrform som måste beaktas i den statliga styrningen, bl.a. risken för olika former av sup-optimeringar.

En annan viktig förutsättning för statens styrning är utvecklingen i vården avseende medicinsk teknologi. Beroende på vilken teknologi som finns tillgänglig och hur den utnyttjas påverkas hur vården bedrivs och därmed förutsättningarna för olika typer av statliga insatser. I rapporten diskuteras i första hand konsekvenser till följd av ökad specialisering, mer öppen och kommunal vård och bättre förutsättningar för uppföljning av vårdens kvalitet och resultat. Dessa utvecklingslinjer kan förväntas gälla också i framtiden.

En ytterligare viktig förutsättning för statens styrning är hur styrningen av hälso- och sjukvården utvecklats över tiden, både på nationell nivå och bland landsting/regioner och kommuner. Detta diskuteras i rapporten utifrån en genomgång av några centrala förändringar under de senaste årtiondena och slutsatsen att styrning mot resultat, kvalitet och effektivitet blivit allt viktigare.

För att diskutera statlig styrning finns behov en mera allmän modell över styrningens olika komponenter. Ett förslag på en enkel sådan modell som skiljer mellan prioriteringar och normer, uppföljning respektive ansvarsutkrävande presenteras. Till sist diskuteras alternativ för statliga myndigheters insatser inom hälso- och sjukvårdsområdet med hjälp av denna modell och utifrån de förutsättningar som analyserats. Diskussionen delas upp i två delar. I en första del diskuteras vad statliga myndigheterna som kollektiv bör göra. I en andra del diskuteras hur ansvaret kan delas upp och konsekvenserna för nuvarande myndighetsstruktur.

## **2. Det kommunala självstyret och några konsekvenser för den övergripande styrningen**

Ett fortsatt kommunalt självstyre antas vara en given förutsättning i denna PM. Just därför kan det vara på sin plats att kortfattat peka på några viktiga konsekvenser av det kommunala självstyret för den övergripande styrningen.

En första viktig konsekvens blir naturligtvis att staten har begränsade möjligheter att påverka verksamheten, åtminstone på kort sikt. På lång sikt har staten vilka möjligheter till påverkan som helst,

men då krävs förändringar i lagtexten vilket i sin tur kräver majoritet i riksdagen. På kort sikt måste staten försöka påverka på annat sätt, t.ex. genom dialog och överenskommelse med landsting/regioner och kommuner om hur riktade statsbidrag kan användas. Denna styrform används allt mer. Det säger sig självt att styrning genom dialog blir mer effektiv om den ansluter till frågor som ändå drivs av landsting och kommuner. Staten kan på så sätt driva på frågor som ändå är aktuella, men det blir svårt att driva igenom förändringar som inte gillas av landsting och kommuner. Sådana åtgärder kräver lagförändring. Det är också lättare att genomföra förändringar som baseras på dialog bland de 21 landstingen än de 290 kommunerna. Bland kommunerna finns betydande variation i förutsättningarna och det är dessutom svårare för Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) att agera som trovärdig dialog- och avtalspart gentemot staten. Ytterligare sätt att påverka verksamheter inom ramen för det kommunala självstyret är via kunskapsstöd i olika former och öppen granskning och jämförelser av verksamheten. Även dessa former av påverkan har ökat i betydelse under senare tid.

En annan viktig konsekvens av det kommunala självstyret är risken att landsting och kommuner i alltför hög grad tvingas att begränsa utbudet av vård eller omsorg av budgetskäl. Investeringar i kostnadseffektiv hälso- och sjukvård i ett samhällsekonomiskt perspektiv kommer därför inte alltid till stånd. Problemet består egentligen av två komponenter. Den ena komponenten är att olika landsting och kommuner har olika förutsättningar för att finansiera verksamheten och garantera en vård på lika villkor enligt lag. Det är därför det finns ett system med kommunal skatteutjämning som omfördelar skatteintäkterna mellan kommunerna. Trots detta system finns särskilt bland små kommuner i områden som tappar i befolkning en framtida risk för underfinansiering av äldrevård och omsorg. Det andra problemet har mer att göra med perspektiv och att landsting och kommuner inte fullt ut drar fördelar av de investeringar som görs i vård och omsorg. Fördelar i form av ny medicinsk teknologi uppstår främst för andra delar av samhället i form av minskade produktionsförluster (sjukskrivningar) och för patienterna själva i form av längre liv och bättre livskvalitet. För landstingen är ny medicinsk teknologi oftast bara en kostnad. Problemet är väl uppmärksammat, t.ex. i anslutning till kritik att landsting/regioner fördelar patienters tillgång till kostsamma biologiska läkemedel utifrån en budgetbegränsning snarare än vad som är en kostnadseffektiv användning. Idealt bör investeringar i hälsa beakta samhällseko-

nomiska konsekvenser i form av undvikta produktionsförluster och värdet av ökad livslängd och livskvalitet i sig, inte bara effekterna på hälso- och sjukvårdens egna budgetar. Staten har här en viktig roll att följa upp så att investeringar i vården kan ske enligt dessa bredare utgångspunkter, såsom redan sker inom ramen för beslut om subventioner av Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket och även i de nationella riktlinjer för prioriteringar som tas fram av Socialstyrelsen.

En ytterligare viktig konsekvens av det kommunala självstyret är att vården till den enskilde individen blir beroende av bostadsadress och vilket landsting eller kommun man ”tillhör”. För det första så kan prioriteringarna i vården, t.ex. tillgången till ny medicinsk teknologi, komma att variera regionalt. Staten har här en viktig roll att ge stöd för de prioriteringar som sker i olika regioner så att de sker med samma utgångspunkter. För det andra kan prioriteringarna i alltför stor utsträckning komma att ta hänsyn till vad som är bra för landsting och kommuner, dess beslutsfattare eller anställda, snarare än att man tar hänsyn till patienter och brukare. Om enskilda individer inte har något val, behöver enskilda individers rättmätiga krav och önskemål inte beaktas eftersom individer ändå inte har någon annanstans att gå. Vården blir utbudsstyrd. Faktorer som tillgänglighet, bemötande, inflytande över beslut etc. är något man pratar om, men de väger inte lika tungt som andra mål. Förändringar som skulle varit bra får patienter och brukare genomförs inte för att det upplevs som svårt av beslutsfattare, t.ex. för att personalen motsätter sig förändringar. Även om beslut att införa möjligheter att välja vårdgivare för patienter och brukare till en del kan lösa dessa problem (genom att de vårdgivare som inte tar hänsyn till patienters förväntningar riskerar att bli bortvalda) återstår problemet att patienter och brukare inte kan välja bort sitt landsting eller sin kommun. Idealt ska befolkningen kollektivt välja de politiker som är bäst skickade att styra landstinget respektive kommunen vart fjärde år. Men därutöver har staten här en viktig roll att fungera som väktare över vården med utgångspunkt i patienters och brukares perspektiv och den lagstiftning som finns.

En sista viktig konsekvens av det kommunala självstyret är risken för dubbelarbete. Dubbelarbete bland landsting och kommuner kan leda till att vården blir dyrare, att arbetet får sämre kvalitet och att systemen varierar och därmed blir krångligare beroende på lokala lösningar. När det gäller investeringar i nya informationssystemen finns ett uppenbart behov av gemensamt, nationellt perspektiv så

att det blir billigare och bättre och så att systemen kan kommunicera med varandra. I andra fall kan det främst handla om att landsting och kommuner kan dela på kostnaderna och nå en bättre kvalitet med gemensamma utvecklingsinsatser. Sådan samverkan sker också mellan kommuner respektive landsting på det lokala/regionala planet och även på nationell nivå genom SKL. En viktig roll för staten är att ge stöd så att samverkan kan utvecklas ytterligare och även själv tillhandahålla resurser så att dubbelarbete undviks. Den kunskap som görs tillgänglig via rapporter från SBU eller nationella riktlinjer för prioriteringar av Socialstyrelsen är exempel.

### 3. Utvecklingen i hälso- och sjukvården

Under de senaste årtiondena har ganska omfattande förändringar introducerats i svensk hälso- och sjukvård. Antalet vårdplatser och sjukhus har minskat sedan lång tid tillbaka, men utvecklingen har varit särskilt snabb sedan början av 1990-talet. Antalet akuta vårdplatser per invånare är numera väsentligt lägre i Sverige än i de flesta andra EU-länder. Många små sjukhus har omvandlats till närsjukhus med begränsat ansvar för akut omhändertagande och/eller specialiserade sjukhus med inriktning på elektiv verksamhet. Det finns flera bakomliggande förklaringar. En förklaring är utvecklingen av medicinsk teknologi och kunskap. Allt mer vård kan göras i öppna former och specialiseringen inom vården fortsätter i oförminskad takt. Behovet av slutenvård minskar samtidigt som det blir ohållbart för mindre sjukhus att tillhandahålla all verksamhet med rimligt hög kvalitet. En annan förklaring är ekonomisk. Det blir för dyrt att upprätthålla kompetens och jourlinjer på varje sjukhus och även om pengarna funnits saknas tillräckligt många specialister. Det blir också dyrt att låta specialister ta hand om de patienter som skulle fått bättre vård om de istället vänt sig till allmänläkare.

Utvecklingen inom sjukhusvården med hårdare prioriteringar, mer öppen vård och fortsatt specialisering har fått flera konsekvenser för vårdstrukturen och förutsättningarna för styrning. En första konsekvens är att primärvårdens och den kommunala äldrevårdens ansvar för patienterna ökat. Primärvården ansvarar i dag för en högre andel av totala antalet öppenvårdsbesök än vad som var fallet i början av 1990-talet. Kommunerna har i sin tur infört hårdare prioriteringar inom både särskilda boenden och för hemtjänst. Betydelsen av hemsjukvård har ökat. En andra konsekvens är att behovet av

koordinering mellan olika vårdgivare i form av sjukhus, primärvård och kommunal vård ökar. Problemet är uppmärksammat sedan länge men fortfarande lika aktuellt. Det är en stor brist i svensk hälso- och sjukvård att styrningen av vården ännu inte anpassats till de strukturella förändringar som skett. Det är dock inte enbart svensk hälso- och sjukvård som brottas med detta problem. Det tyder på att bakgrunden till problemen med bristande samordning runt patientens behov är oberoende av hur vården finansieras och organiseras. En viktig del av problemet är att det inte finns någon enskild aktör som har ett samlat ansvar för patientens "resa" mellan olika vårdgivare. Det finns inte heller några informationssystem som anpassats till de nya förutsättningarna och som innebär att man kan kartlägga och följa upp patienterna resa genom vården, vilka insatser som olika vårdgivare gjort och resultaten av dessa. Informationssystemen är fortfarande i hög grad uppbyggda utifrån varje enskild vårdgivares behov och intressen.

Bristen på koordinering mellan olika verksamheter och isolerade informationssystem finns också inom den specialiserade vården. Problemen tycks helt logiskt också vara störst inom universitetssjukhusen, där verksamheten är uppdelade på många specialiteter och koordineringen till liten del kan bygga på personliga relationer mellan vårdpersonal. Det finns anledning att tro att dessa problem kan komma att bli än större. Medan förändringarna i sjukhusvården tidigare främst berörde de mindre sjukhusen har fokus under senare tid snarast riktats mot de stora sjukhusen. Sammanslagningar mellan universitetssjukhus aktualiserades först i Göteborg, för att sedan sprida sig till Stockholm och under senare år till Lund-Malmö. Det finns också andra initiativ som leder till större koncentration inom den specialiserade vården. Bakgrunden till Rikssjukvårdsnämnden var att koncentrera viss högspecialiserad vård till nationella center och utvecklingen med regionala cancer centrum (RCC) kommer att leda till koncentration av kurativ behandling inom vissa cancerformer. Det finns också ett arbete inom varje landsting/region som går ut på att koncentrera viss specialiserad verksamhet. Bakgrunden till allt detta arbete är en fortsatt specialisering och önskemål om att nå bättre kvalitet och kostnadseffektivitet. Samtidigt ökar kraven på koordinering och gemensamma informationssystem eftersom den enskilda patienten kan få sin vård från flera olika håll. Det finns också anledning att ha ett nationellt perspektiv på besluten om koncentration, så att inte beslut hos enskilda landsting/regioner eller regionala centra blir supoptimala i ett nationellt perspektiv.

#### 4. Utveckling av styrningen i hälso- och sjukvården

Sett i ett bredare perspektiv har forskare identifierat tre olika faser i utvecklingen av nationella hälso- och sjukvårdssystem.<sup>2</sup> Efter en första fas med fokus på vård på lika villkor ("equity") ställs ökade krav på kostnadskontroll ("cost containment"), som i sin tur följs av ökade krav på resultat och värde för pengarna ("performance"). Motsvarande faser kan identifieras även i utvecklingen av svensk hälso- och sjukvård.

Under 1960- och 1970-talen betonades framför allt hälso- och sjukvårdens expansion och den övergripande styrningen handlade i huvudsak om att administrera expansionen. Begrepp som kostnadskontroll, produktivitet och kvalitet diskuterades knappast. Från och med slutet av 1980-talet har det utvecklats en mer kritisk inställning till hälso- och sjukvården, och kanske i första hand landsting och kommuner som tillhandahållare av vård. En viktig brytpunkt var en ESO-rapport om hälso- och sjukvårdens svaga produktivitet utveckling som publicerades år 1985.<sup>3</sup> Studien fick hård kritik från tunga verksamhetsföreträdare i vården. Redan efter några år hade dock stämningläget förändrats och brister i vårdens produktivitet samt den svaga ställningen för patienten som inte kunde välja sin vårdgivare diskuterades mera allmänt. Kritiken fanns också i andra delar av offentlig sektor, både i Sverige och andra länder, och banade väg för New Public Management (NPM) reformer som förändrade styrningen. Många landsting införde mer valmöjligheter för patienterna, uppdelning mellan beställare och utförare, privatisering bland vårdgivare och ersättningsystem med fokus på prestationer. Det fanns dock ingen egentlig kritik mot vårdens kvalitet under 1990-talet. Kvaliteten antogs vara bra, men produktiviteten och möjligheterna för patienterna att välja ansågs kunna förbättras påtagligt.

Under den tredje fasen i utvecklingen, som vuxit fram under 2000-talet, är det i stället verksamhetens resultat och kvalitet som hamnat i fokus. Nu ifrågasätts allt oftare även kvaliteten, åtminstone att den skulle vara lika bra på olika håll. Flera initiativ under främst de senaste åren vägleds av ett framväxande "performance paradigm" i styrningen. Nyckelord är nationella kvalitetsregister, öppna jäm-

<sup>2</sup> Cutler D. (2002) Equality, efficiency and market fundamentals: The dynamics of international medical-care reform. *Journal of Economic Literature*; 40: 3: 881–906.

<sup>3</sup> Roos P. (1985) *Produktions-, kostnads- och produktivitet utvecklingen inom offentligt driven hälso- och sjukvård 1960–1980*. Rapport till Expertgruppen för studier i offentlig ekonomi. Stockholm. Finansdepartementet.

förelser, balanserade styrkort, målbaserad ersättning, värde för de pengar som investeras i hälso- och sjukvården samt nytta i ett patientperspektiv och ökad betoning på behovet att se på vårdprocesser i ett patient- och brukarperspektiv. Utvecklingen av öppna jämförelser sedan år 2006 har haft mycket stor betydelse för denna utveckling. Öppna jämförelser har inneburit att problem identifierats samtidigt som ansvar indirekt utkrävs då landsting och kommuner med brister direkt pekas ut. Det finns också en direkt koppling mellan öppna jämförelser och nationella kvalitetsregister och även målbaserad ersättning. Den gemensamma nämnaren är behovet av indikatorer som återspeglar olika aspekter av kvalitet och resultat i vården. Utvecklingen mot ett ”performance paradigm” skapar nya förutsättningar för styrningen och nya potentiella uppgifter för staten. Inte minst ökar betydelsen av gemensamma lösningar för nationella register och gemensamma indikatorer som underlag för jämförelser och annan styrning.

Parallellt med att kraven på hälso- och sjukvården ökat med nya målsättningar avseende kostnadskontroll, kostnadseffektivitet, hänsyn till patienternas förväntningar och kvalitet i olika dimensioner, har allt mer av vården lagts över i privat regi. Även denna utveckling påverkar formerna för styrning. Under 1990-talet argumenterade främst företrädare för privata vårdgivare och borgerliga politiker för att privata vårdgivare hade lägre kostnader och bättre produktivitet. Under senare tid är det snarare privata vårdgivares förmodade bättre service och innovationsförmåga som lyfts fram som argument för en fortsatt privatisering. Enligt statistik från SKL köpte landstingen och regionerna år 2009 hälso- och sjukvård från privata företag motsvarande drygt 18 miljarder kronor. Det är en kraftig ökning jämfört med situationen i början av 1990-talet, men fortfarande en liten andel av de totala nettokostnaderna för hälso- och sjukvård, drygt 10 procent. De genomsnittliga siffrorna är också starkt påverkade av att andelen privat vård är betydligt högre i Stockholm. Stockholms läns landsting köpte vård från privata företag motsvarande ungefär 23 procent av nettokostnaderna år 2009. Det är väsentligt mer än exempelvis Norrbotten, Dalarna, Jönköping, Blekinge och Kalmar med runt 3 procent köpt privat vård. Även bland övriga landsting och regioner är andelen köpt privat vård i de flesta fall under 10 procent.

Även om debatten varit mest högljudd inom sjukhusvården har de största förändringarna mot fler privata alternativ skett inom primärvården. För primärvården finns numera också en lag som inne-



bär etableringsfrihet för alla privata aktörer som accepterar landstingens krav och blir ackrediterade. Det innebär att staten har ett mera direkt intresse av att följa och påverka hur landstingen ”vårdar marknaden” inom primärvården.

## 5. En modell för statlig styrning

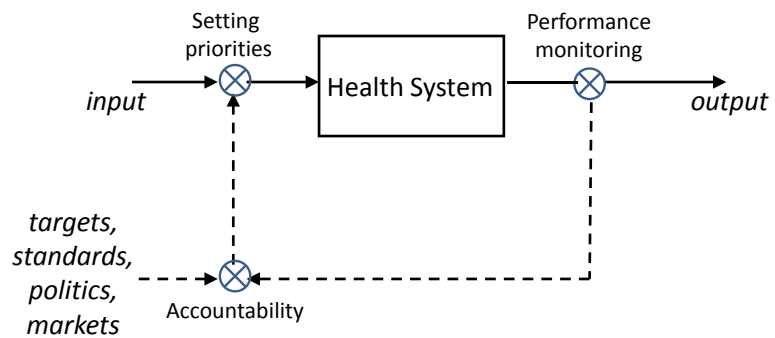
Det övergripande syftet med all styrning är att uppnå social koordinering av aktiviteter så att målen för en verksamhet kan uppnås. Behov av social koordinering finns på olika nivåer i en verksamhet. Hos enskilda vårdenheter i form av sjukhus, kliniker, vårdcentraler etc. talar man oftast om verksamhetsstyrning eller management. På en mera övergripande nivå, som för ett helt landsting eller statens styrning av landstingen, diskuteras alternativen för social koordinering i internationell litteratur oftare under begreppet ”governance”.

Alternativa angreppssätt för ”governance” inom offentlig sektor kan diskuteras under begreppen hierarki, marknad eller nätverkslösningar. Men en hierarkisk lösning hanteras styrningen inom en linjeorganisation där administrativa nivåer ska agera enligt de normer och villkor som formuleras av överordnad administrativ nivå. Med en marknadslösning uppnås social koordinering genom marknaden och konkurrens. Med en nätverkslösning styrs den sociala koordineringen av normer inom gruppen som vägleder enskilda aktörers agerande. Oavsett vilka angreppssätt och tekniker som används ska styrningen bidra till ständiga förbättringar av verksamheten. Det innebär att prioriteringar och normer, uppföljning av resultat respektive ansvarsutkrävande blir viktiga komponenter i styrningen oavsett former för ”governance”.<sup>4</sup> Sambanden mellan dessa tre komponenter åskådliggörs i figur 1. Även om principerna är desamma blir naturligtvis förutsättningarna för exempelvis uppföljning och ansvarsutkrävande helt olika beroende på om en verksamhet styrs inom ramen för en marknad eller hierarki.

---

<sup>4</sup> Simon P C, et al. Leadership and governance in seven developed health systems. Artikelmanus.

Figur 1 Modell för "governance"



Källa: Simon PC. et al. Leadership and governance in seven developed health systems. Artikelmanus.

I svensk hälso- och sjukvård används både hierarki, marknad och nätverk för att styra vården, men det går att identifiera glidningar över tiden. I jämförelser med andra länder är ansvaret för finansiering och produktion i svensk hälso- och sjukvård till stor del integrerat. Varje landsting/region och kommun har ett monopol på verksamheten i respektive upptagningsområde. Det innebär att den övergripande och viktigaste formen för övergripande styrning i landsting/regioner och kommuner är hierarkin. Men ju längre ned i den administrativa hierarkin man kommer, desto tydligare blir det att normer inom den medicinska professionen styr. Den administrativa och politiska styrningen har tidigare handlat om att sätta ramar för verksamheten. Styrningen av verksamheten har till stor del praktiserats inom ramen för en professionell självkontroll inom respektive specialitet, ett slags nätverkslösning på behovet av "governance". Styrmekanismerna handlar då om professionella normer och social inskolning av individer så att dessa accepteras och underhålls. Tidigare har administrativa/politiska respektive professionella styrformer fungerat parallellt. Med ökade krav har dock skett en viss integration. Professionella normer har påverkats så att t.ex. kostnadseffektivitet och standardisering genom evidensbaserad medicin och riktlinjer numera är ett accepterat inslag i verksamhetsstyrningen och den professionella självkontrollen. På samma sätt har den övergripande administrativa styrning influerats av verksamhetsmål och kliniska indikatorer som tidigare bara använts på verksamhetsnivå.

Med ökade krav på vården har den administrativa styrningen på så sätt glidit in på områden som tidigare styrdes "inom profes-

sionen”. Det professionella självstyret är inte längre givet och måste åtminstone anpassas till administrativa och politiska prioriteringar. Bland verksamhetsföreträdare och vårdpersonal har detta uppfattas som en centralisering av beslut jämfört med tidigare. Tydligast på senare tid är centraliseringen inom mera specialiserad vård med sammanslagningar mellan enheter, koncentration av verksamheter och krav på att man följer riktlinjer, vårdprogram och öppna jämförelser av resultat. För högspecialiserade vård ställs också ökade krav på samverkan mellan landsting/regioner. Även bland kommunerna ställs ökade krav på samverkan interkommunalt för att lösa uppgifterna.

Inom andra delar av vården har förutsättningarna för ”governance” förändrats genom införande av vårdval. Inom primärvården finns numera krav på att landstingen inför en vårdvalsmarknad enligt lag. I främst Stockholm, Västmanland, Halland, Region Skåne och Västra Götalandsregion finns en ganska stor andel primärvård i privat regi. Det är dock inte frågan om vilken marknad som helst. Pengarna kommer fortfarande från landstinget som också ackrediterar, följer upp och ställer krav på vårdgivare. I litteraturen diskuteras denna form av ”governance” under begreppet kvasi-marknad.<sup>5</sup> Viktiga ingredienser i styrningen är t.ex. hur individens val utformas och stöds genom information om vårdenhetens kvalitet, vilka krav som ställs på vårdgivare, ersättningsprincipernas uppbyggnad, eventuella villkor för etableringar etc. Det är en stor skillnad jämfört med de krav och möjligheter för prioriteringar, uppföljning och ansvarsutkrävande som gäller om alla vårdgivare agerar under samma hierarkiska struktur. Införandet av vårdval innebär därför att landsting/regioner måste arbeta med olika former av ”governance”, beroende på om verksamheter som styrs genom vårdval eller inte. Generellt kan också hävdas att betydelsen av explicita prioriteringar och normer samt system för uppföljning och ansvarsutkrävande blir viktigare i ett vårdvalssystem där man inte direkt kan intervernera i enheters aktiviteter.<sup>6</sup>

---

<sup>5</sup> Le Grand J, Bartlett W. (1993) The theory of quasi-markets. I Le Grand J, Bartlett W. (eds.) Quasi-markets and social policy. Mcmillan Press.

<sup>6</sup> Hartman L. (red.) (2011) Konkurrensens konsekvenser. SNS Förlag.

## 6. Vad bör statliga myndigheter ägna sig åt?

Förutsättningarna för den statliga styrningen påverkas av hur styrningen bland landsting/regioner och kommuner utvecklats. Som noteras i föregående avsnitt har landsting och kommuner i ökad grad praktiserat olika former av styrning beroende på om verksamheter styrs inom ramen för kvasi-marknader eller på traditionellt hierarkiskt sätt. Inom vårdval är ackrediteringsvillkor och ersättningsprinciper viktiga styrmedel. Flera frågor om verksamheten har decentraliserat, i synnerhet i de landsting där andelen privata vårdenheter ökat. Den står i kontrast till den traditionella hierarkiska styrningen inom exempelvis sjukhusvården som snarast centraliserats jämfört med tidigare. Inom specialiserad vård är det också mer av interkommunal samverkan än tidigare, t.ex. genom beslut om koncentration av viss verksamhet. Andra faktorer som påverkar behov och förutsättningar för "governance" är utvecklingen mot öppna vårdformer och behovet av koordinering respektive gemensamma informationssystem för att underlätta koordinering. Det finns också en trend att rikta fokus i styrningen på resultat och kvalitet ("performance"), vilket lyfter fram bl.a. kvalitetsregister, evidens och öppna jämförelser som viktiga komponenter i styrningen.

På nationell nivå är det fortfarande möjligt att diskutera "governance" och statliga myndigheters verksamhet utifrån begreppen prioriteringar och normer, uppföljning samt ansvarsutkrävande. Mot bakgrund av utvecklingen i vården kan hävdas att behovet av nationell koordinering ökat inom vissa områden. Det gäller t.ex. utveckling av informationssystem och koncentration av viss specialiserad vård. Inom andra områden finns starka skäl för samordning för att undvika dubbelarbete och nå en högre kvalitet. Det gäller exempelvis alla insatser som handlar om att ta fram och bedöma tillgänglig evidens. Om styrningen utvecklas i riktning mot ett "performance" paradigm kommer också framtagande av prioriteringar och normer som baseras på kunskap och evidens att få ökad betydelse, liksom möjligheterna att följa upp verksamheter inom ramen för gemensamma system inklusive vilka indikatorer som bör fokuseras. Även ansvarsutkrävande får större betydelse i en sådan styrning.

*Prioriteringar och normer*

I takt med att kraven på vården ökar blir prioriteringar viktigare. Staten har via myndigheter en viktig roll att dels ge kunskapsunderlag som stöd för landstingens och kommunernas egna prioriteringsbeslut, dels förmedla tvingande normer så att övergripande viktiga mål kan nås. Det finns anledning att tro att behovet av både kunskapsunderlag och mera styrande normer kommer att öka. Målen är att undvika dubbelarbete och nå en bättre kvalitet inom givna kostnadsramar. Ett annat skäl är att uppmuntra landsting och kommuner att se till kostnadseffektivitet i ett samhällsperspektiv och att undvika regionala variationer i tillgången på vård och åtgärder.

För att ta fram riktlinjer för prioriteringar behövs kunskaper om olika åtgärders konsekvenser för kostnader och effekter. Den typen av kunskap vilar i sin tur på klinisk forskning och/eller observationer som sammanställts i register. Eftersom de åtgärder och terapier som är aktuella inom respektive landsting/region är desamma är det angeläget att man har ett nationellt eller t.o.m. internationellt perspektiv på att ta fram nya kunskaper och formulera underlagen för prioriteringar. Staten har därför också en viktig roll att främja klinisk forskning och ge stöd åt kvalitetsregister. Arbetet inkluderar då även vilka indikatorer som bör följas upp i registren, eftersom valet av indikatorer har en direkt anknytning till kunskap och evidens. Genom nationell styrning i dessa frågor kan man undvika dubbelarbete, få bättre kvalitet i underlagen och dessutom säkra att prioriteringar sker utifrån samma underlag i olika regioner. För att få fram bra underlag för framtida prioriteringar kan också finnas anledning att initiera nya studier. Förutsättningarna för detta är mycket bättre om bedömningarna sker samlat på nationell nivå. Med nationell samverkan finns också bättre möjligheter att tidigt bedöma konsekvenserna av ny medicinsk teknologi.

Ett arbete med att ta fram underlag för prioriteringar pågår sedan flera år bland myndigheter. Både Socialstyrelsen (nationella riktlinjer), Läkemedelsverket (läkemedel) och SBU (översikter av evidens) ger bidrag inom området, dock utan krav på att landstingen baserar sina beslut på de underlag som tas fram. Det finns inte heller någon systematisk uppföljning om landsting och kommuner använder de kunskapsunderlag som myndigheterna tar fram. TLVs beslut ger också uttryck för prioriteringar och normer på läkemedels- och tandvårdsområdet, men är mera tvingande.

Gemensamt för myndigheters arbete är att prioriteringar och normer görs utifrån ett samhälleligt och nationellt perspektiv. Ambitionerna när det gäller att översätta dessa normer till vad de betyder för enskilda landsting är låga och ingår inte i uppdraget. Detta översättningsarbete överläts till landstingen och kommunerna själva. Om myndigheternas ansvar inkluderade sådana insatser skulle möjligen underlagen användas flitigare. Samtidigt är det ett mycket stort åtagande att exempelvis översätta Socialstyrelsens riktlinjearbete till lokala förhållanden. Ett alternativ (eller komplement) är att uppföljningen av landstingens prioriteringar stärks så att intresset för de nationella kunskapsunderlagen ökar.

En relativt ny form av prioriteringar och normer är direkta krav för att få bedriva viss verksamhet. På landstingsnivån finns exempelvis ackrediteringsvillkor inom ramen för vårdvalssystem som reglerar tillträde till marknaden. Eftersom vårdval i primärvården är reglerad enligt lag finns anledning för staten att följa utvecklingen och även ta fram kunskaper om effekterna av olika ackrediteringsvillkor som underlag för landstingens egna prioriteringar. På nationell nivå beslutar Rikssjukvårdsnämnden om koncentration av högspecialiserad vård. Även utvecklingen mot regionala cancercentrum kommer att leda till beslut om koncentration av viss kurativ cancerterapi. I fallet cancervård är det ännu oklart hur den s.k. nivåstruktureringen ska gå till. En modell är att besluten om koncentration fattas nationellt, typ Rikssjukvårdsnämnden. En annan modell är att landstingen själva får incitament att strukturera om verksamheter genom stärkt uppföljning av cancervårdens resultat och variationer mellan olika vårdgivare. Oavsett former för besluten behövs kunskap och uppföljning som underlag för beslut om koncentration av vård. Det kommer också att ställas krav på kriterier och hur olika mål ska vägas mot varandra. För att undvika olika prioriteringar regionalt finns anledning till nationell samsyn om vilka kriterier som ska ligga till grund för beslut om koncentration, även om besluten sker lokalt.

### *Uppföljning*

Ett stort och växande problem i vården är att verksamheten blir allt mer fragmenterad. Även informationssystemen är till stor del knutna till olika vårdgivare. Det finns därför ett stort behov av att utveckla nya uppföljnings- och informationssystem som följer patientens

process genom vården och dessutom mäter resultat i form av patientnytta. Även om det i första hand är landstingen och kommunerna som har nytta av ett sådant informationssystem, så finns stor anledning till nationell samverkan. Både i Sverige och i andra länder finns ett ökande intresse för uppföljning och jämförelser i vården.<sup>7</sup> En förklaring är att ny informationsteknologi och lagring av data i olika register gör sådan uppföljning och jämförelser enklare än tidigare. De nya möjligheterna har dock knappast utnyttjats full ut. Det finns fortfarande en mängd analyser som skulle kunna göras baserat på redan existerande data. Transparensen i hälso- och sjukvården skulle kunna öka ytterligare, vilket bidrar till bättre ansvarsutkrävande på olika nivåer.

Staten har också ett mera direkt intresse av att informationssystemen i vården utvecklas och utgår från samma typ av lösningar. Om varje landsting följer upp olika delar av vården utifrån sin egen modell blir det svårt att jämföra utvecklingen med andra landstings verksamheter. Om underlag för jämförelse saknas finns också sämre möjligheter för analyser som kan leda till positiva förändringar. De nationella kvalitetsregistren är en förebild genom att verksamheter följs upp på samma sätt oavsett landsting eller vårdgivare. De nationella kvalitetsregistren har skapat stora förbättringar i vården tidigare och är också det viktigaste underlaget i öppna jämförelser. För statens del är det därför angeläget att fortsätta att investera i de nationella kvalitetsregistren men också sträva mot samma typ av lösningar i övriga uppföljningssystem, och utveckla nya nationella lösningar inom exempelvis primärvård där register tidigare saknats.

En viktig del i arbetet med att förbättra möjligheter till uppföljning och analys är också att de indikatorer som uppföljningen avser är relevanta och dessutom enhetliga. Här finns en stark koppling till arbetet med att ta fram kunskapsunderlag för prioriteringar och normer. Det är också en fråga om perspektiv, precis som vid framtagande av underlag för prioriteringar. Kvalitetsregister bör t.ex. innehålla indikatorer som gör att man kan följa konsekvenser för patienter i ett samhällsperspektiv och belysa kostnader både inom och utanför vården. Det är också viktigt att fånga indikatorer som speglar patientnytta, t.ex. i form av generella livskvalitetsformulär, och att detta dessutom görs på likartat sätt i olika register.

---

<sup>7</sup> Smith, PC, Mossialos, E, Papanicolas, I and Leatherman, S (2010) *Performance measurement for health system improvement: Experiences, challenges and prospects*. Cambridge: Cambridge University Press.

*Ansvarsutkrävande*

Det finns många olika former av ansvarsutkrävande från statens sida över vården. Utgångspunkten är primärt lagstiftningen. Men det går också att påvisa en ”mjukare” variant av ansvarsutkrävande och styrning genom jämförelser mellan landsting/regioner och kommuner respektive vårdgivare för att påvisa skillnader och avvikelser i förhållande till det kunskapsunderlag och de riktlinjer för prioriteringar som finns framtagna. Det säger sig själv att sådan ansvarsutkrävande kräver uppföljningssystem och även prioriteringar och normer att följa upp emot. Varken prioriteringar/normer eller uppföljningssystem kan i sin tur förväntas ha några större effekter om inte ansvar utkrävs. Ansvarsutkrävandet behöver dock inte vara formaliserat. Öppna jämförelser vars resultat tas upp och sprid i media är också en form av ansvarsutkrävande. Utvecklingen mot statsbidrag som kopplas mot specifika krav och utformas som belöningar innebär att normer, uppföljning och ansvarsutkrävande kopplas samman mera direkt.

En annan variant av ansvarsutkrävande gentemot landsting och kommuner sker via individers val av vårdgivare. Staten har genom ny lagstiftning som möjliggör valfrihetssystem generellt och tvingar fram sådana system inom primärvården medverkat till att denna form av ansvarsutkrävande ökat i betydelse. Staten har här anledning att fundera över hur man själv kan bidra till att denna form av ansvarsutkrävande från enskilda individer och patienter kan stärkas ytterligare. Alternativ kan vara att på olika sätt stärka individers intresse och möjligheter att välja, vilket bl.a. anknyter till frågor om vilken information om vårdgivares kvalitet som tillhandahållas.

En ytterligare form av ansvarsutkrävande där statliga myndigheter har en viktig roll är tillsynen över enskilda yrkesutövare. Även här finns normer att utgå ifrån, men dessa är då knutna till vad som kan förväntas av enskilda yrkesutövare snarare än hälso- och sjukvårdens organisationer. På samma sätt som gäller för den övergripande styrningen och hälso- och sjukvårdens effektivitet i stort kan ansvarsutkrävande på individnivå främjas med tydligare normer och väl fungerande uppföljningssystem.



## 7. Hur ska arbetsfördelningen se ut?

En arbetsfördelning med strikt utgångspunkt i behoven av prioriteringar och normer, uppföljning samt ansvarsutkrävande skulle kunna ge en helt ny myndighetsstruktur jämfört med i dag. I princip skulle man kunna tänka sig en samlad myndighet för vart och ett av områdena.

I en *myndighet för prioriteringar och normer* skulle allt arbete med att ta fram kunskapsunderlag och normer för landstingens och kommunernas prioriteringar hos Socialstyrelsen, SBU, TLV m.fl. samlas. I detta ansvarsområde ingår då även högre ambitioner när det gäller:

- att bedöma patientnyttan av olika insatser
- att tidigt bedöma värdet av ny medicinsk teknologi och underlätta spridning när det är motiverat
- att investera i ny klinisk forskning och hälsoekonomiska studier för att nå bättre kunskapsunderlag
- att ”översätta” de nationella underlagen till vad de betyder om de genomförs hos enskilda huvudmän.

Den sista punkten ställer stora krav på ökat samarbetet mellan myndigheter respektive landsting och kommuner, vilket kan förbättra kunskapsunderlagets kvalitet och samtidigt medverka till att de faktiskt används.

En *myndighet för uppföljning och uppföljning* skulle få ansvar för nationell samordning av informationsförsörjningen. I detta ansvarsområde ingår då även högre ambitioner när det gäller:

- att ge stöd åt utveckling av informationssystem som följer patientens resa genom vården
- att ge stöd åt nationella kvalitetsregister så att inrapportering sker och data används
- att samordna de indikatorer som ingår i nationella kvalitetsregister för att säkerställa kvalitet, ändamålsenlighet och för att underlätta jämförelser
- att ge stöd åt utveckling av vårdbarometern, nationella patientenkäter och liknande datainsamlingar

- att ta fram analyser och jämförelser av information, t.ex. inom ramen för öppna jämförelser.

En annan viktig del av myndighetens arbete blir att vara samordnade och drivande i IT frågor inom vården. I en *myndighet för ansvarsutkrävande* skulle man slutligen samla alla aktiviteter som handlar om att utkräva ansvar hos enskilda yrkesutövare och vårdenheter.

Även om det kan finnas poänger med en strikt uppdelning enligt ovan är det lätt att påtala brister eller åtminstone stora behov av koordinering mellan dessa tre imaginära myndigheter. Exempelvis är både arbetet med prioriteringar och normer liksom ansvarsutkrävande helt beroende av att det finns en uppföljning av verksamheten. Om ansvaret för uppföljningen frikopplas från framtagande av prioriteringar och normer respektive ansvarsutkrävande är risken stor att uppföljningen saknar fokus på det som är viktigt och relevant. Det blir för mycket "nice to know" snarare än "need to know". En annan lösning skulle därför vara att bygga olika lösningar nationellt beroende på hur styrningen hos landsting och kommuner ser ut. För primärvårdens del skulle man t.ex. kunna bygga en nationell myndighet som enbart fokuserar på att ge stöd för arbete med kunskapsstyrning inom primärvården. Samma myndighet kan också ge stöd för hur primärvården bör följas upp inklusive hur nya register bör utformas. På samma sätt skulle man kunna tänka sig en myndighet med inriktning mot prioriteringar och normer och uppföljning inom specialistvården. En viktig uppgift för en sådan myndighet kan då bli att dels att utfärda tvingande normer för nationell koncentration av högspecialiserad vård, dels utveckla nationella kriterier för hur koncentration av vård bör gå till på regional nivå. En sådan uppdelning i nya imaginära myndigheter skulle dock ge koordineringsproblem av andra slag. Dessutom finns risk att befintliga vårdstrukturer konserveras. Eftersom ansvarsutkrävande bör ha vad som är bäst för patienter-/brukare och medborgare som utgångspunkt kan en uppdelning på myndigheter som ansvarar för olika delar av vården anses direkt olämplig.

Ytterligare alternativ är att samla allt ansvar till en stor myndighet, ett "Socialstyrelsen Plus" där övriga myndigheter får ingå som delar. Det är dock inte säkert att en sådan sammanslagning av myndigheter leder till bättre koordinering av vad myndigheter gör. Det är en vanlig missuppfattning att sammanslagningar av verksamheter med automatik leder till samordning. Samordning kan uppnås utan

sammanslagning och det finns många exempel på att sammanslagningar faktiskt haft negativa effekter på samordningen. De överlappningar som kan finnas mellan myndigheter är inte heller enbart ett problem. Överlappningar bidrar till konkurrens som kan leda till att myndigheter gör ett bättre jobb. Om det finns risk att någon annan myndighet kan "ta över" delar av de uppgifter som en myndighet uppfattar som "sitt" område, finns anledning för myndigheten att visa upp en bra verksamhet och ett nytänkande inom just detta område. Om en myndighet misslyckas helt finns också möjligheter hos andra myndigheter att delvis täcka upp för bristerna. En utveckling mot "Socialstyrelsen Plus" kan vara attraktivt ur en del perspektiv men innebär samtidigt stora risker och ställer mycket stora krav på ledningen.

Om nu varken en strikt uppdelning på prioriteringar och normer, uppföljning respektive ansvarsutkrävande, eller en uppdelning på verksamhetsområden eller en samlad myndighet är helt optimal, vad ska man göra då? Ytterligare ett alternativt är naturligtvis att utgå från de myndigheter som finns i dag och göra justeringar på marginalen. En sådan justering skulle kunna ske utifrån den referensram med uppdelning utifrån prioriteringar och normer, uppföljning och ansvarsutkrävande som använts ovan. Det bör också beaktas att en utveckling av myndigheternas samarbete sinsemellan respektive med huvudmännen redan påbörjats. Socialstyrelsens riktlinjearbete och det utökade samarbetet mellan riktlinjearbetet, SBU:s arbete med översikter av evidens och TLV:s beslut om subventionering av läkemedel är exempel på hur kunskapsstyrningen stärkts. Investeringar i nationella kvalitetsregister och öppna jämförelser i samverkan mellan Socialstyrelsen och SKL har påverkat förutsättningarna för främst uppföljning men även ansvarsutkrävandet.

Om det är någon funktion som kan brytas ut från övriga är det snarast ansvarsutkrävandet. Det finns åtminstone två skäl för en sådan lösning. För det första kan hävdas att denna komponent är underutvecklad. Det finns gott om exempel på att praxis i vården under lång tid kan avvika från vad som kan betraktas som "god vård" enligt evidensbaserad kunskap. Trots detta sker ingen utveckling av praxis. Det finns alltså behov av en oberoende myndighet som kan lyfta fram problem och agera "blåslampa" i vården. För det andra baseras en stor del av arbetet med både prioriteringar och normer samt uppföljning i praktiken på ett samarbete mellan myndigheter respektive landsting och kommuner. Statliga myndigheter är således redan i hög grad en aktör i hälso- och sjukvårdssystemet och kan

förväntas bli en allt viktigare aktör framöver med större krav på kunskapsunderlag och uppföljning utifrån en gemensam plattform. Rent principiellt kan då hävdas att ansvarsutkrävandet bör hanteras separat. Den som stiftar lag och dömer ska inte vara samma person. Det finns då större anledning till en oberoende myndigheter som kan granska även sjukvårdsmyndigheterna själva (de som bidrar med prioriteringar och normer samt uppföljning) och inte bara lands- ting och kommuner.

## Underlag till Utredningen om översyn av de statliga verksamheterna inom vård- och omsorgssystemen: förutsättningar inom socialtjänsten

Åke Bergmark

Decentralization is the usual prescription for troubled centralized systems, centralization for decentralized ones

(Kettl 1983).

### Inledning

Att anlägga ett framtidsperspektiv som sträcker sig fram till 2025 innebär att fokus med nödvändighet kommer att riktas mot frågor och problemområden som redan i dag är föremål för intresse. Detta då en tidsram på knappa femton år i allt väsentligt är en mycket kort period, särskilt inom ett fält som i många avseenden kännetecknas av organisatorisk tröghet. Ett framtidsperspektiv innebär inte heller att enbart frågeställningar som i något avseende kan betraktas som nya är relevanta för framställningen. I en diskussion av hur statens styrformer inom vård- och omsorgssektorn kan utvecklas måste också principfrågor av mer grundläggande natur inrymmas, även om dessa saknar ett omedelbart nyhetsvärde.

I det följande kommer jag att begränsa mig till den del av det aktuella fältet där jag som forskare har erfarenhet och kompetens – dvs. socialtjänsten. Konkret handlar det då om socialtjänstens två huvudområden: individ- och familjeomsorg samt omsorg om äldre och funktionshindrade. Det förra inrymmer viktiga delverksamheter som barn- och ungdomsvård, missbrukarvård och ekono-

miskt bistånd. Det senare vård och stöd för äldre och funktionshindrade i hemmet eller i särskilt boende. Mängden olika frågor som på olika sätt är aktuella inför framtiden inom en så bred och diversifierad verksamhet som socialtjänsten är av uppenbara skäl mycket stor. Därför finns det skäl att göra en begränsning också tematiskt. Här innebär det att tre frågeställningar får bilda ram för diskussionen om de framtida formerna för statlig styrning. Det är:

- Hur skall staten hantera betydande kommunala variationer när det gäller kvalitet och tillgänglighet inom socialtjänsten?
- Vad åligger staten när det gäller att göra makt- och ansvarsfördelning så tydlig som möjlig i ett läge där den riskerar att bli allt mer diffus?
- Vilken roll får staten när det gäller konkurrensutsättning och användning av privata utförare inom socialtjänsten?

För samtliga frågor gäller att de både är dagsaktuella och har bäring inom ramen för ett överskådligt framtidsperspektiv. Den första frågeställningen kan dock beskrivas som ett mer eller mindre "evigt" spörsmål då den aktualiserar den ständigt återkommande frågan om avvägningen mellan statligt ansvarstagande och kommunalt självstyre. Vid sidan om kommunala variationer inbegriper den också teman som garanterade lägstanivåer och medborgerliga rättigheter. Den andra frågan återknyter till en internationell diskussion om klara ansvarsförhållanden i kölvattnet på minskad statlig detaljreglering och framväxten av nya nätverk. Ur ett demokratiperspektiv kan det uppfattas som problematiskt när beslutsfattande på ett eller flera områden förläggs till olika nivåer och man inte på någon av dessa axlar ett yttersta ansvar. Frågan om privata utförare har också varit aktuell en längre tid, men under hösten 2011 vunnit ökad aktualitet med publiceringen av SNS-rapporten "Konkurrensens konsekvenser" (Hartman 2011). Statens roll när det gäller privata utförare på socialtjänsteområdet handlar om sådant som vilken eventuell styrning som behövs för att upprätthålla kvalitet och tillgänglighet och vilka möjligheter som finns att understödja mer fungerande marknadsmekanismer.

## Statligt ansvarstagande eller kommunalt självstyre?

En hög grad av kommunalt självstyre anses ofta som ett sätt att fördjupa och förstärka den offentliga demokratin och att möjliggöra en anpassning av till specifika lokala förutsättningar. Demokratiargumentet vilar framförallt på uppfattningen att kommunal självstyrelse flyttar beslutsfattandet närmare medborgarna och att man därmed uppnår en bättre överensstämmelse mellan människors önskemål och den offentliga verksamhetens innehåll. Ofta hävdas att den representativa lokala demokratin och möjligheterna att utkräva ansvar vad gäller den genomförda politiken ger en väsentligt bättre anläggningsyta gentemot folkviljan än vad som uppnås genom nationella val (Premfors 1996; John 2004).

Andra menar att ett allt för långtgående lokalt självbestämmande leder till en urholkning av den nationella politiken och att rätten till likabehandling eller likvärdig service oberoende var man bor riskerar att åsidosättas. Tanken här är då att staten kan fungera som en garant för en likvärdig standard och för att vissa lägstanivåer när det gäller tillgänglighet, service eller kvalitet inte underskrids. Betydande skillnader i faktisk välfärd eller i möjligheter att få vård och omsorg som avgörs av på vilken sida av kommungränsen man bor, kan i många sammanhang uppfattas som ett rättviseproblem eller som en avvikelse från den universalitet på vilken den svenska välfärdsmodellen vilar (Rauch 2005).

Decentraliserat ansvar i sig innebär dock inte med nödvändighet att nationellt beslutade lägstanivåer underskrids eller att variationen ökar oacceptabelt mycket. Det är framförallt när lokala mål och prioriteringar avviker från de nationella som utvecklingen – åtminstone med statens ögon – kan bli problematisk (Lundin & Skedinger 2000). Målkonflikter av detta slag kan till exempel uppstå när kommuner, trängda av ett minskande ekonomiskt utrymme, prioriterar sparmål och budgetbalans framför nationellt fastlagda välfärds mål.

Ser vi till hur kommunernas ansvar när det gäller socialtjänsten förändrats under de senaste decennierna så har den huvudsakliga trenden varit decentralisering, i betydelsen en överflyttning av makt och ansvar från statlig (och i viss mån regional) till lokal nivå. Den mest kraftfulla decentraliseringen skedde under efterkrigstiden då ett ökande kommunalt ansvarstagande möjliggjorde välfärdsstatens expansion. Här kan två dimensioner urskiljas. Den första handlar om decentralisering av ansvar, emellanåt benämnt administrativ decentralisering (Pollitt 2005), vilket innebär att verkställigheten av väl-

färdspolitiska beslut fattade på central nivå i högre grad förläggs på det lokala planet. Den andra handlar om decentralisering av makt, också kallat politisk decentralisering (a.a.) innebärande att kommunerna själva ges ökad beslutanderätt över den lokala välfärdspolitikens mål och inriktning. Kommunerna får därmed en större frihet att bestämma såväl vad som skall göras som hur insatserna skall utformas.

Att beskriva utvecklingen under senare tid som en entydig rörelse mot ökat kommunalt självstyre och ökad decentralisering är knappast rättvisande. Vi kan återfinna händelser och processer som såväl ökar som minskar den kommunala handlingsfriheten och både utsträcker och begränsar det kommunala ansvarstagandet. Så även om decentraliseringen totalt sett ökat är relationen mellan stat och kommun oerhört komplex och det är allt annat än enkelt att värdera olika utvecklingsdrag mot varandra. Ser vi till de tre senaste decennierna så är det rimligt att, med Svenska Kommunförbundets (2000) ord, tala om 1980-talet och första halvan av 1990-talet som "självstyrelsens guldålder". Under perioden därefter är utvecklingen mer sammansatt och innehåller en inte obetydlig andel beslut som bör betecknas som recentraliserande (Bergmark & Minas 2007).

Genom vilka typer av åtgärder har då staten varit verksam i denna process? När det gäller administrativ decentralisering så handlar det om beslut som lett till ett kommunal övertagande av *huvudmannaskap*, det vill säga ett genom lagstiftning pålagt ansvar för en viss typ av verksamhet. Att ansvaret för en viss sorts verksamhet överförs från statlig eller regional nivå till kommunerna är ett uttryck för decentralisering, men inte självklart en utvidgning av det kommunala självstyret. Istället kan sådana processer betraktas som en expansion av det välfärdspolitiska territorium på vilket kommunerna opererar. En andra, i sammanhanget grundläggande, dimension i styrningen utgörs av hur *den statliga regleringen* utformas med avseende på räckvidd och detaljeringsgrad. Här har vi dels lagar som handlar om formerna för den kommunala verksamheten och dels sektorsspecifika lagar som styr olika verksamhetsområden. Regleringen upprätthålls vidare genom riktlinjer, olika former av tillsyn och genom den kommunala överklagningsrätten. Vidare måste formerna för statens *finansiering av* den kommunala sektorn betraktas som ett viktigt styrinstrument, och inte minst då i balansen mellan specialdestinerade och generella statsbidrag.

När det gäller huvudmannaskap så har vi under de senaste årtiondena sett en överföring av ansvarsområden från regional till



kommunal nivå genom Ädel-, handikapp- och psykiatrireformerna åren 1992–1995. Kommunerna kompenserades ekonomiskt för detta genom att medel överfördes från landstingen via skatte- och bidragsväxling. Genom de rättighetsbestämmelser som åtföljde lagförändringarna här bibehöll emellertid staten inflytande över verksamheternas innehåll och utformning. Ett annat område där kommunernas ansvarstagande successivt ökat är den aktiva arbetsmarknadspolitiken. Parallellt med att utbudet av arbetsmarknadspolitiska program breddats har kommunerna fått ett större inflytande över politikens utformning och tilldelats ett direkt ansvar för olika insatser för människor med ekonomiskt bistånd. Här kan nämnas det kommunala utvecklingsprogrammet 1995, etableringen av nya arbetsförmedlingsnämnder 1996 och införandet av utvecklingsgarantin 1998.

Decentraliserat huvudmannaskap har visserligen utgjort den dominerande trenden under senare tid, men det finns också exempel på områden där rörelsen varit den motsatta. Så övergick exempelvis ansvaret för bostadsbidrag och bostadstillägg för pensionärer 1994 från kommunerna till staten. Samma år, i samband med att Statens Institutionsstyrelse bildades, flyttades också ansvaret för de tidigare ungdomsvårdsskolorna tillbaka till staten.

Ser vi till hur den statliga regleringen utvecklats så kan – när det gäller formerna för kommunernas verksamhet – införandet av en ny kommunallag 1991 utpekas som betydelsefull för socialtjänsten. Lagen gav kommunerna ökade befogenheter att självständigt utforma sin interna organisation, bland annat hur de kommunala nämnderna skulle se ut. Tre år efter lagens genomförande hade två tredjedelar av kommunerna övergivit den traditionella sektorsindelningen för sina nämnder.

När det gäller mer verksamhetsinriktad lagstyrning utgör de viktigaste lagarna på socialtjänsteområdet av Socialtjänstlagen (SoL), lagen om vård av missbrukare i vissa fall (LVM), lagen om vård av unga (LVU) samt lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS). SoL infördes 1982 och representerar, genom sin ramlagskaraktär, en lägre grad av statlig styrning än vad som tidigare var fallet. Lagen har sedan dess reviderats ett antal gånger och ofta har förändringarna syftat till att kommunernas insatser i högre grad skall utformas i enlighet med statlig policy. Ett exempel är ekonomiskt bistånd där kommunerna efter lagens införande kom att tillämpa normer där begreppet ”skälig levnadsnivå” tolkades på ett sätt som avvek (nedåt) från de nivåer som staten via såväl Social-

styrelsen som Regeringsrättens domar fastslagit som rimliga. När lagen reviderades 1998 infördes en s.k. riksnorm som minskade kommunernas möjligheter att pressa nivåerna nedåt, åtminstone för väsentliga delar av bidraget.

Över tid har SoL utvecklats till en lag där övergripande ramar och mål blandas med passager av rättighetskaraktär. Rättighetsinslagen ger den enskilde vidgade möjligheter att genom förvaltningsbesvär överklaga kommunens beslut. Statens inflytande definieras här dels genom vilka kommunala beslut som kan överklagas och dels genom vilka beslut som faktiskt fattas i förvaltningsdomstolarna. Besluten fattade i Högsta Förvaltningsdomstolen kan i många fall betraktas som preciseringar av mer generella skrivningar i lagstiftningen.

LSS innebar när den introducerades 1994 inte bara ett utökat huvudmannaskap för kommunerna. Tillsammans med lagen om assistansersättning (LASS) medförde den också en klar ambitionshöjning i handikappolitiken och en förstärkning av den enskildes lagreglerade rätt. I LSS fastslås rätten till hjälp för en relativt tydligt definierad personkrets och samtidigt har den som mottar hjälpen större inflytande över dess utformning i jämförelse med vad till exempel socialtjänstlagen medger. Lagen har dock kritiserats för att individernas egna initiativ blivit allt viktigare. De som gör anspråk på stöd förväntas själv begära detta hos kommunen. Funktionshindrade som är omedvetna om detta eller av andra skäl har svårigheter att göra sina behov kända, riskerar därför att bli utan hjälp.

Ett annat viktigt område är resursstyrning eller finansiell styrning. Av de ekonomiska styrmedel staten använder visavi kommunerna har statsbidragen under lång tid utgjort ett viktigt inslag. Fram till 1993 utnyttjades så kallade specialdestinerade statsbidrag flitigt. Dessa var i huvudsak avsedda för driftsändamål, för verksamhet på bestämda områden och inte sällan med detaljerade föreskrifter om hur pengarna skulle utnyttjas. Syftet med denna konstruktion var, ur ett statligt perspektiv, bl.a. att försäkra sig om att kommunerna tog sitt ansvar i olika avseenden och att dessutom kunna reglera hur verksamheten utformades. Under 1993 avskaffades de flesta av de specialdestinerade bidragen till förmån för ett system med mer generella bidrag (prop. 1991/92:150). Kommunerna tilldelades en klumpsumma pengar, en så kallad "påse", för att självständigt kunna prioritera mellan olika verksamhetsområden, men med bevarade åligganden i enlighet med lagstiftningen. Som motiv till förändringen angavs att generella bidrag – i samklang med den nya kom-

munallagens anda – skulle skapa bättre förutsättningar för utveckling och förnyelse i kommunerna samt bidra till en bättre samordning och ett effektivare resursutnyttjande. Med det förändrade statsbidragssystemet avstod staten en del av sina tidigare möjligheter att genom villkor och resurstilldelning påverka fördelning och inriktning i kommunsektorn. Efter omläggningen 1993 följde också en period där andelen som fördelades i det generella systemet växte, medan de specialdestinerade statsbidragen minskade i omfattning. Under slutet av 1990-talet skedde dock en ökning av specialdestinerade statsbidrag, i huvudsak i form av s.k. stimulansbidrag där syftet är att påverka de kommunala verksamheterna i en viss riktning (Statskontoret 2003). Bl.a. har man under senare år öronmärkt medel för utveckling av äldreomsorgens kvalitet, för valfrihet inom äldreomsorgen samt för vård och behandling av personer med ett tungt missbruk (Socialstyrelsen 2009; 2010a; 2010b).

En viktig form av resursstyrning sker också genom det kommunalekonomiska utjämningsystemet. Det syftar primärt till att skapa mer likvärdiga villkor för kommuner med olikartade strukturella förutsättningar, men utnyttjas också för ekonomiska regleringar mellan staten och kommunerna. Omläggningar av skattutjämningsystemet under 1990-talet har också inneburit att de möjligheter som kommuner med hög skattekraft tidigare haft att ta ut en lägre kommunalskatt kommit att begränsas.

Vid sidan om den styrning och den ansvars-/maktfördelning som utvecklas utifrån förändringar i huvudmannaskap, reglering och finansiering så finns det en mängd andra styrmedel med vilka staten kan påverka utvecklingen inom socialtjänsten. Om dessa reellt sett fått större betydelse än tidigare är svårt att säga, men från 1980-talet och framåt har det i många sammanhang funnits en mer eller mindre uttalad ambition att ersätta mer eller mindre specifika föreskrifter med andra former av styrning. Till dessa kan räknas tillsyn, kunskapsstyrning, överenskommelser mellan stat och kommun samt nationella strategier på olika områden.

Den statliga tillsynen handlar om att se till att de som ansvarar för olika verksamheter inom socialtjänsteområdet efterlever de lagar och föreskrifter som riksdag och regering beslutat om. Tillsynen omfattar såväl offentliga som privata utförare och fördes under 2010 över från Länsstyrelserna till Socialstyrelsen för att där samordnas med tillsynen över hälso- och sjukvården. Syftet är att göra tillsynen mer enhetlig över landet och att förbättra samordningen mellan olika tillsynsområden (Socialdepartementet 2010). Kunskaps-

styrning innebär att staten söker påverka de kommunala verksamheternas inriktning genom att tillgängliggöra forskning och annan form av kunskap. Det operativa ansvaret för detta vilar primärt på Socialstyrelsen som kontinuerligt producerar publikationer på olika områden. Regeringen har också uppdragit åt verket att förse det sociala området med systematiska kunskapsöversikter och att arbeta mot en evidensbaserad praktik. Indirekt kan kunskapsstyrning också utövas genom att staten via forskningsråden, t.ex. Forskningsrådet för arbetsliv och samhälle (FAS), öronmärker medel för särskilda ändamål.

Även om ytterst få motsätter sig ett breddat kunskapsunderlag för välfärdstjänster av olika slag så finns det också en betydande skepsis mot själva styrmomentet i kunskapsstyrningen. En viktig invändning sammanhänger med svårigheterna att ta fram kunskap som är kontextrelevant, stabil och allmänt accepterad. På socialtjänstens område finns ytterst lite forskning eller annan kunskapsproduktion som svarar mot en sådan beskrivning. På Socialstyrelsen vilar dock uppdraget att producera nationella riktlinjer m.m., men problemet är att man då hamnar i förenklingar som har svårt att vinna legitimitet hos såväl praktiker inom socialtjänsten som inom det akademiska fältet (Bergmark, Bergmark & Lundström 2011).

När staten sluter överenskommelser avseende arbetet inom socialtjänsten är Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) den viktigaste motparten. Ett exempel på en sådan överenskommelse – som också är ett uttryck för kunskapsstyrning – är det avtal som de bägge parterna slutit om att implementera delar av de förslag som presenterades i utredningen ”Evidensbaserad praktik inom socialtjänsten – till nytta för brukaren” (SOU 2008:18). Överenskommelsen innebär bl.a. att en nationell plattform för evidensbaserad praktik inom socialtjänsten upprättas och att SKL tillförs resurser för utbildning och andra implementeringsåtgärder. Som ett exempel på hur staten genom nationella strategier söker påverka utvecklingen kan nämnas den som regeringen under 2009 beslutade för kvalitetsutveckling genom öppna jämförelser inom socialtjänst och hälso- och sjukvård. Utifrån denna har Socialstyrelsen i samarbete med SKL givits i uppdrag att öka mängden relevant statistik inom socialtjänstens olika områden och tillgängliggöra denna för olika aktörer.

Oavsett styrmedel, så kan graden av detaljreglering variera. Ett särdrag när det gäller utvecklingen från 1980 och framåt är att olika former av mål- och resultatstyrning i många sammanhang kommit att ersätta mer specifika föreskrifter. Det statliga ansvaret reduceras

då i väsentliga delar till att formulera målsättningar för olika verksamheter, att skapa finansiella förutsättningar för verksamhetsutveckling och i efterhand följa upp i vilken utsträckning verksamheternas resultat motsvarar målen. Noterbart när det gäller statens styrning av kommunsektorn är att Ansvarskommittén i sitt slutbetänkande (SOU 2007:10) förordar en renodling av styrinstrumenten, med innebörden att styrning via allmänna råd, riktade ekonomiska medel eller andra ej bindande instrument bör begränsas medan normering i lagar, förordningar och myndigheters föreskrifter bör vara den mest framträdande styrformen.

## Kommunala variationer

En omständighet som ofta anförs till stöd för en mer tydlig och genomgripande statlig styrning är att en allt för långtgående decentralisering leder till stora lokala variationer i välfärdstjänsternas kvalitet och tillgänglighet. Ibland beskrivs detta som en konflikt mellan universalism och lokalt självstyre. Kommunala variationer behöver dock i sig inte vara någonting annat än en avspeglning av varierande socioekonomiska förutsättningar eller olikartade behov. När kommuner skiljer sig sinsemellan med avseende på sådant som befolkningssammansättning, storlek och ekonomiska resurser kan vi förvänta oss variationer på olika områden. För kommuner som strukturellt liknar varandra kan vi däremot vänta oss en större grad av enhetlighet och anta att de skillnader som trots allt uppträder kan vara en effekt av olikheter i ambitionsnivå, förd politik eller kompetens. Vilka strukturella faktorer som samvarierar med kommunalt serviceutnyttjande har studerats i en mängd olika sammanhang, bland annat i samband med att systemen för kommunala utjämningsbidrag setts över, men också inom ramen för mer självständiga studier på avgränsade områden (Bergmark & Sandgren 1998; Lundström 2000; Trydegård 2000; Trydegård & Thorslund 2010; Skolverket 1996; Hansen 1997; Rauch 2008). Hur mycket av variationerna som kan föras tillbaka på strukturella förutsättningar varierar avsevärt mellan olika sektorer, men över 70 procent har kunnat fångas upp i multivariata modeller.

Ser vi till utvecklingen över tid förefaller den huvudsakliga trenden under 1970- och 80-talen vara en ökad homogenisering, det vill säga minskade skillnader. Johanssons analyser (1982; 1983) visar på minskad variation under 1970-talet på områden som barnomsorg,

äldreomsorg, och samlade kostnader i relation till antalet invånare. Parallellt med detta minskade också de strukturella olikheterna kommunerna emellan på ett stort antal områden. Stjernquist och Magnusson (1988) gör liknande iakttagelser för, i huvudsak, perioden 1975 till 1985. Bergmark (2001) analyserar utvecklingen under 1990-talet för bl.a. äldreomsorg, ekonomiskt bistånd och äldreomsorg men finner inga entydiga trender när det gäller de kommunala variationerna under decenniet. Noterbart där är dock att variationen ökade under hela decenniet för ekonomiskt bistånd och den utvecklingen inte påverkades av riksnormens införande 1998. Trydegård (2000) studerar hur andelen med hemhjälp i särskilt eller ordinärt boende varierat mellan svenska kommuner under perioden 1976 till 1997. Fram till 1992 beskriver utvecklingen i huvudsak en minskad variation, om än inom ramen för ett något ojämnt förlopp. Perioden 1993–1997 ökar variationen mellan kommunerna högst påtagligt, speciellt under åren 1993 och 1994, det vill säga i det skede där detaljregleringen av den kommunala nämndstrukturen avskaffades och de specialdestinerade statsbidragen ersattes av generella. I senare analyser (Trydegård & Thorslund 2010) konstateras dock en minskad variation under 2000-talets inledande, något författarna kopplar till recentraliserande (t.ex. maxtaxa, riktade statsbidrag) inslag under perioden. Den som helhet minskade variationen berodde primärt på utvecklingen avseende hemtjänst, för särskilt boende skedde en viss ökning av variationen under perioden.

Sammanfattningsvis finns ingenting som tyder på att vi går mot en utveckling där de kommunala skillnaderna ökar. Olika områden tycks beskriva olikartade förlopp och i allmänhet är det svårt att urskilja ensartade trender. Det går inte heller med visshet att fastslå att graden eller arten av statlig styrning har en självklar koppling till variationen, även om exempelvis utvecklingen på äldreomsorgsområdet antyder att sådana samband föreligger. Ett vanligt grundantagande är annars att decentralisering i termer av utökat lokalt handlingsutrymme ökar de interkommunala variationerna (Powell & Boyne 2001). Andra utgår från att det pågår en process av ökad kommunal enhetlighet/likformighet också parallellt med en försvagad statlig styrning (Petersson 2006). Inget av perspektiven har emellertid något entydigt stöd i empiriska iakttagelser i den internationella forskningen. Utvecklingen är i realiteten ytterst sammansatt och tydliga mönster svåra att identifiera. Organisatoriskt föreligger också en mängd parallella processer som innehåller såväl rörelser mot ökad likformighet (t.ex. en generellt ökad specialisering inom individ-

och familjeomsorgen) som ökad divergens (den kommunala nämndstrukturen) (Bergmark & Lundström 2005).

## Flernivåstyrning och ansvar

En gång i tiden var det möjligt att betrakta det kommunala beslutsfattandet som en länk i en statlig kedja av styrning, där de viktigaste policybesluten genomgående togs på nationell nivå. Över tid har det dock skett en förskjutning av makt och ansvar nedåt och i dag fattas många viktiga beslut när det gäller välfärdstjänsternas utformning på lokal nivå. Samtidigt kvarstår de flesta frågor gällande vård och omsorg på den nationella politiska dagordningen på ett sätt som vittnar om att det kommunala självstyret alltid sker inom av staten givna ramar. Följden blir oklarhet där medborgarna inte säkert vet vem de skall utkräva ansvar av eller vända sig till när de är missnöjda med utvecklingen på olika områden (SOU 2001:79). När kvalitet och tillgänglighet utvecklas otillfredsställande kan staten hänvisa till kommunernas ansvar och kommunerna till resursproblem eller otydliga statliga direktiv.

En utveckling där ansvarsfördelningen blir otydlig kan på goda grunder uppfattas som ett demokratiskt problem och som en i huvudsak oavsiktlig bieffekt av strävan mot ökad kommunalt självstyre. En alternativ förklaring erbjuder idén om så kallad blame avoidance, vilket i detta sammanhang innebär att centralmakten frivilligt avhänder sig ansvar för områden där det finns skäl att tro att impopulära beslut kan bli nödvändiga, t.ex. i form av nedskärningar (Hooghe & Marks 2001; Pierson 2004). Omsatt i praktiken behöver detta dock inte innebära en distinkt överföring av befogenheter från en nivå till en annan. Utfallet kan lika gärna vara en mer allmän otydlighet när det gäller ansvar och vem som ytterst svarar för hur ett verksamhetsområde fungerar. Här talar man emellanåt om *institutionell fragmentering* (Pierson 1995, Leibfried & Pierson 1995). Begreppet inbegriper rent allmänt den otydlighet och splittring som uppstår när beslutsfattande på ett eller flera områden förläggs till olika nivåer, men har i praktiken framförallt kommit att beskriva vad som sker när sub-nationella aktörer fullföljer egna intressen i strid med nationella mål och därigenom utmanar nationalstatens auktoritet.

Som en bidragande faktor till denna otydlighet i ansvar har också utvecklingen av nya och allt mer komplexa nätverk av aktörer på

olika nivåer pekats ut (Flinders 2001). Det handlar om mer eller mindre institutionaliserade samarbeten som involverar också icke-offentliga aktörer av olika slag. Det sammanlagda resultatet av de komplexa nätverk som då utvecklas benämns ofta som multi-level governance eller, på svenska, flernivåstyrning (Hooghe & Marks 2001, Treibet al. 2005). Dessa innefattar såväl vertikala som horisontella relationer. I förhållande till de senare har staten aktivt underlättat utvecklingen genom att under senare år via lagstiftning sökt uppmuntra samverkan mellan kommuner, t.ex. genom att möjliggöra bildande av kommunalförbund, tillåta kommunövergripande gemensamma nämnder och styrning av tilldelning av medel från EU:s strukturfonder mot lokala aktörer i institutionaliserade partnerskap (Gossas 2006; Hedlund & Montin 2009). Fram till 2007 hade det upprättats interkommunal samverkan inom ramen för sammanlagt 89 Kommunalförbund och 69 gemensamma nämnder i Sverige även om endast ett fåtal av de senare (8 st.) involverade socialtjänsten (Rosén & Wiksell 2006). När det gäller mer informella nätverk så pekar regionala data mot att sektorn intar en väsentligt mer framskjuten position, även om det också här är andra programområden som dominerar (Hådal et al 2005). Interkommunal samverkan drivs ofta på utifrån föreställningar om effektivitetsvinster, förnyelse och möjligheter att dra till sig nya resurser (Lundquist, 1998; Gossas 2006).

En annan utgångspunkt är att rörelsen mot ökad samverkan kan förstås inom ramen för det som inom statsvetenskaplig teoribildning brukar beskrivas som en rörelse bort från en enhetlig hierarkisk styrning av offentliga verksamheten mot en mer sammansatt där flera aktörer involveras i horisontella eller vertikala nätverk (Rhodes 1997; Pierre & Peters 2005). Vanligtvis ses denna process som ett resultat av dels nationell decentralisering och dels en global trend där regioner och konglomerat av lokala enheter tilldelas en mer betydelsefull roll (Newman 2000; Jessop 2002). Samtidigt beskrivs upprättandet av samverkansstrukturer som ett led i en utveckling där den legal-byråkratiska modellens ideal ersätts av ett synsätt där den offentliga sektorns olika delar ses som inbördes beroende (Borell & Johansson 1998).

När det gäller statens roll i förhållande till de nätverk som etableras så förfogar den över i stort sett samma form av styrmedel som används i förhållande till andra sub-nationella aktörer, t.ex. kommunerna (Gossas 2006). En skillnad här är att styrningen, oavsett statens egen roll i de aktuella nätverken, av nödvändighet blir



mer indirekt. Pierre och Peters (2000, s 13) beskriver det som "...the governing state has been replaced by an enabling state that governs to a large extent by coordinating and facilitating other powerful actors in society". När staten finns representerad i ett nätverk har den en särskild roll i och med att den företräder det allmänna intresset (vilket också kommuner gör, men med lokala förtecken) och därigenom agerar med en särskild demokratisk legitimitet (Kickert et al 1999).

## Privata utförare och konkurrensutsättning

Med Socialtjänstlagens tillkomst 1982 skedde en första öppning gällande icke-offentliga aktörer på socialtjänstens område. Lagtexten gav rent generellt större utrymme för nyetableringar på fältet och i förarbetena angavs att aktörer med ett enskilt huvudmannaskap skulle kunna bidra till förnyelse och metodutveckling (prop. 1979/80:1; Sallnäs 2005). Spelrummet vidgades ytterligare med 1991 års kommunallag då kommunerna gavs möjlighet att separera utförare och beställare i den kommunala organisationen och också låta vinstdrivande företag svara för utförande av tjänsterna (Gustafsson 2000). Av mer sentida lagstiftningsbeslut kan framförallt Lagen om valfrihetssystem (LOV) nämnas. Denna syftar till att underlätta för etableringen av kundvalsmodeller i omsorgen om äldre och funktionshindrade. Tre av fyra kommuner har, med stöd av stimulansbidrag, i dagsläget infört detta, men regeringen överväger trots det att införa tvingande lagstiftning (prop. 2010:11:1).

Under de senaste decennierna har vi också bevittnat en ökning av s.k. alternativa driftsformer på socialtjänsteområdet. Denna utveckling tog sin början under 1980-talet då det skedde en markant ökning av privata aktörer avseende insatser inom HVB (hem för vård och boende) för individ- och familjeomsorgens klientgrupper samt inom äldreomsorgen. Ökningen fortsatte under 1990-talet med växande andelar anställda inom icke-offentliga verksamheter samtidigt som vinstsyftande producenter tog allt större marknadsandelar (Trydegård 2000). Utvecklingen under 2000-talet har varit mer sammansatt. Inom individ- och familjeomsorgen har det privata inslaget på det hela taget varit stabilt, med undantag för öppenvårdsinsatser på barn- och ungdomsområdet där antalet anställda i vinstsyftande företag fortsatt att öka (Wiklund 2011). På äldre- och funktionshinderområdet har dock ökningen fortsatt också under

det senaste decenniet och i dagsläget har närmare var femte anställd där en privat arbetsgivare (Szebehely 2011).

I en nyligen publicerad forskarrapport konstateras att kunskapsläget när det gäller privatiseringar och konkurrensutsättning inom välfärdstjänsteområdet är svagt och att det saknas entydiga belägg för att förändringar i den riktningen främjar kvalitet eller effektivitet (Hartman 2011). Denna slutsats gäller i hög grad också socialtjänsteområdet. Studier som berör frågorna är visserligen gjorda på såväl individ- och familjeomsorgens som äldreomsorgens område, men genomgående saknar dessa den metodologiska precision som krävs för att man skall kunna tala om effekter.

I dagsläget saknas också kunskap om anbudsförfaranden, ersättningsystem och avtal med icke-offentliga producenter bör utformas för att "kvasimarknader" skall fungera på ett optimalt sätt. Avvägningar mellan pris och kvalitet är ofta svåra i "mjuka" verksamheter och i synnerhet inom en komplex sektor som individ- och familjeomsorgen där det saknas konsensus om hur vad som konstituerar hög vårdkvalitet och där det inte alltid är givet vem som skall räknas som brukare eller avnämare. Att sluta ramavtal på ett sådant område fordrar hög kompetens. När det gäller vård av äldre och funktionshindrade finns det en mer utvecklad diskussion om kvalitet och relativt väletablerade uppfattningar om vad som konstituerar struktur-, process- och resultatkvalitet (Donabedian 1966). Någon konsensus är däremot inte för handen och i de avtal som upprättas med privata utförare saknas ofta tydliga krav avseende kvalitet eller kvalitetssäkring (Riksrevisionen 2008). Vidare är kommunernas uppföljning av vårdens innehåll och kvalitet generellt sett outvecklad och många stannar vid att förlita sig på klagomål från brukarna eller på att kundvalet i sig är en garant för upprätthållen kvalitet (Winblad et al 2009; Svensson & Edebalk 2010).

För såväl individ- och familjeomsorg som inom vård för äldre och funktionshindrade har det påpekats att kundvalsmodeller har sina givna begränsningar. På det förra området handlar det om målgruppen i hög utsträckning består av underprivilegierade grupper som inte alltid efterfrågar de insatser som de är aktuella för. Valfrihetsargumentet är därför ofta mindre relevant liksom brukarnas möjlighet att på ett meningsfullt sätt använda sig av *exit* eller *voice* (Wiklund 2011). Detsamma gäller inom äldreomsorgen där enligt en studie (Svensson & Edebalk 2010) endast 4 procent av de äldre med hemtjänst i ett antal kundvalskommuner utnyttjade möjligheten att byta utförare under 2009. Ett skäl är att kontinuitet i

vården är viktigt för många äldre, ett annat att många helt enkelt saknar kunskap om möjligheten att välja en annan vårdgivare (Szebehely 2011).

## Diskussion

Statens roll i förhållande till socialtjänstens verksamhet har här diskuterats med utgångspunkt från tre skilda utgångspunkter som var och en erbjuder utmaningar inför framtiden: 1) Statens roll i förhållande lokala variationer i välfärdstjänsternas kvalitet och tillgänglighet, 2) Statens roll inom ramen för de mer komplexa beslutsstrukturer som kan sammanfattas under begreppet flernivåstyrning, 3) Statens roll i förhållande till de problem och det kunskapsunderskott som finns när det gäller konkurrensutsättning och användande av privata utförare.

Problemet att göra en avvägning mellan nationellt och lokalt bestämmande av politikens utformning har varit ständigt aktuellt i den svenska debatten. Kommunal självstyrelse, dvs. kommunernas formella och reella möjligheter att fatta varierade värdefördelningsbeslut, primärt bestämda av inomkommunala behov och förutsättningar, har ställts mot begrepp som likvärdig standard och nationella intressen. Inom ramen för de regelverk och det ansvarstagande som staten formulerat för kommunerna har de senare alltid haft en viss handlingsfrihet. Med minskad detaljreglering blir gränserna för kommunernas rättigheter och skyldigheter mer diffusa och, följaktligen, spelrummet för olikartade tolkningar av sådant som vilken servicenivå som skall upprätthållas och vilka rättigheter kommuninvånarna har allt större. Detta är å ena sidan den grundläggande idén bakom decentralisering och ökat kommunalt självstyre, men å andra sidan också det som skapar konflikter i förhållande till nationella politiska mål.

Emellanåt beskrivs utvecklingen, såväl i Sverige som internationellt, i termer av en ensartad decentralisering där politiska och administrativa befogenheter förflyttas från centrala till lokala sfärer. Utvecklingen på socialtjänsteområdet erbjuder dock inget entydigt mönster härvidlag. De senaste tre decennierna innehåller händelser som såväl ökat som minskat det statliga inflytandet. Det går inte heller att med säkerhet slå fast att de kommunala variationerna generellt sett skulle ha ökat i kölvattnet på beslut av decentraliseringskaraktär. Därmed inte sagt att frågan om kommunala varia-

tioner är oviktig inför framtiden eller att staten bör ge upp tanken på att utnyttja styrinstrument i syfte att åstadkomma en nationellt likvärdig service. Dels så föreligger en betydande variation mellan kommunerna på många områden, även om den inte beskriver en trendmässig ökning. Dels så innebär statens övergripande ansvar för välfärden i landet ett ansvar för att vissa *lägstannivåer* när det gäller service eller individuella levnadsförhållanden inte underskrids. Det kan gälla sådant som möjligheter till hemtjänst eller nivån på det ekonomiska biståndet.

Argumentationen till förmån för ett tydligt statligt ansvarstagande, garanterade lägstannivåer och en någorlunda likartad tillgänglighet oberoende av kommuntillhörighet har ofta också förts med det sociala medborgarskapet som utgångspunkt (se t.ex. Johansson 2001). Den moderna välfärdsstaten förväntas erbjuda ett system av transfereringar och tjänster som sörjer för att alla medborgare har någon slags grundläggande ekonomiskt trygghet och tillgång till tjänster som t.ex. skola, sjukvård eller äldreomsorg. Både nationell likvärdighet och kommunalt självstyre kan dock betraktas som viktiga inslag i den svenska modellen och hur mycket centralstyrning som kan anses önskvärdt för att tillförsäkra enskilda medborgare en viss nivå avseende service och omsorg är i grund och botten en politisk, och inte en vetenskaplig frågeställning.

En reflektion som dock är svår att undvika med anledning av de omfattande variationer som trots allt föreligger på många områden är i vilken utsträckning kommuninvånarna är informerade var i denna fördelning just deras kommun befinner sig. Eftersom lokal demokrati är ett argument som åberopas till stöd inte bara för självstyre, utan också för existensen av kommunala variationer i sig, borde information till kommuninvånarna om varje kommuns relativa position när det gäller sådant som äldreomsorg, skola eller barnomsorg vara ett givet inslag i den demokratiska processen. I dagsläget kan man på goda grunder misstänka att kunskaperna om detta är oerhört begränsade. Med detta infinner sig tvivel på i vilken utsträckning den lokala folkviljan kan åberopas av kommuner som på ett markant sätt avviker (nedåt) från genomsnittliga servicenivåer i riket. Sannolikt skulle en ökad spridning av information här kunna stärka den faktiska demokratin.

För medborgarna kan också svårigheterna att utkräva ansvar för en service öka när ambitionsnivån sätts på statlig nivå men produktionen handhas av kommuner med ett relativt stort spelrum. I takt med att nationalstatens primat utmanas av såväl ökat lokalt inflyt-

ande som förflyttning av makt till supranationella organ har frågan om förutsättningarna för välfärdspolitikens inriktning fått en delvis annan innebörd än tidigare. De nätverk och samarbeten som växer fram bidrar till att nya institutionella mönster etableras och i många fall är det svårt för utomstående att identifiera dessa formationer och vilken typ av inflytande de utövar.

Frågan om hur ansvar och ansvarsutkrävande utvecklas i kölvattnet på en ökad maktspridning behandlas också i Ansvarskommitténs slutbetänkande (SOU 2007:10). Flernivåstyrning beskrivs där "...försvåra medborgarnas förståelse av hur ansvar för välfärdstjänster och andra offentliga insatser är fördelade mellan stat, kommuner och landsting" (s. 82). Som motåtgärd förordas en mer enhetlig uppgiftsfördelning mellan olika aktörer, samtidigt som all offentlig maktutövning, i enhetlighet med Sveriges enhetsstatliga tradition, ska utgå från den centrala politiska nivån och att sub-nationella aktörer ska grunda sin verksamhet på nationella beslut. Staten bör enligt kommittén primärt styra genom normering, kunskapsstyrning och uppföljning och Länsstyrelserna göras till mer tydliga företrädare för staten, men på det hela taget saknas skarpa förslag om hur ansvarsfördelningen kan göras tydligare. Kunskapsstyrningen förväntas också främja likvärdighet mellan olika lokala enheter, men hur detta skall gå till utvecklas inte heller (a.a. s. 123).

Statens framtida roll har också diskuterats utifrån begreppet *statlig nätverksstyrning*. Med det avses en hierarkisk styrning av villkoren och spelplanen för hur nätverken skall formera sig och agera. Det inbegriper lagstiftning, ekonomiska incitament, målformuleringar och olika former av normering. Nätverksstyrningen bygger dock ytterst på en idé där "den starka staten" träder tillbaka och där central planering och detaljreglering ersätts av mer eller mindre självstyrande nätverk och lokalstyren. Anhängare till en sådan utveckling ser den gärna som en pågående och tillika irreversibel process, men ser vi till faktiska skeenden så är detta sannolikt en överskattning av dess kraft. För många sektorer, t.ex. socialtjänsten, är institutionaliserade nätverk med självständig handlingskraft än så länge en mer marginell företeelse. Den oklarhet som finns när det gäller ansvar har där i regel andra förtecken.

I den ovan refererade rapporten "Konkurrensens konsekvenser" är en sammanfattande slutsats att det saknas empiriskt stöd för att konkurrensutsättning och privatisering främjar kvalitet eller effektivitet på välfärdsområdet (Hartman 2011). Skälet är på de allra flesta områden att kunskapsunderlaget är svagt och det finns därför ingen-

ting som heller motsäger positiva effekter. Vidare saknas kunskap om vad kundvalsmodeller betyder ur ett fördelningsperspektiv – bl.a. i vilken utsträckning det är jämförelsevis starkare grupper som kan dra nytta av det inom exempelvis äldrevården. Kunskapsluckorna kan hänföras till otillräcklig statistiskföring, brist på lokala utvärderingar och uppföljning samt avsaknad av kvalificerad forskning med specifik inriktning mot det aktuella området.

Det är inte orimligt att hålla såväl stat som kommuner ansvariga för att kunskapsunderlaget är underutvecklat. I en genomgång av äldrevården menar Riksrevisionen att detta beror på att man i allt för hög grad beror på att man förlitat sig på att utförarna agerat utifrån goda intentioner och man inte på någon nivå – vare sig den statliga eller kommunala – tagit ansvar för att formulera krav som syftar till att säkerställa kvalitet i vården (Riksrevisionen 2008).

Statlig reglering av olika verksamhetsområden kan utgöra ett medel för att säkerställa kvalitet och för att förhindra att oseriösa aktörer etablerar sig. Ett sätt att genomföra en sådan reglering är att formulera kvalitets- eller bedömningskriterier som används vid tillståndsgivning av olika verksamheter. Sådana används redan i dag när det gäller HVB för barn och unga. Här har man kunnat konstatera att enskilda utförare uppfyller kriterierna i högre omfattning än offentliga (samtidigt som personalen på de enskilda enheterna har en lägre utbildningsnivå), vilket sannolikt beror på att de varit granskade av länsstyrelserna utifrån dessa kriterier i samband med att de sökt tillstånd för. Samtidigt reser många forskare frågan om i hur hög grad kriterier av detta slag verkligen fångar centrala kvalitetsaspekter. Tillväxten av statliga tillsynsfunktioner av olika slag har varit omfattande i många länder, men det finns en betydande osäkerhet om vad de tillför. Vissa menar att systemet med på förhand formulerade kriterier som stäms av med innehållet i verksamheterna vid tillståndsgivning eller återkommande kontroller riskerar att leda till ett slags ytanpassning, där utförare primärt fokuserar på att motsvara formella kriterier och bortser från individuella klientmål (Burton & van den Broek 2009). Risken för detta kan vara särskilt stor för ett i många avseenden komplext verksamhetsområde som socialtjänsten, där det ofta saknas konsensus kring vad som konstituerar en god vårdmiljö och behoven hos mottagarna av insatserna är mycket varierande (Wiklund 2011).

## Inför framtiden

En allmänt utbredd uppfattning är att staten bör söka sig bort från direkt styrning i riktning mot mer indirekta styrformer. Kunskapsstyrning är där en av de mest förordade och har då förslagits som en väg att uppnå såväl större lokal enhetlighet som tydligare ansvarsfördelning. Problemet här är dock att kunskapsstyrningen i ett större perspektiv framstår som ineffektiv och osäker i egenskap av just *styrinstrument*. Den mängd kunskapsluckor som föreligger på olika håll innebär å andra sidan att mycket talar för att staten har en mycket viktig roll framgent för att relevant och användbar kunskap produceras och tillgängliggörs. Utvecklingen på många centrala områden sker i dag på ett mycket bräckligt kunskapsunderlag och ansvaret för att förändra detta kan, vilket historien så här långt visar, inte helt överlämnas till de lokala nivåerna. Med detta inte sagt att kunskaperna skall produceras på central nivå. Statens roll bör vara att peka ut vilken typ av kunskapsproduktion som är önskvärd och sedan på olika sätt – i första hand finansiellt – bidra till att den kommer till stånd. Det kan handla om allt från att utlysa öronmärkta medel för forskning via forskningsråden till stöd för lokala system för uppföljning och utvärdering.

På vissa områden framstår en utveckling av kunskapsbasen som särskilt angelägna. Särskilt gäller det konkurrensutsättning och privatisering inom individ- och familjeomsorg och äldreomsorg, där det inte bara saknas kunskaper om vilka konsekvenser utvecklingen har haft utan också vilka betingelser som kan få sådant som upphandling, ackreditering och kvalitetsuppföljning att fungera på ett sätt som är till gagn för brukarna. Återkommande exempel på att systemen så här långt inte har fungerat har vi kunnat se inom bl.a. äldreomsorgen där kortsiktiga vinstmotiv helt uppenbart kolliderat – och tillåtits kollidera – med grundläggande kvalitetshänsyn. Kvasi-marknader är inte självreglerande och kommunerna tycks själva sakna den kraft eller kompetens som behövs för ett kvalitativt språng. Här behövs ett bredare grepp och satsningar på att ta fram kunskap som belyser alla led i vårdgivningsprocessen.

När det gäller frågan om hur staten skall agera i förhållande till kommunala variationer eller underskridna lägstanivåer så finns det ingen anledning att låsa sig vid en enda styrform. Med detta sagt att lagstiftning också framgent bör vara ett instrument, i synnerhet på områden där andra – mjukare – styrformer inte förefaller fungera. Normering, riktlinjer och uppföljning bör också utnyttjas, inte

minst mot bakgrund av att också lagreglering har sina begränsningar på ett så sammansatt område som Socialtjänsten.

För att styrningen skall fungera och för att det tydligt skall framgå var ansvaret för omsorgsinsatserna ligger bör dock statliga mål på socialtjänsteområdet i högre grad än i dag göras tydliga och operationaliserbara. Det inbegriper också en strategi för hur staten tänker agera i de fall den kommunala verkställigheten inte är tillfyllest. På de områden där staten med hänvisning till det kommunala självstyret avstår från alla slags korrektiv bör detta göras tydligt. Kommunernas yttersta ansvar blir därmed tydligare artikulat och av demokratiskäl bör då vård- och omsorgsinsatsernas tillgänglighet i enskilda kommuner i högre utsträckning än i dag göras tillgängliga för kommuninvånarna på ett sätt som gör det möjligt för dem att ta ställning.



## Referenser

- Bergmark, A., Bergmark, Å. & Lundström, T. (2011). *Evidensbaserat socialt arbete. Teori, kritik, praktik*. Stockholm, Natur & Kultur.
- Bergmark, Å. (2001). "Den lokala välfärdsstaten? Decentraliserings-trender under 1990-talet." In Szebehely, M. (red.) *Välfärdstjänster i omvandling*, SOU 2001:52, Stockholm, Fritzes.
- Bergmark, Å. & Lundström, T. (2005) En sak i taget? Om specialisering inom socialtjänstens individ- och familjeomsorg. *Socialvetenskaplig tidskrift*, 12, 2005 125–148.
- Bergmark, Å. & Minas, R. (2007). Decentraliserad välfärd eller medborgerliga rättigheter? Om omfördelning av makt och ansvar mellan stat och kommun. *Socialvetenskaplig Tidskrift*, 14, 220–241.
- Bergmark, Å. & P. Sandgren (1998). *Socialbidragskostnadernas bestämningsfaktorer – en analys av kommunala variationer*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Borell, K. & Johansson, R. (1998). Den nätverksbaserade förvaltningsmodellen – exemplet Ädel. I Lindqvist, R. (red) *Organisation och välfärdsstat*. Lund: Studentlitteratur.
- Burton, J. och D. van den Broek (2009), »Accountable and Countable: Information Management Systems and the Bureaucratization of Social Work«, *British Journal of Social Work*, 39, 1326–1342.
- Donabedian, A. (1966), Evaluating the quality of medical care, *Milbank Memorial Quarterly*, 44, 166–206.
- Flinders, M. (2001). *The Politics of Accountability in the Modern State*. London, Ashgate.
- Gossas, M. (2006) *Kommunal samverkan och statlig nätverksstyrning*. Akademisk avhandling. Stockholm: Institutet för Framtidsstudier.
- Gustafsson, R. Å. (2000), *Välfärdstjänstearbetet. Dragkampen mellan offentligt och privat i ett historie-sociologiskt perspektiv*. Göteborg: Daidalos.
- Hansen J. I. (1997). The Scandinavian Model as seen from a local perspective, I Sipilä J. (red): *Social Care Services: The key to the Scandinavian Welfare Model*. Aldershot: Avebury.

- Hartman, L. (red.) (2011). *Konkurrensens konsekvenser. Vad händer med svensk välfärd?* Stockholm, SNS förlag.
- Hedlund, G. & Montin, S. (2009). *Governance på svenska*. Stockholm, Santérus Förlag.
- Hooghe, L. & Marks, G. (2001). *Multi-level governance and European integration*. Lanham, Md.: Rowman & Littlefield.
- Hådal, L., Kastensson, M. & Rosander, M. (2005). *Kommunala samverkansmönster. En kartläggning av interkommunal samverkan i Östgötaregionen*. Linköpings universitet, Centrum för kommunstrategiska studier.
- Jessop, B. (2002). *The Future of the Capitalist State*. Cambridge, Polity Press.
- Johansson, L. (1982). *Kommunal Servicevariation*. Rapport från Kommunaldemokratiska kommittén, 11. Stockholm: Liber/Allmänna Förlaget.
- Johansson, L. (1983). Kommunal Servicevariation, i Strömberg, L. & Westerståhl, J. (red), *De nya kommunerna. En sammanfattning av den kommunaldemokratiska forskningsgruppens undersökningar*. Stockholm: Liber.
- John, P. (2004). *Local Governance in Western Europe*. London: Sage.
- Kettl, D. (1983). *The Regulation of American Federalism*, Baton Rouge and London: Louisiana State University Press.
- Kickert, W, Klijn, E. & Koppenjan, J. (1999). *Managing Complex Networks. Strategies for the Public Sector*. London, SAGE.
- Leibfried, S. & Pierson, P. (1995). *European social policy: between fragmentation and integration*. Washington, D.C.: Brookings Institution
- Lundin, M. & Skedinger, P. (2000). *Decentraliserad arbetsmarknadspolitik – effekter av ett ökat kommunalt inflytande i arbetsförmedlingsnämnderna*. Uppsala: Institutet för arbetsmarknadspolitisk utvärdering (IFAU).
- Lundström, T. (2000). "Barnomhändertaganden: en analys av kommunala variationer", *Socialvetenskaplig tidskrift*, 6: 220–232.
- Newman, P. (2000). Changing patterns of regional governance in EU. *Urban Studies*, 37, 895–908.

- Petersson, J. (2006). *Prioriteringar och processer inom socialtjänsten*. Malmö, Bokbox Förlag.
- Pierre, J. & Peters. G.B. (2000). *Governance, Politics and the State*. Basingstoke, MacMillan Press.
- Pierson, P. (2004). *Politics in time: history, institutions and social analysis*. Princeton, Princeton University Press.
- Pierson, P. (1995). Fragmented Welfare States: Federal Institutions and the Development of Social Policy, in *Governance*, 8, 449–478.
- Pollitt, C. (2005). Decentralization: a central concept in contemporary public management in Ferlie, E, Lynn, L, and Pollitt, C (eds). *The Oxford Handbook of Public Management*, Oxford, Oxford University Press.
- Powell, M.& Boyne, G. (2001). The spatial strategy of equality and the spatial division of welfare, *Social Policy & Administration*, 35, 181–194
- Premfors, R. (1996). *Reshaping the Democratic State: Swedish Experiences in a Comparative Perspective*. Stockholm, SCORE.
- Prop. 1979/80:1. *Om socialtjänsten*.
- Prop. 1991/92:150. *Förslag till slutlig reglering av statsbudgeten för budgetåret 1992/93*.
- Prop. 2010/11:1 *Utgiftsområde 9 Förslag till statsbudget för 2011. Hälsovård, sjukvård och social omsorg*.
- Rauch, D. (2005). *Institutional Fragmentation and Social Service Variations*. Diss. Umeå University, Department of Sociology.
- Rauch, D. (2008). Central versus local service regulation: accounting for diverging old-age care developments in Sweden and Denmark, 1980–2000. *Social Policy & Administration*, 42, 267–287.
- Rhodes, R. (1997). *Understanding governance: Policy networks, governance, reflexivity, and accountability*. Buckingham: Open University Press.
- Riksrevisionen (2008), *Statens styrning av kvalitet i privat äldreomsorg*. RiR 2008:21.

- Sallnäs, M. (2005), »Vårdmarknad med svårigheter– om privata aktörer inom institutionsvården för barn och ungdomar«, *Socialvetenskaplig tidskrift* 2–3, s. 226–243.
- Skolverket (1996). *Varför kostar elever olika? En analys av skillnader i kommunernas kostnader för grundskolan*. Stockholm: Liber.
- SOU 2001:79. *Välfärdsboksut för 1990-talet*. Stockholm, Fritzes.
- SOU 2008:18. *Evidensbaserad praktik inom socialtjänsten – till nytta för brukaren*. Stockholm, Fritzes.
- SOU 2007:10. *Hållbar samhällsorganisation med utvecklingskraft*. Stockholm, Fritzes.
- Socialdepartementet (2010) *Institutet för uppföljning och utvärdering inom hälso- och sjukvård och socialtjänst. Förslag till uppdrag och plattform*. Ds 2010:3.
- Socialstyrelsen (2009). *Vårdöverenskommelsen – stimulansmedel till bättre vård och behandling av personer med tungt missbruk*. Stockholm, Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen (2010a). *Redovisning av 2007–2009 års stimulansmedel – riktade till vård och omsorg om äldre personer*. Stockholm, Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen (2010b). *Stimulansbidrag LOV – Slutrapport*. Stockholm, Socialstyrelsen.
- Statskontoret (2003). *Statsbidragen till kommuner och landsting. En kartläggning och analys*. Rapport 2003:5. Stockholm: Statskontoret.
- Stjernquist, N. & H. Magnusson (1988). *Den kommunala självstyrelsen, jämlikheten och variationen mellan kommunerna*. Stockholm, Civildepartementet.
- Svensson, M. och P. G. Edebalk (2010), *Kundval i äldreomsorgen – Stärks brukarens ställning i ett valfritetsystem?* Stockholm: Sveriges Kommuner och Landsting.
- Szebehely, M. (2000). *Äldreomsorg i förändring – knappare resurser och nya organisationsformer*. SOU 2000:38, *Välfärd, vård och omsorg*.

- Szebehely, M. (2011). Insatser för äldre och funktionshindrade i privat regi, i Hartman, L. (red.) *Konkurrensens konsekvenser. Vad händer med svensk välfärd?* Stockholm, SNS förlag.
- Trydegård, G.-B. (2000). *Tradition, change and variation. Past and present trends in public old-age care*. Stockholm University: Department of Social Work.
- Trydegård, G.-B. & Thorslund, M. (2010). One Uniform Welfare State or a Multitude of Welfare Municipalities? The Evolution of Local Variation in Swedish Elder Care. *Social Policy & Administration*, 44, 495–511.
- Wiklund, S. (2011). Individ- och familjeomsorgens välfärdstjänster, i Hartman, L. (red.) *Konkurrensens konsekvenser. Vad händer med svensk välfärd?* Stockholm, SNS förlag.
- Winblad U., C. Andersson och D. Isaksson (2009), *Kundval i hemtjänsten – Erfarenheter av information och uppföljning*. Stockholm: Sveriges Kommuner och Landsting.

## Den mångfaldiga styrningen i hälso- och sjukvården: Några viktiga orsaker till mångfaldighet och vad det innebär för de statliga myndigheternas roll

Professor Claes-Fredrik Helgesson,

Tema Teknik och Social förändring, Linköpings universitet

### Styrningens villkor inom hälso- och sjukvården

Hälso- och sjukvården präglas av en mångfaldig styrning. Med det menas att konkreta vårdverksamheter mottar en mängd styrsignaler från en flera olika källor. Den hierarkiska styrningen inom en organisation såsom ett landsting utgör bara en liten av alla styrsignaler som berör en enskild verksamhet inom hälso- och sjukvården. Till den traditionella hierarkiska styrningen kan läggas styrning från myndigheter såsom behandlingsriktlinjer utgivna av Socialstyrelsen, läkemedelsgodkännanden utfärdade av Läkemedelsverket, och subventionsbeslut tagna av Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket (TLV). Vidare förekommer både tvingande regler och mjukare riktlinjer rörande vad olika professioner kan och bör ägna sig åt. De hierarkiska styrsignalerna inom en organisation kan, till sist, i sig vara mångfacetterade och omfatta arbetets fördelning mellan olika enheter, avtal till en beställarenhet inom samma organisation, resultatkrav från en ägare (som vid landstingsdriven verksamhet juridiskt är densamma som beställaren) och lokala vårdprogram.

Syftet med detta underlag är att ge ett underlag för diskussion om vilken roll statliga myndigheter kan ha *givet* ett perspektiv som

lyfter fram och ger en förklaring till varför hälso- och sjukvården präglas av en mångfaldig styrning.

Först utvecklas och exemplifieras den inledande diskussionen om den mångfaldiga styrningen som fenomen. Därefter ges ett förslag två grundläggande orsaker som var och en bidrar till att sjukvården präglas av just denna mångfaldiga styrning. Avsnittet därefter ger ett förslag på några konsekvenser som den mångfaldiga styrningen har för de som har att bedriva konkret verksamhet inom hälso- och sjukvården. Detta PM avslutas med ett resonemang om vad detta innebär för vilka roller och självuppfattningar som statliga myndigheter bör inta.

### Den mångfaldiga styrningen exemplifierad

Vad som menas med den mångfaldiga styrningen kan förmodligen bäst beskrivas genom ett tänkt exempel, även som varje sådant exempel inte kan ge full rättvisa åt den komplexitet som avses med uttrycket. Betänk en enkel vardagssituation såsom den där en läkare på en vårdcentral står i begrepp att för första gången skriva ett recept på ett blodfettsänkande läkemedel för en av sina patienter. Vilka regler, riktlinjer och standarder är i princip tillämpliga i en sådan situation? Vilken styrning kan med andra ord i någon mening ses som försök att påverka hur situationer såsom denna förlöper? Med lite inlevelse blir listan snabbt lång och varierad: Regler om behörighet att förskriva läkemedel samsas med Socialstyrelsens riktlinjer, det aktuella landstingens läkemedelslista med rekommenderade läkemedel och primärvårdens resultatansvar, osv. Det är kort sagt många styrsignaler med olika avsändare och bredd som den vårdprofessionelle har att hantera även i en såpass enkel situation som denna.

Det händer, rätt ofta menar jag, att olika former av styrning pekar åt olika håll. Med det menar jag att den mångfaldiga styrningen ofta kan innehålla ett mått av *motstridighet*. I det ovan givna exemplet kan exempelvis ett läkemedelspris vara en viktig aspekt i diskussioner om en lokal läkemedelsbudget, medan priset vägs mot nyttoeffekter på ett annat sätt när nationella riktlinjer och subventionsbeslut formuleras. I en annan situation kan betydelsen av patientinflytande komma i konflikt med skyldigheten att ge god vård.

Är motstridigheter mellan olika former av styrning något som kan, eller åtminstone borde, gallras bort? Rak och tydlig ledning och styrning framhålls ofta som honnörsord på samma sätt som styrning med ”dubbla budskap” ses som problematisk. Det är också lätt att föreställa sig hur en snårskog av styrning lätt blir till förfång för den verksamhet som är utsatt för den. Det gäller särskilt om verksamheten drivs av en blind ambition att vara följsam till all styrning. Förekomsten av en mångfaldig och motstridig styrning har svårt att framstå som ett uttryck för en alltigenom ideal situation. Jag hävdar dock att dess motsats inte är ett möjligt eller ens ett fullt ut eftersträvanvärt ideal.

Jag vill lyfta fram två företeelser som bidrar till att göra styrningen mångfaldig och som dessutom kan orsaka motstridigheter mellan olika försök till styrning. Den första företeelsen har att göra med kunskapsbildningens natur, det vill säga hur kunskap bildas och sprids inom hälso- och sjukvården. Den andra har att göra med de många värden som hälso- och sjukvården helt legitimt har att beakta. Dessa två företeelser är vidare av sådan grundläggande natur att det är svårt att se hur det i praktiken skulle vara möjligt att eliminera deras bidrag till att styrning blir mångfaldig. De är med andra ord båda av en sådan karaktär att de är något som hälso- och sjukvårdens organisationer har att leva med snarare än något som går att organisera bort.

## Kunskapsbildningens natur

Kunskap har en omvittnat central roll inom hälso- och sjukvården. Det syns inte minst i den betydelse som evidens och kunskapsstyrning ofta ges i diskussioner om hur hälso- och sjukvården ska styras. De konkreta vårdnära aktiviteterna inom hälso- och sjukvården är också på många sätt kunskapsintensiva. (Denna kunskapsintensitet kan illustreras av den mängd kunskap, såväl generell som patientspecifik, som är aktuell att beakta i situationer som den i det ovan skisserade exemplet där en läkare står i begrepp att förskriva ett läkemedel.)

Det finns emellertid några aspekter rörande kunskap och kunskapsbildning som ibland glöms bort i diskussioner om styrning med kunskap. Dessa aspekter kan sammanfattas i tre breda observationer: 1) kunskap är ofta föränderlig, 2) det är inte alltid lätt att veta om den är tillämplig i en enskild situation och 3) kunskap är



inte alltid entydig. (För en mer extensiv, men tillgänglig version av denna diskussion hänvisas till: Fernler m.fl. 2008)

Kunskapsläget förändras ständigt. Det gäller inte minst många av de fält som har betydelse för hälso- och sjukvården. Betydande resurser investeras i forskning som kan ge resultat av betydelse för hälso- och sjukvårdens verksamhet. Ny kunskap kan komma i former av nya rön om biologiska mekanismer, nya belägg för värdet av en viss behandling i vissa situationer, eller, för all del, resultat som ger en grund för att ifrågasätta ett kunskapsläge som länge ansetts vara stabilt. Kort sagt: Vad som anses vara kunskap förändras med tiden. Ytterligare ett sätt att uttrycka detta är att evidensläget är föränderligt. En viktig konsekvens av detta är att den kunskapsbas som är tillgänglig för utformning av olika typer av styrning inte är helt igenom stabil.

Även välgrundad kunskap är inte alltid tillämpbar eller betydelsefull för en konkret situation. Ett väl känt villkor för vetenskaplig kunskapsproduktion är att den i regel sker genom etablerade former av metodiskt arbete. Inom medicinen är ett vedertaget metodologiskt grepp att försöka kontrollera stora delar av en försökssituation för att säkerställa orsaken till en avläst effekt. (Regler för vilka patienter som ska ingå i en prövning är ett exempel på en sådan ansträngning och randomisering är en annan metod som ska eliminera att oönskade faktorer påverkar den effekt som ses studeras.) En välbekant baksida av ett sådant tillvägagångssätt är att det kan vara svårt att säkerställa räckvidden för den resulterande kunskapen. Det kan med andra ord vara svårt att veta hur, och i vilken mån, ett givet resultat även är giltigt för situationer som inte i allt liknar försökssituationen. (Detta kallas ibland frågan om den externa validiteten för en studie.)

I vilken mån någon form av kunskap om exempelvis effekterna av en intervention är tillämplig i andra situationer är ofta en central fråga. Detta är inte heller något som i sig löses av en aldrig så kontrollerad försökssituation (snarare tvärt om!). Det kan här också vara värt att påminna sig om att statistisk signifikans i en vetenskapligt upplagd studie inte är ett mått på vare sig att studiens resultat är betydelsefullt eller att resultatet är tillämpligt utanför försökssituationen. Frågorna om huruvida kunskap är betydelsefull och tillämpbar i en konkret situation är i stället viktiga bedömningsfrågor. Dessa bedömningar har då inte bara att beakta huruvida kunskapsproduktionen är väl genomförd. En sådan

bedömning har också att beakta huruvida kunskapen är tillämplig och betydelsefull *för den aktuella situationen*.

Kunskap utvecklas i olika vetenskapliga fält med olika regler och normer för vad som ska anses vara god metod osv. Vetenskapshistorikern Thomas Kuhn tillägnade sig på 1960-talet begreppet paradig för att beskriva hur den vetenskapliga utvecklingen föreföll innehålla en avlösning av sinsemellan oförenliga vetenskapliga paradig (Kuhn 1962). Det som var vedertagen kunskap, metod, osv inom ett paradig saknade relevans i ett efterföljande dito. Paradigmbegreppet fokuserar på hur ett vetenskapsfält inkluderar ett kunskapssystem som ger stöd för ett specifikt sätt att se på och utforska verkligheten. Det har sedan Kuhn av många observerats hur forskningsfält alltmer specialiseras och till och med fragmenteras.

Det är i dag inte vågat att påstå att dagens vetenskapssamfund samlar en mängd, sinsemellan oförenliga, paradig. Det går även att identifiera sådana motstridigheter mellan olika paradig *inom* medicinen. Kort sagt, vetenskapligt grundad kunskap från olika fält är inte sinsemellan fullständigt förenliga. (Skillnader mellan hur olika delar av psykologin och psykiatrin betraktar vissa sjukdomstillstånd utgör tydliga exempel på detta förhållande.) Det går att på en filosofisk nivå tvista om huruvida denna mångfald är principiellt nödvändig eller ej, men det skulle leda för långt att föra den här. För denna framställning räcker det med att konstatera att vetenskapssamfundet även i för sjukvården relevanta discipliner i praktiken är mång-paradigmatisk och lär så förbli.

Dessa tre grundläggande observationer om kunskap och kunskapsbildning har betydande konsekvenser för styrning inom hälso- och sjukvården. De innebär, för det första, att kunskap inte alltid kan utgöra en entydig och stabil grund för styrning. De innebär också att det inte är förvånande om en enskild hälso- och sjukvårdsverksamhet kan utsättas för flera, till och med motstridiga, försök till styrning som har det gemensamt att de grundas i vetenskaplig kunskap. Det innebär, till sist, att hälso- och sjukvårdsverksamhet ofta har goda skäl för att ställa sig frågan i vilken mån någon form kunskapsbaserad styrning grundas på kunskap som är tillämplig i det enskilda fall som ligger för handen.

För att sammanfatta detta avsnitt: Det finns flera skäl till varför kunskap och kunskapsbildningens natur bidrar till att hälso- och sjukvården präglas av en mångfaldig styrning.

## En värld präglad av många, ibland svårförenliga, värden

Hälso- och sjukvården har att förhålla sig till flera, ibland svårförenliga, värden. Det föreskrivs exempelvis i lagstiftning att behovssolidaritet är ett viktigt värde att värna inom hälso- och sjukvården, liksom att resurser ska användas där de kan ha hälso-effekter. Detta leder till situationer där sinsemellan oförenliga värden kan komma att stå emot varandra. Vi får olösliga så kallade mål-konflikter. Flera, var och en goda, ting går i sådana situationer inte att samtidigt fullt ut prioritera. För att ta ett drastiskt exempel: En reform där samtliga resurser i sjukvården började fördelas för att få maximal sammanlagd hälsoeffekt i samhället skulle stå i kraftig strid mot principerna om behovssolidaritet och alla människors lika värde. (Kostnadsnyttokalkyler, som i regel inte tar hänsyn till fördelningseffekter, "ser" och synliggör vissa värden, men är blinda för andra som därmed osynliggörs.)

Behovet av att samtidigt värna flera sinsemellan svårförenliga värden är kännetecknande för många olika delar av hälso- och sjukvården. Detta känns med säkerhet igen av såväl en verksamhetschef på en sjukvårdsklinik som en tjänsteman på läkemedelsverket eller för all del någon som arbetar på ett läkemedelsbolag. Förmodligen är behovet av sådan värdebalansering dock som mest accentuerad för de som är nära den konkreta hälso- och sjukvårdsverksamheten. Det är ofta i konkreta situationer kring enskilda fall som utmaningen att samtidigt värna flera svårförenliga värden ställs på sin yttersta spets. En situation som kan illustrera detta är den där förskrivning av antibiotika är aktuell. Där kan värden såsom patientens välbefinnande inflytande över behandlingsval kan komma att stå emot värdet av att inte öka antibiotikaresistensen. (Om värdet av att inte öka antibiotikaresistensen vore det entydigt övergripande målet, så vore det ju rimligt att all relevant styrning verkade mot detta mål genom sådant som riktlinjer som avråder från antibiotikaanvändning, att all antibiotika avförs från läkemedelssubventionen, att straffavgifter införs för de som alltför ofta skriver ut recept på antibiotika osv.)

Det förekommer ofta försök till styrning som har ambitionen att balansera flera svårförenliga värden. Detta är fullt naturligt och rimligt, men kan också leda till tanken att det skulle vara möjligt att styra vårdens vardag genom en balanserad incitamentsstruktur som fullt har tagit hänsyn till och balanserar alla de värdekonflikter som hälso- och sjukvården har att hantera. Sådana föreställningar lever

dock förmodligen bäst i idévärldens tunnare luft eftersom ingen värdebalansering ”på distans” fullt ut kan bistå med en situationsanpassad balansering av de olika värden som hälso- och sjukvårdens praktik har att förhålla sig till.

Den mångfaldiga styrningen har således inte bara sin grund i att kunskapsläget inte alltid är stabilt eller förenlig. Den mångfaldiga styrningen har också en grund i att hälso- och sjukvården är en verksamhet som ofta behöver ta hänsyn till flera sinsemellan svår-förenliga värden.

### **En omfattande och mångfaldig styrning förutsätter autonomi**

Det är vid det här laget välbekant att generella principer ”översätts” och situationanpassas om de ska ha något genomslag i en konkret verksamhet (se Czarniawska och Sevón, 1996). När antalet försök till styrning ökar, ökar därmed kraven på översättning och balansering av dessa liksom frågorna om tillämpbarhet i det enskilda fallet. Det är därför knappast förvånande att det finns ymnigt med vittnesmål om att det är krävande att verka och leda inom hälso- och sjukvården. Det finns också de som hävdar att den tilltagande tilliten till styrning med regler och ekonomiska incitament förbiser betydelsen av en praktiskt grundad klokskap som bland annat har att just hantera olika former av styrning (se Schwartz och Sharpe 2010).

Handling verkar dock i praktiken vara möjlig. All den mångfald av styrning som verksamheten är föremål för kan få det att framstå som om det i princip är omöjligt att agera inom hälso- och sjukvården. Samtidigt kan vi se hur det varje dag fattas oändliga mängder med beslut som vart och ett i praktiken innebär en avvägning mellan flera, ibland motstridiga, styrsignaler och värden. Det pekar på att förekomsten av en mångfaldig styrning förutsätter att självständiga och professionellt grundade bedömningar och avvägningar görs i hur styrningen ska uttolkas och tillämpas i enskilda situationer. När det inte finns någon entydig övergripande princip som kan trumfa alla andra, så måste den situationsanpassade professionella bedömningen utgöra den medlande mekanism som hanterar olika, och ibland oförenliga, försök till styrning. Det gör också att vi kan förvänta oss att det inom hälso- och sjukvårdsverksamhet

kan fattas många välgrundade beslut som inte desto mindre otvetydigt står i strid mot vissa försök till styrning.

Det finns de bedömare som hävdar att den ökade styrningen i sjukvården, och inte minst den tilltagande betydelsen av medicinska riktlinjer, leder till en avprofessionalisering av de medicinska professionerna. Andra menar att det inte är så enkelt (för en diskussion se, t.ex. Timmermans och Berg, s 114). Min hållning är här emellertid inte primärt deskriptiv utan preskriptiv; en ökad styrning leder till ett ökat behov av en lokal förmåga att hantera styrning. I detta ligger en starkt förmåga hos medarbetare inom olika medicinska professioner i en verksamhet att omdömesgillt och tillsammans hantera olika former av styrning.

En konsekvens av ovanstående är den till synes motsägelsefulla observationen att en ökad mängd styrning förutsätter ett ökat behov av autonomi hos de verksamheter som ska styras. Detta behövs därför att en ökad mängd styrning i regel leder till ett ökat behov av fler situationsanpassade avvägningar och bedömningar. När styrningen ökar och blir mer motstridig förutsätter den en ökad självständig förmåga hos den verksamhet som ska styras.

### **Implikationer för de statliga myndigheternas roll**

Vad innebär ovanstående för de olika statliga myndigheternas roller inom hälso- och sjukvården? Ett sätt att se på den mångfaldiga styrningen är att se den som just ett uttryck för att det finns flera sinsemellan svårförenliga värden som inte desto mindre samtidigt måste beaktas. Styrning som utgår från myndigheter och andra aktörer, såsom exempelvis professionella organisationer, framstår med ett sådant synsätt som till en del bärare av delvis olika värden.

Om vi accepterar ovanstående framstår inte frågor om myndigheternas roller och ansvarsområden som något som enbart kan förstås som grundad i en enkel arbetsdelning. Det är inte heller rimligt att i en framtida omorganisation tänka i termer av att all styrning skulle kunna samordnas i en enda myndighet eller fördelas enligt någon annan princip som skulle kunna göra den statliga styrningen på området helt igenom samordnad. Om vi accepterar ovanstående redovisade orsaker till den mångfaldiga styrningen så ligger det närmast i sakens natur att det i praktiken blir svårt att på myndighetsnivå samordna all styrning till en enda entydig styrsignal.

Förekomsten av flera myndigheter som var och en är inbegripna i styrning av hälso- och sjukvården skapar inte bara samordningsproblem. Det möjliggör också att flera olika värden samtidigt värnas och att flera olika kunskapsunderlag tas fram och användas. Det som ibland kan framstå som en bristande samordning mellan olika myndigheter kan därför i stället ses som ett uttryck för att flera värden behöver värnas samtidigt som de inte är alltigenom förenliga. Detta resonemang leder inte till att all form av bristande samordning av den statliga styrningen ska ses som något av godo. Det betyder däremot att diskussioner om hur den statliga myndighetsstrukturen kan förenklas och samordnas bör ge akt på de fall där det finns goda skäl att bibehålla en flerfaldighet i styrningen.

Hur är det då möjligt att särskilja när en mångfaldighet i den statliga styrningen har en legitim grund och när den primärt är till förfång för hälso- och sjukvårdens utveckling? En framkomlig väg skulle kunna vara att ställa några analytiska frågor rörande varje par av mångfald i den statliga styrningen:

1. I vilken mån har dessa två uttryck för styrning sin huvudsakliga grund i att de båda vilar på olika, men helt legitima, kunskapsunderlag som var och en har ett betydande värde för sjukvårdens praktik? Är det möjligt att på statlig nivå förena dessa två former av styrning utan att deras respektive betydelse för sjukvårdens praktik går förlorade? Är olikheterna i kunskapsunderlagen av en sådan art att det är de verksamma i vårdens vardag som är bäst skickade att bedöma deras respektive tillämplighet i enskilda situationer?
2. I vilken mån har dessa två uttryck för styrning sin huvudsakliga grund i att de värnar olika legitima värden som hälso- och sjukvårdens praktik samtidigt måste värna? Är det möjligt att på statlig nivå förena dessa två former av styrning utan att det allvarligt minskar förmågan hos de som är verksamma i vårdens vardag att göra situationsanpassade balanseringar mellan dessa värden?

Poängen med frågor av ovanstående typ är att de möjliggör att särskilja mellan den mångfald i styrningen som primärt är störande och den som utgör viktiga beståndsdelar och stöd för de situationsanpassade avvägningar och bedömningar som *måste* utföras i eller nära konkret hälso- och sjukvårdsverksamhet. Frågorna lyfter fram att en värdering av olika försök till styrning bör ta hänsyn till att

det ibland är i de konkreta situationerna som bedömningar om olika kunskapsunderlags tillämplighet bäst kan göras och vad som i den aktuella situationen är en lämplig avvägning mellan olika värden.

En tanke som visats ett ökat intresse under senare år är att skapa tydliga uppdelningar mellan statens tillsynande och normerande roller. En poäng i denna uppsats är emellertid att det finns starka grunder för att olika normerande aktiviteter inte alltid kan vara samstämmiga; Olika regler och riktlinjer kan vara bärare av olika värden och/eller grundade i delvis olika kunskapsunderlag. Det innebär att det inte är idealt (eller ens möjligt) att samla samtliga normerande aktiviteter i en enda entydig styrning.

När det gäller tillsyn skulle det emellertid vara möjligt att tänka annorlunda. I den mån en tillsyn grundas i insikten att sjukvårdens praktik har att beakta och balansera flera olika former av styrning så skulle det vara möjligt med en tillsyn som har ett mycket bredare uppdrag än de som har att utforma normerande aktiviteter. En tillsyn grundad i praktikens situation skulle inte bara skarpsynt granska följsamhet till styrning utan också vidsynt granska hur väl situationsanpassade överväganden och balanseringar utförs (om skarpsynt respektive vidsynt tillsyn, se Helgesson och Kjellberg 2008). Om, å andra sidan, tillsyn organiseras som en granskning av följsamhet av enskild styrning så uppstår samma problem till samordning för tillsynen som den som föreligger för normering.

Jag menar således att det finns goda skäl till att inte eftersträva en fullständig samordning mellan statens myndigheter på området. Förutom de praktiska svårigheterna så representerar de mer än en funktionell arbetsdelning. Kunskapsbildningens natur liksom det faktum att hälso- och sjukvården präglas av många, ibland svårför- enliga, värden gör att en fullständig samordning inte är önskvärd. Vad som är en lämplig konkret struktur och ansvarsfördelning är en fråga som skulle förutsätta en långt djupare analys än vad som är möjlig här. En sådan analys bör dock beakta analytiska frågor av den karaktär som lyftes fram ovan. Till detta bör också kanske tilläggas att även myndigheter kan ses som enheter utsatta för, och har att hantera, en mångfald av styrning.

En sista implikation av ovanstående resonemang är att staten kan ha en central uppgift att stödja en verksamhetsutveckling inom sjukvården som stärker verksamheternas förmåga att självständigt hantera den mångfaldiga styrningen. En vidsynt tillsyn skulle här kunna vara en komponent. En annan form skulle vara ökade

ansträngningar att utveckla och sprida kunskap om hur konkret hälso- och sjukvårdsverksamhet skapar värden bland annat genom att just avväga och balansera inverkan från olika former av styrning. Behovet av sådan kunskap lär dessutom öka i kraft med de utmaningar som sjukvården står inför och där graden av motstridig styrning (och motstridiga värden) snarare kommer öka än minska under kommande decennier.

## Referenser

- Czarniawska, Barbara, och Guje Sevón, red. 1996. *Translating organizational change*. Berlin: Walter de Gruyter.
- Fernler, Karin, Ebba Sjögren, och Claes-Fredrik Helgesson. 2008. Utan tvivel är man inte klok: Kunskapsstyrningens problem. I *Detta borde vårddebatten handla om*, redigerad av C.-F. Helgesson och H. Winberg. Stockholm: EFI och IFL vid Handelshögskolan i Stockholm.
- Helgesson, Claes-Fredrik, och Hans Kjellberg. 2008. Om marknader och marknadsprocesser. I SOU 2008:37, *Vårdval i Sverige*.
- Kuhn, Thomas S. 1962. *The Structure of Scientific Revolutions*. Chicago: University of Chicago Press.
- Schwartz, Barry, och Kenneth Sharpe. 2010. *Practical wisdom: The right way to do the right thing*. New York: Riverhead Books.
- Timmermans, Stefan, och Marc Berg. 2003. *The Gold Standard: The Challenge of Evidence-Based Medicine and Standardization in Health Care*. Philadelphia: Temple University Press.



## Med fokus på prevention och jämlikhet

Urban Janlert

### Inledning

Utredningen om översyn av de statliga verksamheterna inom vård- och omsorgssystemet ska utreda hur staten kan verka för ett effektivt och långsiktigt hållbart vård- och omsorgssystem, med fokus på hälsofrämjande och förebyggande insatser i syfte att främja hälsa och minska ohälsa och framtida vårdbehov samt för att åstadkomma en jämlik vård och omsorg i hela landet.<sup>1</sup>

Som forskare inom folkhälsovetenskap, med särskilt intresse för socialepidemiologiska frågor, kommer jag i denna PM att framför allt ägna mig åt två av de frågor som utredningen har att behandla, nämligen det förebyggande arbetet inom hälso- och sjukvården liksom frågan om jämlik hälsa och jämlik vård.

### Det förebyggande arbetet

Då den tidigare *sjukvårdslagen*<sup>2</sup> omstöptes till en *hälso- och sjukvårdslag*,<sup>3</sup> främst genom det utredningsarbete som Hälso- och sjukvårdsutredningen<sup>4</sup> (HSU) utförde innebar det bl.a. att sjukvårdens område utvidgades till att även lagligt få ansvar för det förebyggande arbetet.

Utredningen konstaterar inledningsvis att ”Den svenska hälso- och sjukvården har i stor utsträckning varit inriktad på att lösa

---

<sup>1</sup> Kommittédirektiv 2011:4.

<sup>2</sup> SFS 1962:242.

<sup>3</sup> SFS 1982:763.

<sup>4</sup> SOU 1979:78.

akuta vårdproblem.”<sup>5</sup> Längre fram skriver man ”Hälso- och sjukvården har således till största delen kommit att få en inriktning på att bota redan uppkomna sjukdomstillstånd. Vårdinsatserna har i huvudsak baserats på den enskilda människans behov av vård sedan sjukdom eller skador uppkommit”<sup>6</sup>.

Resonemanget leder fram till följande slutsats: ”Även förhållandet att sjukvårdsverksamheten blivit alltmer kostnadskrävande motiverar en prövning av möjligheterna att på sikt begränsa efterfrågan på direkta vårdtjänster. I stället för att möta en ständigt ökad efterfrågan genom en utbyggnad av den renodlade sjukvården, måste övervägas att i ökad utsträckning satsa på förebyggande åtgärder. På sikt torde detta vara en bättre metod att komma till rätta med de växande behovs- och resursproblemen. Det kräver övergång från ett sjukvårdspolitiskt till ett hälsopolitiskt synsätt, dvs. till en mer offensivt inriktad hälso- och sjukvårdspolitik.”<sup>7</sup>

Begreppet ”hälso- och sjukvård” i stället för enbart ”sjukvård” var dock inte nytt. Det förekom redan i ”Lag om landsting” från 1924, där landstingens uppgifter preciseras.<sup>8</sup> Där står det i paragraf 4: ”Landstingen tillkommer att, i den ordning denna lag stadgar, rådslå och besluta om för landstingsområdet gemensamma angelägenheter, vilka avse ... hälso- och sjukvård ...”. I all lagstiftning däremot talas enbart om sjukvård.

HSU betonar alltså starkt att arbetet för att förekomma sjukdom och skador måste stärkas. Då det gäller själva lagtexten utformar emellertid HSU ingen särskild paragraf som framhåller sjukvårdshuvudmannens ansvar för ett förebyggande arbete, mer än att ”Varje landstingskommun bär ett samlat ansvar för att främja hälsan hos dem som är bosatta inom landstingskommunen ...” (3 §). Utredningen föreslår dock kriterier för vad som är god vård. De redovisas i kolumn 1, tabell 1.

I en senare proposition<sup>9</sup>, föranledd av bl. utredningen ”Hälso- och sjukvård inför 90-talet”<sup>10</sup> återkommer man med ett förslag till lagändring där det förebyggande arbete utgör det första av kriterierna för god vård (se kolumn 2, tabell 1). Propositionen föranledde dock ingen ändring av den ursprungliga lagtexten beträffande kra-

---

<sup>5</sup> HSU 1979:78 s 228.

<sup>6</sup> *ibid.* s. 241.

<sup>7</sup> *Ibid.* s. 241.

<sup>8</sup> SFS 1924:349.

<sup>9</sup> Prop. 1984/85:181.

<sup>10</sup> SOU 1984:39.

ven på god vård. Den ursprungliga preciseringen kvarstod, se kolumn 3 i tabell 1.

Däremot tillkom en särskild paragraf, 2 c, där det förebyggande arbetet explicit berörs.<sup>11</sup> Paragrafen lyder: ”Hälso- och sjukvården skall arbeta för att förebygga ohälsa. Den som vänder sig till hälso- och sjukvården skall när det är lämpligt ges upplysningar om metoder för att förebygga sjukdom eller skada”.<sup>12</sup> Problemet med den skrivningen har varit skilda tolkningar av innehållet. En tolkning är att paragrafen ger hälso- och sjukvården två uppdrag – ett första, mer generellt, där hälso- och sjukvården åläggs ett preventivt arbete. Ett andra, mer specifikt, att gentemot patienter arbeta förebyggande genom att sprida information till patienterna. En andra tolkning är att den andra meningen är en precisering av innebörden i den första meningen, dvs. att hälso- och sjukvårdens förebyggande uppdrag består i just detta att ge patienterna information. Medan den första tolkningen ger det preventiva uppdraget en tämligen vid ram, så begränsar den andra tolkningen det förebyggande arbetet högst avsevärt.

**Tabell 1 Kriterier för god vård enligt HSU, propositionen 1984/85 och riksdagens beslut**

HSU 1979	Propositionen 1984/85	Riksdagens beslut 1982
1. tillgodose de vårdsoökandes behov av trygghet och kvalitet	1. inriktas mot att förebygga ohälsa	1. vara av god kvalitet och tillgodose patientens behov av trygghet i vården och behandlingen
2. präglas av en helhetssyn på den enskildes förhållande	2. vara av god kvalitet och tillgodose patientens behov av trygghet i vården och behandlingen	2. vara lätt tillgänglig
3. vara nära och lätt tillgänglig	3. vara lätt tillgänglig	3. bygga på respekt för patientens självbestämmande och integritet
4. utgå från den enskildes eget ansvar för sin hälsa och vara grundad på aktning för människors rätt till självbestämmande och kränkbarhet	4. bygga på respekt för patientens självbestämmande och integritet	4. främja goda kontakter mellan patienten och hälso- och sjukvårdspersonalen
5. vara organiserad så att goda kontakter mellan den vårdsoökande och hälso- och sjukvårdens personal underlättas	5. främja goda kontakter mellan hälso- och sjukvårdspersonalen	

<sup>11</sup> SFS 1982:763.

<sup>12</sup> SFS 1998:1660.

Man kan samtidigt konstatera att dessa bestämmelser om skyldighet att arbeta förebyggande inte harmoniserar särskilt väl med en annan paragraf, nämligen 2 b §. Där står att patienten ska ges individuellt anpassad information om sitt hälsotillstånd, de metoder som finns för undersökning, vård och behandling, de möjligheter man har att välja vårdgivare och om vårdgarantin. Ingenting nämns om den information som berörs i paragraf 2 c, den om det förebyggande arbetet.

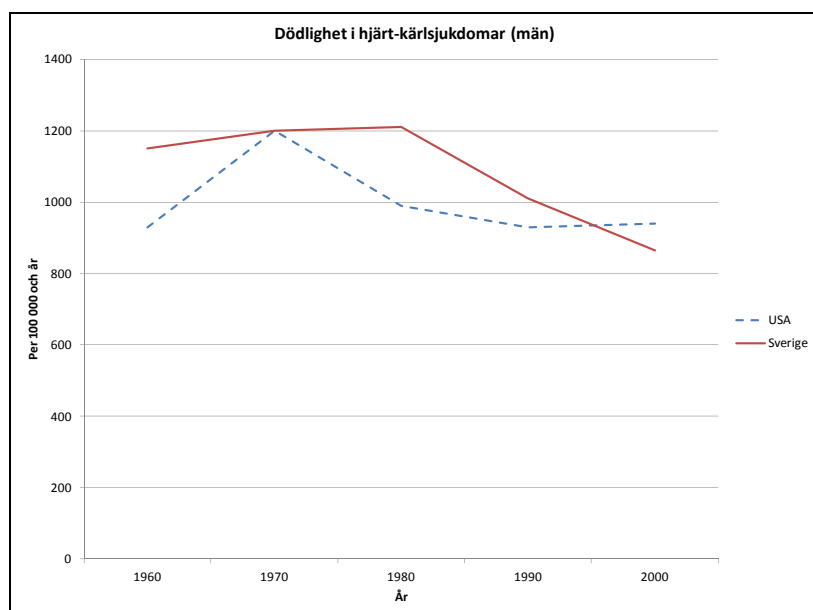
### Ett exempel

Ett exempel kan kanske klargöra vikten av förebyggande insatser. Den stora epidemin av hjärt-kärlsjukdomar i västvärlden startade i början av 1900-talet för att nå sin kulmen på 1980-talet. Minskningen av dödsfall började i USA redan på 1970-talet medan motsvarande minskning noteras först i mitten på 1980-talet i Sverige. Om vi räknar om svensk dödsorsaksstatistik till USA-nivå (dödligheten har varit högre i USA än i Sverige) och ser vad som skulle ha hänt om vi hade USA:s utveckling i Sverige (figur 1) ser vi att med samma utveckling som i USA så skulle ett stort antal dödsfall ha undvikits i Sverige om vi haft samma tidiga nedgång i hjärt-kärlsjukdomar här som där. I runda tal hade kanske 7 000 dödsfall undvikits bland män i Sverige per 100 000 invånare under en 20-årsperiod, vilket uppskattningsvis handlar om en kvarts miljon för tidiga dödsfall under 20 år. Av den reduktion i hjärt-kärldödlighet som vi registrerat under slutet av 1900-talet brukar hälften av reduktionen tillskrivas preventiva insatser (framför allt minskad rökning) och hälften medicinska insatser (bättre vård)<sup>13</sup>. Siffrorna skall inte tolkas alltför bokstavligt, det är ett fiktivt räkneexempel men vill visa att en effektiv prevention kan betyda mycket ur folkhälsosynpunkt.

---

<sup>13</sup> Folkhälsorapport 1997.

**Figur 1** Dödlighet i hjärtkärlsjukdom i USA och Sverige 1960–2000  
(siffror för Sverige anpassade till USA:s nivå 1970)



En förklaring till varför nedgången i Sverige kommer så mycket senare jämfört med nedgången i USA kan vara den uppfattning som starka företrädare för det svenska medicinska etablissemanget förfäktat, nämligen att de preventiva åtgärder som startade mycket tidigare i USA (liksom även i många andra Europeiska länder och där Sverige var ett av de länder som kom igång sist) var tämligen meningslösa, och att man i stället skulle satsa på medicinsk behandling, inte på förebyggande insatser. En återklang av denna uppfattning kom till tydligt uttryck i anslutning till Ansvarskommitténs utredningsarbete för några år sedan. Ansvarskommittén<sup>14</sup> publicerade en skriftserie för att ge en inblick i de underlag som kommittén arbetat utifrån. Följande text är hämtad ur ett av dessa underlag där redaktören skriver följande under den inledande sammanfattningen av skriften, under rubriken "Prevention":<sup>15</sup>

<sup>14</sup> SoU 2007:10.

<sup>15</sup> Aspelin P. Hur kan dagens forskning påverka framtidens sjukvård? Ansvarskommitténs skriftserie, 2005. "Statens offentliga utredningar".

De flesta sjukdomarnas uppkomstmekanismer är komplexa, varför vi trots stor tilltro till den molekylära biotekniska utvecklingen bl.a. med kartläggning av det humana genomet m.m. inte kan räkna med att primärprevention (förhindrande av uppkomsten av sjukdomar genom att känna dess mekanismer) av sjukdomar kommer att spela en betydande roll. Givetvis kan dock flera av livsstilssjukdomarna förhindras med förändrad livsstil. Slutsatsen är därför att primär prevention är omöjlig p.g.a. komplicerad genes vid de flesta sjukdomar. Dessutom är befolkningen relativt ovillig att primärt preventera livsstilssjukdomar. Samtidigt har i dag insatserna på primärpreventionsområdet minskat, framför allt inom exempelvis hjärt-kärlsjukdomar, på bekostnad av sekundärprevention. Det stora hoppet står därför till sekundärprevention, d.v.s. att vi genom tidig diagnostik kan sätta in tidig individuell behandling som kan förhindra sjukdomsutvecklingen hos patienten.

Man kan ställa sig frågan vem som bär ansvaret för att reduktionen av hjärt-kärlsjukdomar fördröjdes i Sverige jämfört med USA. Hade detta varit ett resultat av dålig vård hade det förstås väckt synnerligen stor uppmärksamhet och det tillsynssystem som finns hade aktiverats. Nu hände däremot ingenting, eftersom det förebyggande arbetet ligger utanför de rutiner vi har.

### Vem skall förebygga?

Inom hälso- och sjukvården uppfattas sjukvården i första hand som en professionell angelägenhet, medan hälsovården mer är en uppgift för politiker. Det preventiva uppdrag man har som vårdarbetare ter sig tämligen senkommet: eftersom man nästan bara tar hand om personer som redan är sjuka förefaller uppgiften att arbeta förebyggande inte så meningsfull. Tabell 2 är ett försök att sammanfatta några skäl till varför preventionen har en så svag ställning inom hälso- och sjukvården. Förutom att många av preventionens budskap är tydliga regelsättare för ett hälsosamt leverne så är det bekymmersamt att i det enskilda mötet med patienten göra så mycket. Anställda inom hälso- och sjukvården, särskilt läkare, har stort fokus på behandling i sin utbildning. Man saknar djupare kunskap om hur man övertygar och motiverar patienter om livsstilsförändringar, och åtgärder av mer social karaktär ligger oftast utanför behandlingsrummets möjligheter. Att behandling människor är tacksamt eftersom resultatet i många fall syns, medan att förebygga i bästa fall leder till att man inte ens uppmärksammat de risker man eljest skulle ha varit utsatt för.

Och ändå glömmet vi ofta bort att ingen sjukdom har utrotats genom behandling – bara genom förebyggande insatser kan vi nå det målet.

**Tabell 2** Tänkbara förklaringar varför prevention prioriteras framför behandling

**Varför prioriteras behandling framför prevention?**

Behandling	Prevention
• Aktiv	• Passiv
• Säga ja	• Säga nej
• En profession	• Samarbete
• Resultatet syns	• Resultatet syns inte
• Akut	• Kan vänta
• Rör en viss person	• Rör ett kollektiv

Sammanfattningsvis kan man konstatera att det förebyggande arbetet inte står så högt i hälso- och sjukvårdens praktik, men lagstiftningen på denna punkt inte heller varit särskilt tydlig. Om det finns en oklarhet beträffande statens vilja och ambitioner beträffande det förebyggande arbetet, är det rimligt att detta avspeglar sig i sjukvårdshuvudmännens praxis.

Socialstyrelsen ägnar betydligt mer tid åt tillsyn av sjukvården än hälsovården. Samtidigt kan man säga att hälsovården på ett mycket tydligare sätt är en fråga för politiker än sjukvården, som i stor utsträckning styrs av professionella och vetenskapliga kriterier. Missköter man sjukvården uppstår ganska snabbt ett missnöje i befolkningen. Missköter man det förebyggande arbetet så föranleder det inte alls kritik i samma utsträckning. Traditionellt ställs också större krav på evidens då det gäller preventiva metoder än då det gäller terapeutiska tekniker. Vi tolererar en viss grad av biverkningar vid behandling, men förebyggande insatser måste vara fria från sådana.

## Vad göra

Lagstiftningen vad gäller förebyggande arbete kan skärpas. Det tycks vara så att om man inte kan bota en sjukdom så satsar man betydligt mer på att förebygga. De stora resurser som lades på att förhindra spridning av HIV och aids i början av 1980-talet är ett exempel på detta. Men motsatsen gäller också: när man väl kan bota blir intresset för prevention betydligt lägre, det gäller inom sjukvården såväl som bland allmänheten. Det är inte säkert att prevention i alla lägen är bättre och mer kostnadseffektivt än behandling, men i vissa sammanhang är det så. Och vi har i dag goda hälsoekonomiska verktyg för att faktiskt peka ut områden där preventionen gör större nytta än behandlingen.

Med kravet på ökande preventiva insatser hos sjukvårdshuvudmannen bör också följa bättre tillsyn och utvärdering av det förebyggande arbetet. Att ha missat en cancerdiagnos är i dag klandervärt, men att ha försummat att tillämpa evidensbaserade preventiva tekniker uppfattas sällan som något större missgrepp. Tekniken att genom ett studium av dödsorsaksdiagnoser fastställa graden av onödiga dödsfall (möjliga att förhindra antingen genom förebyggande insatser eller genom behandling) kan utvecklas. Medan den sjukvårdsrelaterade åtgärdbara dödligheten minskar, både vad gäller den absoluta nivån och skillnader mellan olika sociala grupper, så går det åt rakt motsatt håll för de sjukdomar som kan förebyggas<sup>16</sup>. Antalet personer som dör i sådana förebyggbara sjukdomar blir allt fler, samtidigt som de socioekonomiska skillnaderna ökar. Detta borde vara en utmaning för både staten och sjukvårdshuvudmännen.

Landstingen är i flertalet fall inte den främsta aktören vad gäller förebyggande insatser – det nationella folkhälsomålet och de olika målområdena pekar mer detaljerat ut vem som kan göra vad i syfte att förbättra folkhälsan. Men landstingen är den viktigaste kunskapskällan för vad som just nu är de stora problemen och de förhållanden som borde ändras till förmån för en bättre folkhälsa. Försök till samarbete mellan olika departement har tidigare gjorts, men inte visat sig uthålliga. Här finns det anledning att ta nya initiativ.

---

<sup>16</sup> SKL, Folkhälsoinstitutet & Socialstyrelsen. Öppna jämförelser 2009. Folkhälsa. Stockholm 2009.



Den nationella folkhälsokommittén som lämnade sitt slutbetänkande 2000<sup>17</sup> föreslog instiftandet av en särskild folkhälsolag. Lagen skulle ge landsting och kommuner ett lagstadgat ansvar för att främja folkhälsan. Som ett led i detta arbete skulle en folkhälsoplan upprättas och fastställas av fullmäktige. På detta sätt lyfte man fram både vikten av det förebyggande arbete, men pekade också på att inte bara landstingen utan även kommunerna var en viktig aktör för folkhälsan. Förslaget om en folkhälsolag kom dock aldrig till något förverkligande.

## Jämlik hälsa och jämlik vård

Om man gör distinktionen mellan olikhet och ojämlikhet kan man konstatera att medan olikhet är en beskrivande term som påpekar skillnader mellan t.ex. grupper i samhället (t.ex. män är längre än kvinnor) så är ojämlikhet en skillnad som är normativ, dvs. i något avseende är olikheten orättvis (t.ex. om män tjänar mer än kvinnor i samma yrke).<sup>18</sup> All ojämlikhet representerar olikhet, men all olikhet är inte ojämlik. Det ligger alltså i sakens natur att vad som är orättvist kan variera beroende på vem som gör bedömningen. Det råder en tämligen bred samstämmighet om att skillnader i hälsa beroende på bostadsord är ojämlik, medan det förhållandet att äldre människor är sjukare än yngre, ofta accepteras som en olikhet utan att för den skull uppfattas som orättvis.

I Hälso- och sjukvårdslagen slår man fast att det första prioriteringskriteriet för vården är det medicinska behovet: "Vården skall ges med respekt för alla människors lika värde och för den enskilda människans värdighet. Den som har det största behovet av hälso- och sjukvård skall ges företräde till vården."<sup>19</sup>

Samtidigt har en rad studier har under senare år visat på vad som identifierats som "ojämlikhet", såväl vad gäller hälsan i stort som då det handlar om vårdens insatser.

---

<sup>17</sup> Nationella folkhälsokommittén. Hälsa på lika villkor – nationella mål för folkhälsan. Slutbetänkande. Stockholm: Fritzes 2000 (SOU 2000:91).

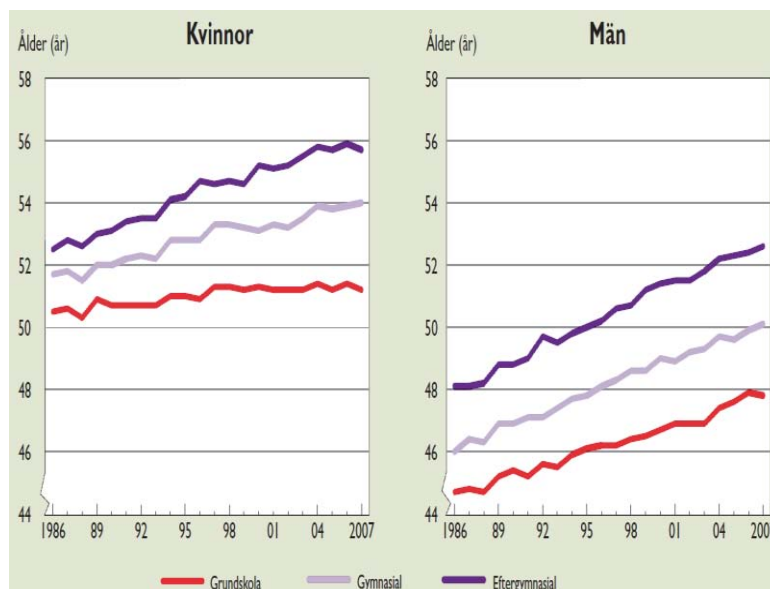
<sup>18</sup> Janlert U. Olik eller ojämlik hälsa? Socialmedicinsk tidskrift 2001;77(3):197-201.

<sup>19</sup> SFS 1997:142.

## Olikhet hälsa

Skillnaderna i hälsa illustreras av figur 2 som visar den sannolika återstående medellivslängden vid 30 års ålder bland kvinnor och män för perioden 1986–2007.<sup>20</sup>

**Figur 2 Sannolik återstående medellivslängd vid 30 års ålder**



Det är tydligt att medellivslängden skiljer sig beroende på utbildningens längd, men också att skillnaden ökar särskilt bland kvinnor. År 1986 är den cirka två år bland kvinnor (drygt tre år bland män) och 2007 har den stigit till drygt fyra år bland såväl kvinnor som män. Utvecklingen i Sverige är här helt i linje med många andra västeuropeiska länder. I England och Wales, med möjlighet till socioekonomisk gruppering av dödsorsaker sedan 1800-talet, är utvecklingen densamma sedan mitten av 1930-talet: medellivslängden ökar, men skillnaden mellan de med högst och lägst status blir allt större.<sup>21</sup>

Orsaken till att det finns sociala skillnader brukar antingen förklaras av skillnader i yttre levnadsbetingelser eller skillnader i

<sup>20</sup> Folkhälsorapport 2009.

<sup>21</sup> Drever F. Whitehead M. Health inequalities. Office for National Statistics, Series DS No. 15. London: The Stationary Office, 1997.

omsorg om sin egen hälsa, eller så kan skillnaderna bero på sämre tillgång till vård. Den senare förklaringen får dock inget stöd i brittiska data, eftersom ökningen av de sociala klyftorna i England och Wales sammanfaller med införandet av den nationella hälso- och sjukvården vid slutet av andra världskriget, National Health Service, som gav alla – oavsett ekonomiska förhållanden – en tämligen likvärdig vård.

Svårare än att förklara de sociala skillnaderna är att förstå varför dessa ökar. En förklaring skulle vara att selektionen till olika socioekonomiska grupper skulle bli mer uttalad – arbetare i dag är ur flera synpunkter en mer homogen grupp än den var för några år sedan. I mitten av 1980-talet utgjorde de med enbart grundskola cirka 40 procent av befolkningen – drygt 20 år senare hade denna andel halverats<sup>22</sup>. En annan förklaring har med det förändrade sjukdomspanoramats att göra. En åldrande befolkning innebär att inslaget av kroniska sjukdomar som cancer, diabetes och hjärt-kärlsjukdomar blir allt större. Sådana sjukdomar byggs upp under lång tid, och påverkas i större grad än t.ex. infektionssjukdomar av hälso-beteendet, som tydligare kopplas till socioekonomiska förhållanden. En tredje förklaring skulle kunna vara att olika grupper tenderar att använda sig av hälso- och sjukvårdens tjänster i olika hög grad, och att hälso- och sjukvården i dag kan bidra till bättre hälsa och längre livslängd i betydligt större utsträckning än tidigare.

## Ojämlig vård

Medan skillnader i hälsa kan förklaras av faktorer på olika nivåer, blir skillnader i vård mer direkt ett ansvar för hälso- och sjukvården. Just ojämlig vård – dvs. vård som avviker från principen att det är det medicinska tillståndet som skall avgöra vårdens art och omfattning – har under det senaste året stått i fokus, där aktörer som Socialstyrelsen och Sveriges kommuner och landsting tagit olika initiativ.<sup>23</sup>

Figur 3 och 4 visar på två aktuella exempel. Figur 3 redovisar överlevnad i bröstcancer 10 år efter diagnos bland kvinnor.<sup>24</sup> Det är

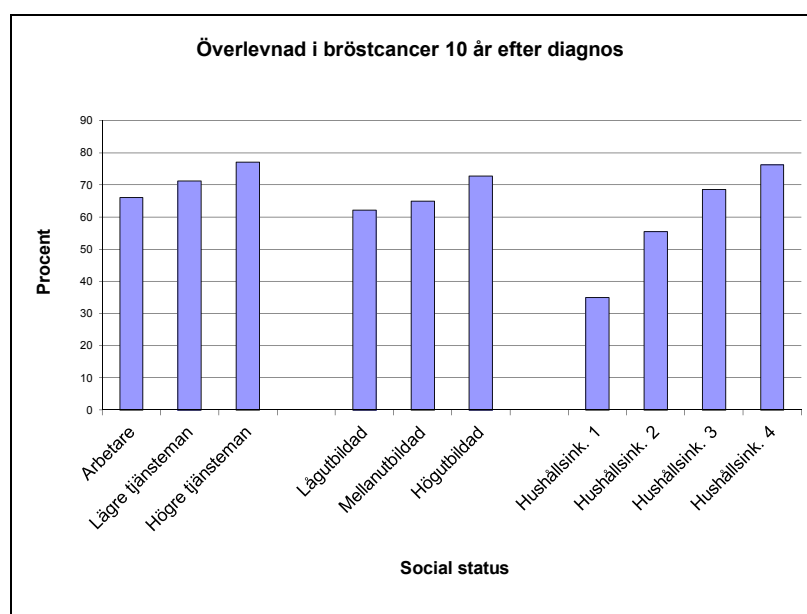
<sup>22</sup> Statens folkhälsoinstitut. Folkhälsopolitisk rapport 2010: framtidens hälsa – allas ansvar. Östersund: Statens folkhälsoinstitut, 2010.

<sup>23</sup> Se t.ex. Diaz A. Vård på (o)lika villkor. Stockholm: SKL 2009.

<sup>24</sup> Halmin M et al. Long-term inequalities in breast cancer survival – a ten year follow-up study of patients managed within a National Health Care System (Sweden). *Acta Oncologica* 2008;47:216-24

uppenbart att oavsett vilket sätt vi än mäter social status på (yrke, utbildning eller ekonomi) så är de med låg position, kort utbildning och låg inkomst förfördelade med avseende på överlevnad. Vad beträffar hushållinkomsten så är det mer än dubbelt så många i den högsta kvartilen av hushållsinkomst som överlever 10 år jämför med den lägsta kvartilen. Visserligen kan man tänka sig att senare diagnos skulle vara en förklaring (välutbildade kvinnor antas få sin diagnos och komma till behandling tidigare), men bröstcancer bland kvinnor tillhör en av få diagnoser som är vanligare i högre socioekonomiska grupper än lägre – i nästan alla andra fall (grovtarmscancer och malignt melanom är andra undantag) är den sociala gradienten mycket ensartat till nackdel för de med kort utbildning, låg inkomst och låg status.

**Figur 3** Tioårsöverlevnad i bröstcancer bland kvinnor

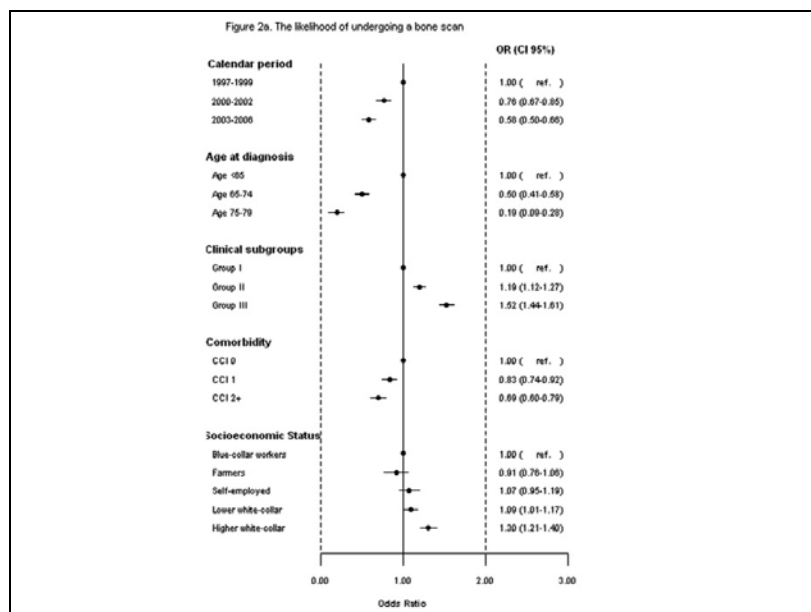


Figur 4 redovisar sannolikheten (redovisad som oddskvot) att få genomgå ett scintigrafi (röntgenundersökning med insprutning av kontrastvätska) för att studera förekomst av eventuella dottertumörer hos personer som har prostatacancer.<sup>25</sup> I analysen visar man

<sup>25</sup> Berglund A et al. Differences according to socioeconomic status in the management and mortality in men with high risk prostate cancer. *European Journal of Cancer*, ahead of publication.

att sannolikheten är lägre att man genomför en scintigrafi ju senare undersökningen genomförts, ju äldre personen är och ju fler andra sjukdomar man har samtidigt, samtidigt som sannolikheten ökar om sjukdomens allvarlighetsgrad är högre (kliniska subgrupper). Även om man tar hänsyn till alla dessa förhållanden så är sannolikheten större att man erbjuds en scintigrafi om man är tjänsteman än om man är arbetare eller lantbrukare. Den socioekonomiska skillnaden kan alltså inte förklaras av t.ex. ålder eller sjukdomens svårighetsgrad.

**Figur 4** Sannolikheten att få genomgå en röntgenundersökning (scintigrafi) hos män med prostatacancer



### Vad beror skillnaderna på?

Frågan är hur man kan förklara och förstå dessa skillnader? En serie förklaringar som använts är den s.k. tillgänglighetstrappan.<sup>26</sup>

Det första trappsteget handlar om formella hinder, t.ex. att alla inte har rätt till subventionerad vård (ett aktuellt exempel är de s.k. papperslösa patienterna). Ett andra trappsteg handlar om geogra-

<sup>26</sup> Dahlgren G, Whitehead M. A Framework for Assessing Health Systems from the Public's Perspective: The ALPS Approach. *Int J of Health Services*, 2007;37(2):363-78.

fiska hinder – långa avstånd, såväl geografiskt som socialt. Ekonomiska hinder utgör ett tredje trappsteg, där personer med små ekonomiska marginaler eller familjer med många barn har högre trappsteg än de mer välsituerade. Tidsmässiga hinder och kunskapsmässiga hinder utgör ytterligare steg i tillgänglighetstrappan.

Väl inne i sjukvården fungerar dessutom andra mekanismer. Följsamhet gentemot behandlingen, involvering av patienten i behandlingen och patienternas benägenhet att fråga och ställa krav på vården kan vara mekanismer som förklarar att de med de bästa sociala och ekonomiska förutsättningarna gynnas.

Till detta kommer motsägelser i själva regelverket för vården. Under senare år har vårdens tillgänglighet stått i fokus och en rad initiativ har tagits för att korta köerna och öka tillgängligheten. Detta har dock skett utan hänsyn till den främsta prioriteringsprincipen inom sjukvården, nämligen den att det är patientens medicinska behov som i första hand skall styra prioriteringen. Vårdgarantier och vårdval hotar genom sin konstruktion att sätta denna prioriteringsprincip ur spel. Det har tidigare påpekats i forskningsrapporter<sup>27</sup>, och alldeles nyligt genom ett uttalande från Prioriteringscentrum i Linköping.<sup>28</sup>

## Vad göra?

De strukturella mekanismer som genererar ojämlik hälsa är sannolikt frågor som inte kan lösas genom förändringar i vård- och omsorgssystemen. Men inom vården, påverkbar genom lagstiftning, ekonomiska incitament och goda förebilder, kan ändå förändringar göras som kan påverka ojämlikheten.

De som arbetar i vården är ofta obekanta med de sociala gradienterna som finns i hälsa och vård. För att ta fram information liknande den i figur 3 och 4 krävs omfattande forskning. Våra journalsystem och våra register innehåller sällan den information som behövs för att t.ex. rutinmässigt fördela befolkning och patienter i olika socioekonomiska skikt så att skillnaderna blir uppenbara. Inte ens vårt dödsorsaksregister innehåller en användbar yrkeskod. Och det var över 20 år sedan den senaste folk- och bostadsräkningen

<sup>27</sup> Karlberg HI, Brinkmo BM. The unethical focus on access: a study of medical ethics and the waiting-time guarantee. *Scand J Public Health* 2009;37:117-121.

<sup>28</sup> Lövtrup M. Statens styrprinciper kan strida mot prioriteringsplattformen. *Läkartidningen* 2011;108 (42):2010.

genomfördes i Sverige, från vilken mycket basdata för forskning hämtades. I kliniska sammanhang känns det omotiverat att fråga efter inkomst och utbildning när patienter söker för olika krämpor – möjligen kan man fråga efter yrke, eftersom koppling till yrke i många fall är relevant för att ställa diagnos och föreslå behandling. Men de sjukaste grupperna i samhället, barnen och de gamla, har inga yrken. Ett journalsystem som i sin basstruktur redan innehåller t.ex. uppgift om patientens utbildning skulle göra det möjligt att även på enskilda vårdcentraler, kliniker och sjukhus kunna studera den egna praktiken och hur den förhåller sig till den jämlika vården.

## Problemen hänger ihop

Vad som hänt och vad som utgör en av de stora utmaningarna inom hälso- och sjukvården är de stora framgångar som framför allt den behandlande vården vunnit inom vissa områden. Nya diagnostiska och terapeutiska tekniker, inte minst läkemedelsbehandling, har inneburit att en mängd sjukdomar och besvär som tidigare inte varit tillgängliga för terapi nu är det. Detta sker dock på bekostnad av en ständigt högre sjukvårdsnota. Den utmaning om en allt dyrare sjukvård som kan skönjas har mötts på två olika sätt, varav ökad satsning på prevention är den ena. Den andra handlar om en ökad individualisering av hälsan: människor görs i allt större utsträckning ansvariga för sin egen hälsa och vilket också gör att krav och förväntningar på sjukvården kan tonas ner.<sup>29</sup> En ökad individualisering riskerar också att öka de sociala klyftorna.<sup>30</sup> Vissa dyrbara behandlingar och läkemedel bekostas inte längre av det allmänna. Läkemedelsnotan har visserligen flyttats från staten till landstingen, men regleringen av vilka mediciner som skall subventioneras bestäms av en nationell myndighet, Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket.

Att fokus i ännu högre grad flyttas från att förekomma till att efterkomma torde knappast minska hälso- och sjukvårdens kostnader. Att klyftorna i hälsa och klyftorna i vården ökar kan enligt

---

<sup>29</sup> Michailakis D, Schirmer W. Agents of their health? How the Swedish welfare state introduces expectations of individual responsibility. *Sociology of health and illness*, 2010, 32(6):930-47.

<sup>30</sup> Pollock A et al. No evidence that patient choice in the NHS save lives. *Lancet* 2011 Oct 7. Epub ahead of print.

vissa forskare också öka kostnaderna<sup>31</sup>, och är dessutom en utveckling stick i stäv med vad så gott som alla politiska partier i dag säger sig eftersträva.

---

<sup>31</sup> Woodward A, Kawachi I. Why reduce health inequalities? J Epidemiol Community Health 2000;54:923-9.



## Statlig styrning utifrån bästa kunskap och brukares makt

Magnus Karlsson, Ersta Sköndal högskola

Direktiverna för statens vård- och omsorgsutredning har kortfattat varit att föreslå ett effektivt och mer långsiktigt hållbart vård- och omsorgssystem, genom att: 1) klarlägga myndighetsstrukturen och ansvarsfördelningen (bl.a. identifiera ”överlapp” och problem), 2) särskilt fokusera kunskapsstyrning samt ansvaret för att säkerställa regel- efterlevnad, 3) särskilt analysera och granska Socialstyrelsens uppdrag, funktion och ändamålsenlighet i vård- och omsorgssystemet, samt att 4) föreslå en plan för genomförande. I utredningens arbete adresseras följande frågor:

- Vilka är de viktigaste utmaningarna på området som staten bör ha förmåga att hantera?
- Vilka principer/riktlinjer bör vägleda statens sätt att styra och organisera detta område?
- Vilka faktorer påverkar den statliga styrningen och statens roll på området?

I föreliggande text fokuseras särskilt de utmaningar som vård- och omsorgssystemen står inför när det gäller *psykisk ohälsa*. I första hand diskuteras den närmast klassiska svårigheten för landsting och kommuner (som präglas av medicinsk respektive social/samhällsvetenskaplig kunskap) att samverka på psykiatriområdet. Efter en inledande presentation av fältet diskuteras möjligheterna för staten att tydligare styra samverkan mellan de lokala aktörerna i första hand utifrån ”bästa kunskap”, och med hänsyn tagen till de brukarinitiativ som finns.

## En bakgrund

I nedanstående görs inget försök av avgränsa eller definiera psykisk ohälsa. Grovt kan sägas att det är vidare än det diagnosorienterade psykisk sjukdom, och fokuserar inte nödvändigtvis samspelet mellan individ och omgivning på samma sätt som psykisk funktionsnedsättning. Ändå är det många gånger situationen kring de personer med svårare psykisk ohälsa som åsyftas i texten. Det framträder redan i nedanstående rubriker.

## Avinstitutionalisering och Psykiatrireform

Historien om den svenska psykiatrins framväxt och utveckling har nästan blivit en berättelse i sig. I fallet för denna text är Lindqvists, Markströms och Rosenbergs (2010) beskrivning av utvecklingen särskilt relevant. Den bygger i viss utsträckning på Markströms (2003) doktorsavhandling om psykiatrireformen och dess implementering – en text som också finns anledning att återkomma till.

Under slutet av 1960-talet övergick huvudmannskapet för de dåvarande mentalsjukhusen från staten till landstingen. I likhet med utvecklingen i övriga Västeuropa så var ambitionen i Sverige att de stora mentalsjukhusen skulle avskaffas, och ersättas med lokala och öppna vårdalternativ. Redan tidigt diskuterades de lokala aktörernas samarbete: vilken roll skulle socialtjänsten ha i förhållande till landstingen och till psykiatrin?

Under slutet av 1970-talet början av 1980-talet minskade antalet slutenvårdsplatser i Sverige från 35 000 till 20 000, och i stället fokuserades öppenvårdslösningar. 1987 lades det första svenska mentalsjukhuset ner. Men fortfarande under slutet av 1980-talet var de sociala insatserna för personer med psykisk ohälsa begränsade, och det höjdes röster för att kommunerna måste göra mer. Samtidigt argumenterades för att psykiatrin skulle släppa taget om sina färdigbehandlade patienter. Diskussionen mynnade ut i att en parlamentarisk kommitté tillsattes i syfte att föreslå en förbättrad vård och service till personer med psykisk ohälsa. Kommitténs arbete sammanfattades bland annat i en slutrapport (SOU 1992:73). ”Det handlade inte längre om att enbart fokusera på psykiatriska symtom och behov av psykiatrisk behandling”, kommenterar Lindqvist, Markström och Rosenberg (2010 s. 32) arbetet, ”utan nu skulle även den

sociala behovsbilden och de sociala konsekvenserna av den psykiska störningen beaktas, dvs. funktionshindret.”

Utifrån det arbete som gjordes presenterade regeringen en proposition 1994 (prop. 1993/94:218) där ett av de viktigaste inslagen var förtydligandet av socialtjänstens ansvar för personer med psykiska funktionsnedsättningar. Genom lagändringar, men framför allt genom ”en strategi med tonvikt på styrning genom *ekonomisk stimulans* och delvis genom *ideologi*” (Lindqvist, Markström och Rosenberg (2010 s. 33, kursiveringar i original), skulle den beslutade nyordningen realiserats. I detta blev Socialstyrelsen en central aktör.

Hur gick det då? Mycket kortfattat kan konstateras att psykiatrireformen ofta setts som ett misslyckande. Markström (2003), som följt reformens implementeringsprocess, skriver att:

En vanlig uppfattning om psykiatrireformen är att den är ett misslyckande /.../ Min slutsats är att implementeringen av reformen har varit svår, men att den långt ifrån kan klassas som ett misslyckande – därtill är de positiva erfarenheterna alltför många. Emellertid måste många av framstegen tillskrivas de tillfälliga stimulansmedlen. Det långsiktiga utfallet avgörs till stor del av hur uthålliga de tidiga initiativen visar sig vara.

(s. 321 f.)

För denna framställning är citatets sista meningar av särskild betydelse; det fanns anledning att ställa sig tveksam till uthålligheten hos de betydande satsningar som gjordes. En sådan tveksamhet kommer också till uttryck i bakgrunden till Nationell psykiatrisamordnings slutrapport (SOU 2006:100 s. 90) där man i en tillbakablick konstaterar att problemen ”... uppstod när den externa finansieringen tog slut – då sviktade även viljan till ett gemensamt ansvarstagande. Ett vanligt scenario var att aktörer som psykiatrin och försäkringskassan drog sig ur projekten och lämnade socialtjänsten kvar med ansvar för att driva rehabiliteringsverksamheten vidare”. I samma text noteras också att psykiatrireformen alltför enträget fokuserade samverkan mellan kommuner och landsting, och lade liten vikt vid de statliga myndigheternas roller.

## Nationell psykiatrisamordning

I slutet av 2003 tillkallade regeringen en nationell psykiatrisamordnare. Anledningen var bland annat ett antal i pressen uppmärksammade händelser där personer med psykisk ohälsa begått svåra våldsbrott, däribland attacken på Sveriges dåvarande utrikesminister Anna Lindh.

Psykiatrisamordnarens uppgift var:

... att se över frågor som rör arbetsformer, samverkan, samordning, resurser, personal och kompetens inom vård, social omsorg och rehabilitering av psykiskt sjuka och psykiskt funktionshindrade. /.../ Samordnaren ges vidare i uppdrag att tillsammans med kommuner, landsting och berörda statliga myndigheter formulera strategier för kvalitetsutveckling för att samordna och stärka utvecklingsarbetet.

(dir. 2003:133)

Till psykiatrisamordnare utsågs Anders Milton, vars treåriga uppdrag så småningom sammanfattades i slutrapporten *Ambition och Ansvar* (SOU 2006:100). I denna slutrapport gjordes bedömningen när det gäller statens roll:

Psykiatrisamordningen anser att innehållet och kvaliteten i insatserna generellt är för låg och att det finns stora skillnader över landet. Detta aktualiserar frågan om hur förhållandet mellan staten och kommuner och landsting ska utformas. Det finns enligt Psykiatrisamordningens uppfattning behov av en nationell styrstrategi för det psykiatriska området.

(SOU 2006:100 s. 489)

I diskussionen för att komma till rätta med situationen listade psykiatrisamordnaren (SOU 2006:100) åtta principiella ställningstaganden. Den statliga styrningen skulle:

- Uttrycka engagemang och politisk vilja
- Ha ett medborgarperspektiv
- Vara flexibel och målinriktad
- Tydliggöra berörda huvudmäns gemensamma ansvar
- Bidra till en tydlig rollfördelning
- Ske gemensamt – över sektorsgränserna
- Vara långsiktig

- Stärka den enskildes ställning

I föreliggande text är inte minst den punkt som rör medborgarperspektiv av betydelse. Där skrivs att den statliga styrningen "... ska bidra till att det är den enskildes behov och den befintliga kunskapen om verksamma metoder, som styr vilka insatser som erbjuds." (s. 490) Också flera av de följande punkterna rör samma två teman – brukarinflytande och kunskaps-/resultatstyrning.

Men naturligtvis är också den punkt som lyfts fram och som rör huvudmännens gemensamma ansvar av betydelse för vad som här diskuteras. I slutrapporten (SOU 2006:100) diskuteras för- och nackdelar med den statliga styrningen. Å ena sidan måste beslut fattas lokalt och utifrån det enskilda fallet, men å andra sidan är det inte rimligt att skillnaderna mellan olika lokala miljöer är för stora när det gäller insatser. I diskussionen hänvisas till det så kallade Patient-, brukar- och anhörignätverkets krav (som bildades delvis för att den nationelle psykiatrisamordnaren på ett enkelt och samlat sätt skulle kunna samtala med representanter från den frivilliga sektorn, och som kom att benämnas NSPH). Nätverket skriver i sin text till nationell psykiatrisamordning att "... staten lagstiftningsvägen ska sätta press på kommuner och landsting att bättre leva upp till sitt delade huvudmannaskap." (Så vill vi ha det 2006 s. 35) Nationell psykiatrisamordning avslutar diskussionen i frågan i sin slutrapport med att konstatera att det lokala handlingsutrymmet måste balanseras mot kommunernas och landstingens skyldigheter att använda detta utrymme.

När Lindqvist, Markström och Rosenberg (2010) summerar utvecklingen på området, och också inkluderar de som skedde som en följd av psykiatrisamordningen, ser de fortfarande en frånvaro av en enhetlig policy på området, och "en situation där staten styr – men ändå inte..." (s. 41).

### **De frivilliga organisationerna och de privata företagen – ytterligare aktörer**

Även om statens relation till kommunerna och landstingen fokuseras i diskussionen på området, så finns det i dag aktörer såväl inom den ideella som inom den privata sektorn som finns anledning att inkludera i diskussionen. Redan i den utredning som låg till grund för psykiatrireformen gavs två av landets då mest inflytelserika

frivilligorganisationer på psykiatriområdet möjlighet att bidra med en egen text – som sedan kom att ha betydelse för det fortsatta frivilligarbetet på området. Även i det senare arbetet kring nationell psykiatrisamordning inkluderades de frivilliga organisationerna, denna gång ett femtontal. De fick stöd i att bilda den gemensamma paraplyorganisation på nationell nivå (NSPH) som presenterats i ovanstående.

De frivilliga organisationerna på psykiatriområdet har i dag en något oklar roll. Traditionellt har de setts som intresseorganisationer, men på senare år har det blivit allt viktigare för dem att också vara utförare av stöd och service – ofta utifrån ett kontraktsförhållande med en offentlig vårdgivare. De har möjligen gått mot något som i forskningslitteraturen kallas hybridorganisationer (Meyer 2010, Billis 2010, Markström och Karlsson inskickad) vilka kännetecknas av att i betydande delar vara såväl ”röst”- som ”service”-organisationer. Markström och Karlsson (inskickad) visar dock att en betydande verksamhet i RSMH, den största och traditionellt mest inflytelserika frivilligorganisationen på psykiatriområdet, fortfarande är den småskaliga kamratverksamheten.

När det gäller den privata sektorn så har ett antal större vårdföretag etablerat sig som utförare på psykiatriområdet, och har dessutom blivit så starka att de också kan förväntas ha åsikter på policynivå. Det förekommer att vårdföretagen skapar sina egna brukarprojekt för att fånga upp brukares uppfattningar och önsknings.

## Utmaningar inför 2025 – identifierade 1970

Vilka är då utmaningarna som det framtida arbetet på psykiatriområdet står inför när det gäller statens roll? Enkelt uttryckt är det samma utmaningar som har funnits ända sedan staten lämnade sitt inflytande på området, och de stora mentalsjukhusen ersattes av lokala initiativ. Hur ska staten få till en rimlig och godtagbart jämn kvalitet på de lokala initiativen? Hur är det möjligt att få till en samordnad om än inte centralstyrd vård och omsorg för personer med psykisk ohälsa? Hur ska de olika lokala offentliga aktörerna förmås att samverka?

Till detta ska läggas att det omgivande landskapet blivit mer komplext: staten och det offentliga förväntas i dag samspela med privata och ideella aktörer på området. Vilken roll ska till exempel RSMH ha lokalt och centralt när det gäller att diskutera insatser till

målgruppen? Hur ska staten – som tidigare haft svårt att koordinera de lokala offentliga insatserna på området – nu förhålla sig till dess nytillkomna aktörer?

En förutsättning som också förändrats de senaste årtiondena är den kunskapsproduktion och -spridning som varit en följd bland annat av utbildningssatsningar och nya medier. Där det tidigare funnits en tydlig gräns mellan professionella ”givare” med en väl definierad och gemensam kunskapsbas å ena sidan, och ”mottagare” – lekmän med oftast begränsad mer generell kunskap – å andra sidan, så är situationen i dag även på detta område mer komplex. I dag finns på psykiatriområdet – kanske mer än på många andra områden – en flora av olika behandlingsmetoder som alla har sina respektive förespråkare, och som i olika utsträckning har stöd i forskning. Till detta kommer den erfarenhetsbaserade kunskap som personer med psykisk ohälsa själva har, och som delas (och därigenom får mer generell karaktär) i brukarorganisationer, självhjälsgrupper och genom nya medier. Samtidigt kräver nästan samtliga parter på området större transparens när det gäller kunskap: brukarna ska känna till de metoder som används, vara delaktiga i sin egen behandling och metoderna ska dessutom ha stöd i forskningen. Vilken roll kan och ska staten ha här när det gäller att peka ut, uppmuntra och kanske till och med föreskriva vissa typer av metoder eller förståelser av brukares situation? Vilken roll ges de privata företagen i detta?

Sammanfattningsvis kan konstateras att de utmaningar som staten brottats med på psykiatriområdet – att styra och leda mjukt eller hårt – är desamma som de varit i årtionden, men vuxit i komplexitet i takt med att fler aktörer och mer kunskap tillkommit.

## **Statlig styrning och kommunalt självbestämmande – hinder och vägar**

En knäckfråga på området är således huruvida staten ska styra i första hand med morot (mjukstyrning) eller piska (hårdstyrning). Ska goda initiativ premieras, eller ska undermåliga kritiseras? Rimligen bör det alltid handla om en kombination av dessa två, men det har i ovanstående konstaterats att det förra har varit dominerande under lång tid, och att detta möjligen inte varit tillräckligt. En återkommande slutsats är att statens stimulerande insatser haft goda eller åtminstone hyggliga resultat så länge de pågått, men att de kvardröjande positiva effekterna lyst med sin frånvaro. I många fall efterfrågas i

stället en större tydlighet från staten, något som troligen uteblivit åtminstone delvis på grund av tanken på det kommunala självstyret. Hur kan detta förstås?

Maycraft Kall, som jämfört den statliga styrningen på psykiatriområdet i Sverige och England. Hon ser hårdstyrning framför allt som styrning genom lagstiftning, och mjukstyrning som påverkan genom information och utbildande insatser. Som en typ av ”mediumstyrning” anger hon ekonomiskt stöd. När det gäller skillnaden mellan svenska och engelska förhållanden konstaterar hon att:

England has used centralised, top-down steering and control mechanisms over policy, finance and staffing, perhaps reflecting the greater central power and weaker powers of local authorities in England. /.../ In Sweden, ironically, pump-priming government finance created difficulty in mental health reform and services failed to become consolidated as mainstream local political priorities while they were run as temporary projects. The government provided only framework legislation, allowing authorities to formulate implementation strategies.

(Maycraft Kall 2008 s. 148)

I sin avhandling (2010) presenterar Maycraft Kall bland annat en tanke om att England gått mot hårdstyrning som ett led i att man sett personer med psykisk ohälsa som en risk i samhället, och därmed i delar kopplat psykisk ohälsa till kriminalitet medan man i Sverige framför allt fokuserat de medicinska aspekterna – vilket talat för en fortsatt mjukstyrning.

### **Den mjukstyrning som varit**

Den psykiatrireform som trädde i kraft 1995 byggde på en skatteväxling från landsting till kommuner och betydande stimulansmedel från staten. Dock var förändringarna i lagstiftningen små. Där fanns höga ambitioner kring valfrihet, integritet, normalisering och rättigheter för den enskilde. Ändå var målsättningarna med de omfattande stimulansmedel som delades ut:

Här skapades incitament för kommuner och landsting att agera, med andra ord en form av ekonomisk styrning. Budskapet var förvånansvärt öppet: Gör någonting bra av pengarna!

(Markström 2003 s. 179)



Detta skulle med Maycraft Kalls ord vara mjuk- eller mediumstyrning. Också när de styrmedel som användes av Nationell psykiatrisamordning var av denna art. Lindqvist, Markström och Rosenberg (2010) konstaterar att den direkta styrningen (hårdstyrning) varit liten, och att styrning via kunskapspridning och policyarbete (mjukstyrning) hör till bilden.

### Central kunskap och lokalt arbete

I Nationell psykiatrisamordnings slutrapport (SOU 2006:100) talas om kunskapsstyrning som något att eftersträva. Det skrivs att:

Nationell psykiatrisamordning menar att den statliga styrningen på psykiatrins område ska vara flexibel och resultatriktad. Det innebär att på längre sikt är styrningsmetoder som ekonomiskt stöd kopplat till vad insatserna åstadkommer för medborgarna, öppna och jämförbara redovisningar av insatsernas resultat på olika platser i landet, metodstöd och en aktiv tillsyn, att föredra framför detaljreglering i lagstiftningen. Dessa styrningsmetoder skulle innebära en kombination av kunskapsstyrning och resultatstyrning, och hindrar inte att tydliga mål och en klar ansvarsfördelning anges i lagstiftningen.

(SOU 2006:100 s. 490)

Det finns rimligen en spänning mellan den internationella forskningsfronten, den nationella tolkningen och den lokala praktiken (se t.ex. Oscarsson 2009). På psykiatriområdet finns ett antal metoder identifierade som god evidensbaserad praktik, och på Socialstyrelsen pågår ett arbete med att identifiera och värdera sådana nationellt. Ett grundläggande problem med dessa metoder är ofta att de inte prövats under svenska förhållanden (i många fall är de amerikanska eller brittiska), och inte alltid på de målgrupper som är aktuella i Sverige. Men hur färgar det arbetet på lokal nivå?

På psykiatriområdet finns också en ytterligare komplikation när det gäller forskning och professionell kunskap: kunskapen härstammar såväl från medicinen som från samhällsvetenskapen. Medan landstingens verksamheter på området ofta färgas av den förra, så färgas kommunens och socialtjänstens arbete av den senare. Kan och ska staten medverka till att föra dessa typer av kunskap – och den praktik som springer ur dem – närmare varandra?

I denna text tas som en utgångspunkt att varje brukare har rätt till service som är baserad på bästa tillgängliga kunskap. Även om det kan finnas lokala variationer som gör att samma typer av me-

toder inte är gångbara över hela Sverige, så är det rimligt att en sådan utgångspunkt talar för en inte alltför stor variation av insatser på det svenska psykiatriområdet. I stället är det rimligt att tänka sig att samordningsvinster kan göras genom att identifiera och utveckla kunskap om enskilda metoder på nationell nivå, även om de vid behov anpassas lokalt.

### **En ökad hårdstyrning utifrån specifika metoder?**

Är det då möjligt att hitta en väg som å ena sidan tar hänsyn till de argument som finns för att staten ska ha ett tydligt inflytande på psykiatriområdet i syfte att säkerställa en rimligt jämn kvalitetsnivå mellan kommunerna där den enskilde brukaren kan förvänta sig insatser utifrån bästa tillgängliga kunskap, och å andra sidan fortsatt respekterar det kommunala självstyret?

Ett förslag som nämnts, och som här ses som särskilt intressant, bygger på en hårdare variant av den mjukstyrning som fortfarande använts. Strategin skulle bygga på lågintensiva men mer långsiktiga och tydligt riktade stimulansinsatser på psykiatriområdet. I de satsningar som hittills gjorts så har staten i stor utsträckning gjort stora ekonomiska satsningar under begränsade tidsperioder för att stimulera goda initiativ från det lokala. som beskrivits har dessa satsningar fungerat väl för stunden, men inte i längden. De har ofta blivit storslagna projekt utan framtid. Dessutom har de förvisso bidragit till ”goda exempel” på området, men sällan knutit an till mer tydliga mål formulerade i samband med satsningarna. Skulle det i stället vara möjligt att från statens sida rikta sina stimulansmedel hårdare och under längre tid, så att de inte knöts till goda exempel som kunde uppfinnas i stunden, utan snarare till verksamheter som byggde tydligt på forskning och väl beprövad erfarenhet, som samlade de lokala krafter som fanns, och som följdes upp på ett handfast sätt i syfte att ytterligare förfina och sprida metoderna?

### **Nya aktörer – fria eller osäkra arenor?**

Men det svenska välfärdssamhället bygger inte bara på insatser från det offentliga. I stället görs en rad insatser i lokalsamhället av frivilliga organisationer (Markström och Karlsson, inskickad). Det förefaller också som att frivilliga organisationer och insatser inom den

ideella sektorn kan vara något som samlar aktörer från andra fält, framför allt kommuner och landsting. Möjligen utgör de frivilliga initiativen mer "neutrala" mötesplatser, där representanter från det lokala offentliga kan träda in i nya roller för ett ögonblick, och lägga av sig invanda rutiner och förhållningssätt?

Likaså finns ett antal privata utförare som tar plats på arenan. Staten har inte bara att hantera kommuner och landsting. Utan också statliga aktörer på fältet. Och frivilligorganisationer. Och ett ökande antal privata initiativ.

### **Staten och kapitalet**

I SOU 2011:65 konstateras att "nästan alla vi talat med ser en långsiktig trend mot en ökad andel av utlagt produktionsansvar, men skillnaderna mellan olika kommuner och landsting är stora och utvecklingen går olika fort." (s. 44). Det finns inget som talar för att det en motsvarande utveckling inte skulle gälla på psykiatriområdet. I Stockholms län ökade till exempel andelen privata insatser inom psykiatri från 14 till 19 procent mellan 2009 och 2010 – och var därmed det område som visade på den största förändringen (SLL, årsredovisning 2010, s. 17). Däremot diskuteras de privata vårdgivarnas roll inte särskilt i Nationell psykiatrisamordnings slutrapport (SOU 2006:100) – de nämns återkommande, men oftast som en av många olika serviceproducenter.

Det är inte orimligt att tänka sig att ett större inslag av privata serviceproducenter kommer att präglade det socialpsykiatriska fältet i framtiden – inte minst när det gäller boende och sysselsättning. Det ligger också nära till hands att många av dessa privata initiativ kommer att betrakta brukarna som "kunder" och diskutera "kundnöjdhet". I detta senare fall flyttas fokus från kollektivet (där den enskilde är medborgare eller brukare) till individen (där denne ses som kund).

### **Frivilligorganisationer och brukare**

Under flera årtionden har frivilligorganisationer gjort anspråk på inflytande över insatser i vård, och sorg och socialt arbete. De har definierat sig som intresseorganisationer, påtryckarorganisationer, handikapporganisationer, patientorganisationer, klientorganisationer, brukarorganisationer och anhörigorganisationer. I vissa fall har de

kommit att spela en roll i det offentliga arbetet på området (jfr t.ex. RSMH på psykiatriområdet), medan andra områden inte lyckats/behövt samla brukare (det finns t.ex. ingen organisation för "socialbidragstagare").

I dag är en vanlig syn på dessa organisationer att de i Sverige i första hand har en "röst"-funktion, och att de företräder och ger en röst åt i första hand sina medlemmar, och möjligen i andra hand till den större gruppen (t.ex. personer med psykisk ohälsa) som medlemmarna tillhör. På psykiatriområdet är RSMH och Schizofreniförbundet (IFS) troligen de två främsta exemplen på detta, där den förra organisationen i första hand givit röst åt de direkt drabbade, medan den senare haft en liknande funktion för de drabbades anhöriga. Inte sällan har två argument lyfts fram från organisationerna för varför man bör ha inflytande. Det första kan sammanfattas i det engelska uttrycket "nothing about me without me" och handlar således om att den enskilde ska kunna vara inblandad i och informerad om den vård och de beslut denne är föremål för. Det andra kan sägas bygga på tanken att en person med psykisk ohälsa har en särskild kunskap om psykisk ohälsa – ibland så kallad erfarenhetsbaserad kunskap – och därför har något viktigt att tillföra på området.

Under de senaste tio åren har det skett en förändring såväl i retoriken som i praktiken, som handlar om att de frivilliga organisationerna på psykiatriområdet (och på många andra områden) dessutom fått en "service"-funktion, som innebär att de också tillhandahåller vissa tjänster för personer med psykisk ohälsa. Som ett exempel på detta kan lyftas fram de så kallade klubbhusen (Fountain House), som erbjuder sina medlemmar möjligheter till arbete och bostad. Men även de traditionella "röst"-organisationerna förefaller se över sitt serviceutbud, och söka samarbeten med kommuner och landsting kring vissa typer av insatser. I detta sammanhang kommer tanken om hybridorganisationer framför allt från USA, det vill säga organisationer som lyckas hantera kontrakt kring serviceuppdrag, samtidigt som de agerar som påtryckningsorganisation.

Men det finns anledning att stanna upp och reflektera ett ögonblick kring denna grovt schematiska beskrivning. Markström och Karlsson (in press) visar utifrån en nationell genomgång av RSMH:s lokalorganisationer att funktionerna röst och service inte riktigt förmår täcka in vad organisationerna gör: det finns dessutom en dimension av social samvaro i de lokala föreningarna som inte låter sig sorteras in, och som möjligen skapar själva grunden för de öv-

riga funktionerna. Kanske är organisationernas fokus på röst- och serviceuppgifter inte lika tydligt som en schematisk beskrivning ger intryck av?

Delvis som en följd av detta finns det möjligen ett underskott av brukarrepresentanter från de frivilliga organisationerna i dag. De lokala offentliga serviceproducenterna har de senaste åren velat/vingats ha brukarrepresentanter på olika positioner i sina verksamheter. På många ställen inrättas brukarråd, det görs brukarrevisioner och projektanslag är inte sällan villkorade till brukarmedverkan. En reell möjlighet i denna utveckling är att brukarorganisationerna inte förmår svara upp mot denna efterfrågan: de brukare som har möjlighet och vilja att finnas i sådana sammanhang riskerar att blir ”superbrukare”, överbelastas och slitas ned. Dessutom kan frågan ställas om när dessa superbrukare skapar sig en tillvaro som gör att de inte längre kan ses representera det stora flertalet brukare. De offentliga och privata vård- och omsorgsgivarnas svar på detta kan vara – och är redan på många ställen! – att själva anordna brukarråd, brukarinflytandeinitiativ och liknande, vid sidan av de traditionella brukarorganisationernas verksamheter. Möjligen skulle detta kunna ses som ett slags ”brukarinflytande version 2.0”.

Problemet med denna senare typ av brukarinflytande kan dock vara dels att det är det offentliga och det privata som sätter agendan kring vad brukarna faktiskt ska tycka kring, dels att de brukare som engageras inte representerar ett stort antal personer i liknande livssituationer, utan endast sig själva och sina egna intressen. I det senare fallet kan tillgången till en mer generell erfarenhetsbaserad kunskap ifrågasättas.

Till sist kan mot den i ovanstående beskrivna utvecklingen möjligen invändas att det torde vara svårt för en frivilligorganisation att å ena sidan stå i ett kontraktsförhållande med en part vars medel man därigenom i någon mån blir beroende av, och å andra sidan att i sin röstfunktion ha möjlighet att resa kritik mot denna part. Enkelt uttryckt riskerar man att bita den hand som föder en. Denna invändning ska resas med försiktighet eftersom många organisationer faktiskt anser sig lyckas med detta, och forskningen på området (se t.ex. Meyer 2010) förefaller bekräfta det, men likväl bör det uppmärksammas. Får de frivilliga organisationerna en annan karaktär och en annan roll på området i denna utveckling, och hur påverkar det formulerandet av den erfarenhetsbaserade kunskap som kan ses vara en viktig resurs för dessa organisationer?

## Samverkan kring kunskap – en möjlig framtid?

Utifrån vad som lyfts fram i ovanstående finns anledning att argumentera för 1) en samverkan på psykiatriområdet som utgår ifrån bästa tillgängliga kunskap, till vilken också den erfarenhetsbaserade kunskapen bör räknas, 2) en något hårdare statlig styrning för att få till stånd ett fungerande samarbete mellan kommuner och landsting, genom tydligare riktade satsningar, samt 3) en ambition att mer systematiskt inkludera brukarorganisationerna i det lokala samarbetet – på dessa organisationers särskilda villkor.

### En satsning på kunskap

Sedan länge finns en föreställning om att den vård som ges ska bygga på bästa tillgängliga kunskap, och detta tänkande börjar nu till sist också färga de sociala praktikerna. Det är rimligt att denna väg också i fortsättningen följs, men också att den utvecklas. På psykiatriområdet bör troligen kommunikationen mellan olika discipliners kunskap uppmuntras på ett tydligt sätt. Framför allt gäller detta kanske kommunikationen mellan ett medicinskt och ett socialvetenskapligt förhållningssätt, men i dag är också till exempel vårdvetenskapen en aktör på området. En sådan förbättrad kommunikation kommer troligen inte att komma till av sig själv – många är de erfarenheter som tyder på motsatsen! – utan bör stimuleras genom tydligt riktade satsningar kring seminarier, forskningsprojekt och liknande.

Den bästa tillgängliga kunskap som finns på psykiatriområdet och som används för att möta enskilda individers problematiska livssituationer, bör också göras tillgänglig för individerna själva. Detta är nödvändigt för att de ska kunna förstå, ha inflytande över och medverka till vård- eller stödinsatsen. Här krävs troligen ett mer omfattande arbete för att hitta metoder för systematiskt ”översätta” den kunskap som ligger till grund för en insats till något som den enskilde kan hantera. En transparens är nödvändig i den här processen – men inte tillräcklig.

Till sist bör staten när det gäller kunskap verka för att den bearbetade erfarenhetsbaserad kunskapen vägs in i samtalet kring bästa tillgängliga kunskap. I dag finns en mer allmän uppmaning på nästan alla nivåer om att brukare ska komma till tals, men här förespråkas en större tydlighet: den bearbetade erfarenhetsbaserade kunskap

som i dag finns i många brukar- och motsvarande organisationer är i många fall konkret och omfattande. Den gör inte sällan anspråk på att såväl förklara som att föreslå metoder för att hantera en problematisk livssituation. Den har ofta prövats under lång tid av många medlemmar i organisationen, och troligen reviderats i omgångar. Den har därmed i många fall likheter med den traditionella professionella kunskapen, men skiljer sig också ofta från den kunskap som en ensam brukare har av sin livssituation när denne finns mitt uppe i den. Inte heller detta initiativ – att mer systematiskt ta tillvara den erfarenhetsbaserade kunskapen – låter sig dock göras utan systematiska insatser i syfte att omsätta policy i praktik.

### En hårdare styrning

Efter att ha prövat en form av mjuk statlig styrning på psykiatriområdet i flera decennier, är det nu rimligt att på staten på ett tydligare sätt anger riktningen för det lokala arbetet. Men inte utifrån det som Maycraft Kall (2010) talar om som riskmodellen, och som hon menar har spelat roll när England gått mot en hårdare styrning. Att anta ett perspektiv där personer med psykisk ohälsa betraktas som en risk för det omgivande samhället är knappast fruktbart. I stället bör användas en hårdstyrning som baseras på idéer utifrån det hon kallar den medicinska modellen och funktionshindersmodellen. I den förra av dessa två senare ses individen som patient och målet är behandling. I den sistnämnda ses denne som medborgare, och målet är stöd. Huvudargumentet här är att utformningen av behandling och stöd kan förbättras genom nationella initiativ, vilket ligger i linje med hur Nationell psykiatrisamordning argumenterar i sin slutrapport.

Naturligtvis ska respekten för det kommunala självstyret upprätthållas, och det måste finnas en medvetenhet om att lokala skillnader existerar. Dock finns det anledning att genom tydligare riktade satsningar – med grund i bästa tillgängliga kunskap på området – visa på vägar för kommuner, landsting och övriga aktörer att samverka kring enskilda individer. Många i dag existerande arbetsmetoder som visat sig ha effekt förutsätter att de olika aktörerna har en nära samverkan också på individnivå, vilket i sig är ett argument.

En anledning till en ökad statlig styrning på psykiatriområdet när det gäller kunskap är också uppföljningen av de insatser som görs, och utvecklandet av ny och förfinad kunskap på området. Det

är inte rimligt att de lokala aktörerna ska identifiera, implementera, följa upp och utveckla de bästa tillgängliga arbetsmetoderna på området var för sig, utan för sådant arbete krävs samverkan. Indirekt har också detta betydelse på forskningsfronten på området: större studier och samverkansprojekt på området ökar Sveriges möjligheter att bidra med relevant forskning på den internationella arenan.

Det tyngsta argumentet för en hårdare statlig styrning genom riktade satsningar är dock att alla svenska medborgare bör få rimligt lika chanser till vård och stöd på psykiatriområdet – något som inte alltid varit fallet då ”tusen blommor fått blomma”.

### En öppning för nya aktörer

Till sist ska upprepats det som redan lyfts fram, och som handlar om att statens framtida satsningar bör utformas på ett sådant sätt att nya aktörer – och här åsyftas i första hand ideella organisationer – bör ges utrymme. Det finns anledning att tro att den erfarenhetsbaserade kunskap som diskuterats i ovanstående framför allt utvecklas i sådana ideella organisationer, och att denna kunskap kan vara ett värdefullt tillskott – om än emellanåt besvärande! – i samtalet om bästa tillgängliga kunskap och arbetsmetoder.

Denna öppning har i någon mening redan kommit till stånd, i lagstiftning, policydokument och motsvarande talas återkommande om brukarinflytande och brukarmedverkan, men ofta till intet förpliktigande. En framtida statlig strategi på psykiatriområdet bör utgå ifrån att den erfarenhetsbaserade kunskapen är viktig, men samtidigt ställa krav på denna typ av kunskap. En brukare som uttalar sig i egenskap av representant för RSMH har möjligen en annan grund än någon som uttalar sig utifrån sin egen livssituation.

En sådan uppgift att på ett tydligare sätt inkludera brukar- och anhörigorganisationerna i kunskapsprocessen medför dock, vilket diskuterats i ovanstående, svårigheter som dels har att göra med organisationernas *kapacitet* (förmår de svara upp mot efterfrågan?) och dels dess *integritet* (hur lyckas de behålla/utveckla sin roll i en ny situation?).



## Referenser

- Billis, D. (red.) (2010). *Hybrid organizations and the third sector: challenges for practice, theory and policy*. Basingstoke, Hampshire: Palgrave Macmillan.
- Direktiv 2003:13. *En nationell psykiatrisamordnare*. Socialdepartementet.
- Lindqvist, R., Markström, U. & Rosenberg, D. (2010). *Psykiska funktionshinder i samhället: aktörer, insatser, reformer*. 1. uppl. Malmö: Gleerup.
- Maycroft Kall, W. (2008). Developing mental health social care: policy outcomes in Sweden and England. In Charles Kaye and Michael Howlett (ed.) *Mental health services today and tomorrow*. Oxford: Radcliffe Publishing.
- Maycraft Kall, W. (2010). *The governance gap: central-local steering and mental health reform in Britain and Sweden*. Diss. Uppsala: Uppsala universitet.
- Markström, U. (2003). *Den svenska psykiatrireformen: bland brukare, eldsjälar och byråkrater*. Diss. Umeå: Univ.
- Markström, U. och Karlsson, M. (inskickad). Towards Hybridization: The Roles of a Swedish Non-Profit Organization within Mental Health.
- Meyer, M. (2010). Social Movement Service Organizations: The Challenges and Consequences of Combining Service Provision and Political Advocacy. In Yeheskel Hazenfeld (ed.) *Human services as complex organizations*. London: Sage.
- Nationell psykiatrisamordning* (2006). Ambition och ansvar: nationell strategi för utveckling av samhällets insatser till personer med psykiska sjukdomar och funktionshinder: slutbetänkande. Stockholm: Fritze.
- Nationell psykiatrisamordning* (2006:6). Så vill vi ha det – Patient-, brukar- och anhörignätverkets krav på framtida vård, stöd och behandling inom psykiatriområdet. Stockholm. Edita.
- Oscarsson, L. (2009). *Evidensbaserad praktik inom socialtjänsten: en introduktion för praktiker, chefer, politiker och studenter*. Stockholm: SKL Kommentus.

Proposition 1993/94:218. *Psykiskt stördas villkor.*

*Psykiatriutredningen* (1992). Valfärd och valfrihet: service, stöd och vård för psykiskt störda: slutbetänkande. Stockholm: Allmänna förl.

# Följdändringar med anledning av utredningens förslag

Utredningens förslag medför att det behöver göras följdändringar i olika författningar, se kapitel 8 om författningsmässiga konsekvenser. Nedan finns en genomgång av flertalet lagar och förordningar som behöver ändras. I parentes anges kursiverat den myndighet som utredningen bedömer ska ansvara för uppgiften.

## **Förordning (1976:834) om prövning av utländskt beslut om adoption**

1 § Myndigheten för internationella adoptionsfrågor prövar fråga om godkännande.....(*Inspektionen för hälsa, vård och omsorg*).

3 § Har Myndigheten för internationella adoptionsfrågor godkänt ett beslut.....(*Inspektionen för hälsa, vård och omsorg*).

---

## **Hälso- och sjukvårdslag (1982:763)**

3 d § Sista meningen. Förbrukningsartiklar som avses här får förskrivas av läkare samt av annan hälso- och sjukvårdspersonal som Socialstyrelsen förklarat behörig (*Inspektionen för hälsa, vård och omsorg*).

9 a och 9 b §§ Socialstyrelsen beslutar i frågor angående riks-sjukvård (*Kunskapsmyndigheten för hälsa, vård och omsorg*).

16 § första stycket. Regeringen får överlåta åt Socialstyrelsen att meddela föreskrifter om behörighet till tjänster inom hälso- och sjukvården och om tillsättning (*Inspektionen för hälsa, vård och omsorg*).

31 a § Anmälan till Statens folkhälsoinstitut om något tyder på att nya medel används för missbruksändamål m.m. (*Inspektionen för hälsa, vård och omsorg som föreslås utreda narkotikaklassificeringar av hälsofarliga varor, se även 12 kap. 9 § Socialtjänstlagen*).

32 § Andra stycket. Regeringen får överlåta åt Socialstyrelsen att meddela föreskrifter till skydd för enskilda (*Kunskapsmyndigheten för hälsa, vård och omsorg*).

---

#### **Förordning (1985:796) med vissa bemyndiganden för Socialstyrelsen att meddela föreskrifter m.m.**

Hela förordningen bör ses över. I förordningen finns ett flertal normgivnings bemyndiganden, vissa bör ges till (*Inspektionen för hälsa, vård och omsorg*) såsom i 2 § 3-5 och 3 § 1 och 2, andra bör i stället ges (*Kunskapsmyndigheten för hälsa, vård och omsorg*) såsom 2 § 1 och 6.

---

#### **Lag (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall**

Inga följdändringar.

---

#### **Lag (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga**

44 § Andra stycket. Allmänt åtal får väckas endast efter medgivande av socialnämnden eller Socialstyrelsen (*Inspektionen för hälsa, vård och omsorg*).

---

**Läkemedelslag (1992:859)**

**2 c §** Femte stycket. Om det är nödvändigt för bedömningen av ett traditionellt växtbaserat läkemedels säkerhet, får Läkemedelsverket ålägga en sökande att till verket lämna in resultatet av kliniska prövningar (*Inspektionen för hälsa, vård och omsorg*).

**3 §** Läkemedelsverket får efter regeringens bemyndigande, om det är påkallat från hälso- och sjukvårdssynpunkt, föreskriva att lagen helt eller delvis skall tillämpas på en vara eller varugrupp som inte är läkemedel men i fråga om egenskaper eller användning står nära läkemedel (*Inspektionen för hälsa, vård och omsorg*).

**4 §** Handlar om krav på läkemedel och enligt andra stycket får Läkemedelsverket efter regeringens bemyndigande medge undantag från kravet på fullständig deklARATION (*Inspektionen för hälsa, vård och omsorg*).

**6 b §** Tredje stycket handlar om att om kommissionen beslutat i fråga om veterinärmedicinska läkemedel ska Läkemedelsverket meddela det beslut som följer av kommissionens avgörande (*Inspektionen för hälsa, vård och omsorg*).

**6 c §** Läkemedelsverket får efter regeringens bemyndigande meddela ytterligare föreskrifter om erkännande av ett godkännande m.m. som meddelats i en annan stat... (*Inspektionen för hälsa, vård och omsorg*).

**6 d §** Första och andra styckena handlar om när en sökande begärt/inte begärt att Sverige ska fungera som referensmedlemsstat (*Inspektionen för hälsa, vård och omsorg*).

**6 d §** Tredje stycket. Läkemedelsverket får efter regeringens bemyndigande meddela ytterligare föreskrifter om ansökan, beredning, godkännande eller registrering som avses i första och andra styckena (*Inspektionen för hälsa, vård och omsorg*).

**7 §** Första stycket. Läkemedelsverket prövar, efter regeringens bemyndigande, frågor om godkännande eller registrering m.m. (*Inspektionen för hälsa, vård och omsorg*).

7 § Andra stycket. Läkemedelsverket prövar frågor om tillstånd ....  
(*Inspektionen för hälsa, vård och omsorg*).

8 a § Handlar om ansökan om godkännande och att Läkemedelsverket kan medge när kravet på dokumentation är uppfyllt...  
(*Inspektionen för hälsa, vård och omsorg*).

8 b § Första och andra stycket handlar om att Läkemedelsverket får medge ett respektive tre års uppgiftsskydd (*Inspektionen för hälsa, vård och omsorg*).

8 c § Femte stycket. Efter regeringens bemyndigande meddelar Läkemedelsverket närmare föreskrifter om förutsättningarna för återopande av dokumentation för referensläkemedel samt skyddstider och uppgiftsskydd (*Inspektionen för hälsa, vård och omsorg*).

8 e § Handlar om ansökan om förnyelse av godkännande (*Inspektionen för hälsa, vård och omsorg*).

8 f § Första-tredje styckena handlar bl.a. om att den som fått ett läkemedel godkänt ska informera Läkemedelsverket om när det släpps ut på den svenska marknaden (*Inspektionen för hälsa, vård och omsorg*).

8 g § Första-tredje styckena handlar om Läkemedelsverkets klassificeringar av läkemedel m.m. (*Inspektionen för hälsa, vård och omsorg*).

8 i § Första-tredje styckena handlar om Läkemedelsverkets beslut om ett läkemedel är utbytbart mot annat läkemedel (*Inspektionen för hälsa, vård och omsorg*).

8 i § Fjärde stycket handlar om att Läkemedelsverket efter regeringens bemyndigande får meddela ytterligare föreskrifter om förutsättningar för utbytbarhet (*Inspektionen för hälsa, vård och omsorg*).

9 § Läkemedelsverket ansvarar för ett system för säkerhetsövervakning som har till syfte att samla in, registrera, lagra och vetenskapligt utvärdera uppgifter om biverkningar av läkemedel som godkänts för försäljning (*Kunskapsmyndigheten för hälsa, vård och omsorg*).

9 c § Information om biverkningar ska lämnas till Läkemedelsverket (*Inspektionen för hälsa, vård och omsorg*).

10 § Läkemedelsverket ska fortlöpande kontrollera ett läkemedel. (*Inspektionen för hälsa, vård och omsorg*).

11 § Läkemedelsverket får ålägga den som fått ett läkemedel godkänt att återkalla det från dem som innehar det under vissa förutsättningar (*Inspektionen för hälsa, vård och omsorg*).

12 § Läkemedelsverket får besluta att ett godkännande ska återkallas tillfälligt, ändras eller upphöra att gälla....(*Inspektionen för hälsa, vård och omsorg*).

14 § Handlar om att Läkemedelsverket prövar tillstånd till klinisk läkemedelsprovning (*Inspektionen för hälsa, vård och omsorg*).

16 § Handlar om Läkemedelsverkets tillstånd till yrkesmässig tillverkning av läkemedel m.m. (*Inspektionen för hälsa, vård och omsorg*).

16 a § Läkemedelsverket får efter regeringens bemyndigande meddela föreskrifter om framställning, förvaring, distribution och import av blod och blodkomponenter avsedda att användas som råvara vid tillverkning av läkemedel och tillverkning och import av läkemedel som innehåller blod eller blodkomponenter (*Inspektionen för hälsa, vård och omsorg*).

17 § Läkemedelsverket får besluta om särskilt tillstånd till import av läkemedel.... (*Inspektionen för hälsa, vård och omsorg*).

17 a § Andra stycket. Läkemedelsverket får efter regeringens bemyndigande meddela föreskrifter om undantag från skyldigheten att vid import av läkemedel företa sådan kontroll som avses i första stycket (*Inspektionen för hälsa, vård och omsorg*).

17 b § Om inte regeringen eller, efter regeringens bemyndigande, Läkemedelsverket föreskriver något annat, får resande föra in läkemedel i Sverige, om de är avsedda för medicinskt ändamål och den resandes personliga bruk (*Inspektionen för hälsa, vård och omsorg*).

19 § Andra stycket handlar om radioaktiva läkemedel....om inte Läkemedelsverket för ett visst fall medger något annat (*Inspektionen för hälsa, vård och omsorg*).

20 § Handlar om att vissa beslut av Läkemedelsverket ska fattas inom den tid som regeringen föreskriver (*Inspektionen för hälsa, vård och omsorg*).

22 b § Handlar om att alkoholhaltiga läkemedel eller teknisk sprit inte får lämnas ut om det finns särskild anledning att anta att varan är avsedd att användas i berusningssyfte och att Läkemedelsverket efter regeringens bemyndigande får meddela föreskrifter om utlämnande...(*Inspektionen för hälsa, vård och omsorg*).

23 och 24 §§ Handlar om Läkemedelsverkets tillsyn (*Inspektionen för hälsa, vård och omsorg*).

25 § Första – sjunde styckena handlar om avgifter och hänvisningar sker till Läkemedelsverket (*Inspektionen för hälsa, vård och omsorg*).

25 § Åttonde stycket. Läkemedelsverket får meddela ytterligare föreskrifter om avgifter som inte gäller avgifternas storlek (*Inspektionen för hälsa, vård och omsorg*).

28 § Överklagandebestämmelse. Överklagbara beslut är sådana som Läkemedelsverket meddelat i ett enskilt fall (*Inspektionen för hälsa, vård och omsorg*).

29 § Andra stycket. Regeringen får överlåta till Läkemedelsverket att besluta föreskrifter för att skydda människors eller djurs hälsa eller miljön (*Kunskapsmyndigheten för hälsa, vård och omsorg*).

### **Läkemedelsförordning (2006:272)**

Läkemedelsverket har en mängd uppgifter enligt förordningen. Ordet Läkemedelsverket byts ut i hela förordningen (*Inspektionen för hälsa, vård och omsorg*) med undantag för 4 kap. 5 § som handlar om att Läkemedelsverket får föra hälsodataregister. Ett sådant register får föras för att tillgodose behovet av uppgifter för de ändamål som anges i 9 § läkemedelslagen, dvs. samla in, registrera,



lagra och vetenskapligt utvärdera uppgifter om biverkningar av läkemedel som godkänts för försäljning samt för framställning av statistik och forskning (*Kunskapsmyndigheten för hälsa, vård och omsorg*).

---

### **Lag (1992:860) om kontroll av narkotika**

1 § Regeringen eller efter regeringens bemyndigande Läkemedelsverket ska upprätta och kungöra förteckningar över narkotika (*Inspektionen för hälsa, vård och omsorg*, som även föreslås få i uppgift att bevaka och utreda behovet av narkotikaklassificering av sådana varor som inte utgör läkemedel).

7 c § Läkemedelsverket får efter regeringens bemyndigande meddela föreskrifter om bl.a. särskilda tillstånd för apotek eller myndigheter att inneha eller släppa ut narkotikaprekursorer på marknaden (*Inspektionen för hälsa, vård och omsorg*).

8 § Första stycket. Läkemedelsverket prövar frågor om tillstånd (*Inspektionen för hälsa, vård och omsorg*).

8 § Andra stycket. Läkemedelsverket är behörig myndighet enligt förordning (EG) nr 273/2004 och förordning (EG)nr 111/2005. Det handlar bl.a. om kontroll och tillsyn i frågor om narkotikaprekursorer (*Inspektionen för hälsa, vård och omsorg*).

9 § Läkemedelsverket ska kunna kontrollera...(*Inspektionen för hälsa, vård och omsorg*).

10 och 11 §§ Handlar om Läkemedelsverkets tillsyn (*Inspektionen för hälsa, vård och omsorg*).

14 §§ Överklagandebestämmelse. Beslut som får överklagas till Läkemedelsverket (*Inspektionen för hälsa, vård och omsorg*).

15 § Läkemedelsverket byts ut mot (*Inspektionen för hälsa, vård och omsorg*).

**Förordning (1992:1554) om kontroll av narkotika**

Läkemedelsverket byts ut mot (*Inspektionen för hälsa, vård och omsorg*) i hela förordningen även i fråga om Läkemedelsverkets föreskriftsrätt.

---

**Lag (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade**

**15 a §** Kommunen ska lämna ut vissa personuppgifter beträffande enskilda som beviljas insatser till Socialstyrelsen för framställning av officiell statistik (Kunskapsmyndigheten för hälsa, vård och omsorg).

**23 §** Första stycket...tillstånd av Socialstyrelsen att yrkesmässigt bedriva verksamhet (*Inspektionen för hälsa, vård och omsorg*).

Andra och tredje stycket. Anmälningsskyldighet till Socialstyrelsen (*Inspektionen för hälsa, vård och omsorg*).

**23 c §** Om den som ansvarar för en personakt anser att akten eller någon del i personakten inte ska lämnas ut ska frågan överlämnas till Socialstyrelsen för prövning, jfr 4 § andra stycket socialtjänstlagen (*Inspektionen för hälsa, vård och omsorg*).

**23 d §** Socialstyrelsen får besluta att en personakt i enskild verksamhet ska omhändertas och återlämnas, jfr socialtjänstlagen (*Inspektionen för hälsa, vård och omsorg*).

**24 f §** Anmälan om allvarliga missförhållanden till Socialstyrelsen (*Inspektionen för hälsa, vård och omsorg*).

**25, 26 a, 26 c, 26 d, 26 f, 26 g, 26 h, 26 i §§** handlar om Socialstyrelsens tillsyn (*Inspektionen för hälsa, vård och omsorg*).

**27 §** Första stycket. Beslut av bl.a. Socialstyrelsen får överklagas (*Inspektionen för hälsa, vård och omsorg*).

Tredje stycket. Överklagande av Socialstyrelsens beslut om utlämnande av personakt enligt 23 c (*Inspektionen för hälsa, vård och omsorg*).

28 c § Förvaltningsrätten prövar efter ansökan av Socialstyrelsen frågor om kommuner eller landsting ska åläggas betala en särskild avgift, t.ex. om en insats inte tillhandahålls inom skälig tid (*Inspektionen för hälsa, vård och omsorg*).

28 f, 28 g, 28 i §§ En nämnd har rapporteringsskyldighet till Socialstyrelsen om gynnande nämndbeslut m.m. (*Inspektionen för hälsa, vård och omsorg*).

---

### **Tobakslag (1993:581)**

16–18 b §§ Handlar om produktkontroll.

16 § Tillverkare eller importör av tobaksvara ska, i den utsträckning som föreskrivs av regeringen, till Statens folkhälsoinstitut lämna uppgifter om ingredienser och kvantiteter av dessa i tobaksvaror samt om deras effekter på hälsan (*Inspektionen för hälsa, vård och omsorg*).

18 b § Tillverkare, partihandlare och importörer av tobaksvaror ska till Statens folkhälsoinstitut lämna uppgifter om de kostnader som de har haft för reklam, annan marknadsföring och sponsring för sådana varor (*Inspektionen för hälsa, vård och omsorg*).

19 § 2 Statens folkhälsoinstitut har den centrala tillsynen över att lagen och anslutande föreskrifter följs när det gäller

- a) miljöer som avses i 2 § och som inte är upplåtna enbart för personal,
- b) lokaler som avses i 4 §,
- c) varningstexter m.m. enligt 9, 10 och 11 §§,
- d) handel m.m. enligt 12–12 d §§,
- e) produktkontroll m.m. enligt 16–18 §§, och
- f) uppgifter om kostnader för marknadsföring enligt 18 b §, över vissa frågor (*Inspektionen för hälsa, vård och omsorg*).

19 a § Följdändring. Statens folkhälsoinstitut byts ut (*Inspektionen för hälsa, vård och omsorg*).

20 § Statens folkhälsoinstitut får meddela de förelägganden och förbud som behövs... (*Inspektionen för hälsa, vård och omsorg*).

25 § Överklagandebestämmelse (*Inspektionen för hälsa, vård och omsorg*).

### **Tobaksförordning (2001:312)**

Orden Statens folkhälsoinstitut byts ut i hela förordningen (*Inspektionen för hälsa, vård och omsorg*).

---

### **Lag (1993:584) om medicintekniska produkter**

Inga följändringar behövs då lagen inte pekar ut någon myndighet.

### **Förordning (1993:876) om medicintekniska produkter**

2–6 §§ Läkemedelsverket bemyndigas att meddela föreskrifter om bl.a. vad som avses med en medicinteknisk produkt (*Inspektionen för hälsa, vård och omsorg*).

10 § Läkemedelsverket och Socialstyrelsen får meddela föreskrifter i fråga om uppgiftsskyldighet enligt 10 § lagen (1993:584) om medicintekniska produkter (*Inspektionen för hälsa, vård och omsorg*).

11 § Läkemedelsverket har tillsyn...Socialstyrelsen har dock tillsyn i fråga om fabrikssteriliserade engångsartiklar och preventivmedel som inte har CE märkning (*Inspektionen för hälsa, vård och omsorg får all tillsyn*).

12 § Hänvisar till Läkemedelsverkets åtgärder med anledning av en anmälan om klinisk prövning... (*Inspektionen för hälsa, vård och omsorg*).

13 § Första stycket hänvisar till Läkemedelsverkets åtgärder i samband med registrering....(*Inspektionen för hälsa, vård och omsorg*).

13 § Andra stycket. Läkemedelsverket bemyndigas att meddela föreskrifter om skyldighet för en näringsidkare att betala avgifter som täcker kostnader för verkets åtgärder i samband med provtagning och undersökning av prover (*Inspektionen för hälsa, vård och omsorg*).

16 § Första stycket. Anmälnings- eller ansökningsavgift....betalas inom den tid och på det sätt som Läkemedelsverket bestämmer (*Inspektionen för hälsa, vård och omsorg*).

16 § Andra stycket. Läkemedelsverket får göra vissa undantag (*Inspektionen för hälsa, vård och omsorg*).

---

### **Lag (1997:191) med anledning av Sveriges tillträde till Haagkonventionen om skydd av barn och samarbete vid internationella adoptioner**

2 § Myndigheten för internationella adoptionsfrågor (MIA) är centralmyndighet..... (*Inspektionen för hälsa, vård och omsorg*).

---

### **Lag (1997:192) om internationell adoptionsförmedling**

Enligt lagen avgör Myndigheten för internationell adoptionsförmedling (MIA) frågor om auktorisation och har tillsyn över de auktoriserade sammanslutningarna. MIA byts ut till (*Inspektionen för hälsa, vård och omsorg*).

---

**Lag (1998:1214) om överlämnande av vissa förvaltningsuppgifter till Hjälpmedelsinstitutet, ideell förening**

Enligt förordningen får regeringen överlämna till Hjälpmedelsinstitutet, ideell förening, att pröva frågor om fördelning av sådant bidrag och annat stöd som gäller verksamhet med hjälpmedel för personer med funktionshinder, och som skall lämnas till sjukvårdshuvudman, handikapporganisationer eller andra organisationer som företräder brukarnas intressen, företag med verksamhet inom hjälpmedelsområdet eller andra med sådan verksamhet (*Kunskapsmyndigheten för hälsa, vård och omsorg*).

---

**Lag (1999:42) om förbud mot vissa hälsofarliga varor**

Inga följdändringar.

**Förordning (1999:58) om förbud mot vissa hälsofarliga varor**

Statens folkhälsoinstitut får meddela tillstånd och föreskrifter samt utöva tillsyn m.m. (*Inspektionen för hälsa, vård och omsorg*).

---

**Förordning (2001:100) om den officiella statistiken**

Enligt förordningen är Socialstyrelsen statistikansvarig myndighet för hälso- och sjukvård. I bilagan till förordningen byts ordet Socialstyrelsen ut mot (*Kunskapsmyndigheten för hälsa, vård och omsorg*).

---

**Socialtjänstlag (2001:453)****2 a kap.**

11 § Socialstyrelsen prövar ansökningar om överflyttning av ärende som avser vård m.m. om en enskild person till annan kommun. (*Inspektionen för hälsa, vård och omsorg*).

**7 kap.**

1 § Socialstyrelsen hanterar ärenden om tillstånd att bedriva enskild verksamhet och anmälningsskyldighet för sådan verksamhet. (*Inspektionen för hälsa, vård och omsorg*)

3 § ...enskild verksamhet som står under Socialstyrelsens tillsyn (*står under tillsyn av Inspektionen för hälsa, vård och omsorg*).

4 § Första stycket....står under Socialstyrelsens tillsyn (*står under tillsyn av Inspektionen för hälsa, vård och omsorg*).

4 § Andra stycket. Socialstyrelsen prövar frågan om utlämnande av en personakt i enskild verksamhet när den som ansvarar för akten anser att den inte bör lämnas ut. (*Inspektionen för hälsa, vård och omsorg*).

5 § Socialstyrelsen beslutar om omhändertagande och återlämnande av personakt i enskild verksamhet (*Inspektionen för hälsa, vård och omsorg*).

**12 kap.**

9 § Socialnämnden har anmälningsskyldighet till Statens folkhälsoinstitut i fråga om iakttagelser av missbruk av nya och kända medel (*Inspektionen för hälsa, vård och omsorg* eftersom vi föreslår att den myndigheten får i uppgift att utreda narkotikaklassificeringar av hälsofarliga varor).

### 13 kap.

Hela kapitlet handlar om Socialstyrelsens tillsyn (*Inspektionen för hälsa, vård och omsorg*).

### 14 kap

7 § Socialnämnden, den som bedriver enskild verksamhet eller Statens institutionsstyrelsens ledning har skyldighet att anmäla allvarliga missförhållanden etc. till Socialstyrelsen (*Inspektionen för hälsa, vård och omsorg*).

### 16 kap

#### 4 § Överklagandebestämmelse.

Första stycket. Socialstyrelsens beslut får överklagas i ärenden om överklagande av tillstånd, omhändertagande av personakt, föreläggande och återkallelse av tillstånd och förbud och överflyttning av ärende till annan kommun (*Inspektionen för hälsa, vård och omsorg*).

Andra stycket. Handlar om att vissa bestämmelser i offentlighets- och sekretesslagen gäller i tillämpliga delar i fråga om överklagande av Socialstyrelsens beslut i ärende om utlämnande av personakt i enskild verksamhet. Tredje stycket.

Fjärde stycket. Beslut av Socialstyrelsen.....gäller omedelbart (*Inspektionen för hälsa, vård och omsorg*).

6 § Allmänt åtal får väckas endast efter medgivande av Socialstyrelsen (*Inspektionen för hälsa, vård och omsorg*).

6 c § Frågor om särskild avgift (när en kommun inte inom skälig tid tillhandahållit bistånd) prövas efter ansökan av Socialstyrelsen (*Inspektionen för hälsa, vård och omsorg*).

6 f §, 6 g § och 6 i § handlar om rapporteringsskyldighet till Socialstyrelsen m.m. och om gynnande nämndbeslut som inte har verkställts ... (*Inspektionen för hälsa, vård och omsorg*).



**Socialtjänstförordning (2001:937)****1 kap.**

2 § ...står under Socialstyrelsens tillsyn (*Inspektionen för hälsa, vård och omsorg*).

**3 kap.**

11 § Särskild bestämmelse om att föreståndaren på ett hem för vård eller boende ska meddela Socialstyrelsen om vad som gäller i fråga om inskrivning (*Inspektionen för hälsa, vård och omsorg*).

19 och 20 §§ Handlar om tillsyn. Ordet Socialstyrelsen byts ut mot (*Inspektionen för hälsa, vård och omsorg*).

**4 kap.**

1, 1 a, 3 §§ Handlar om tillstånds- och anmälningsplikt. Ordet Socialstyrelsen byts ut mot (*Inspektionen för hälsa, vård och omsorg*).

3 a § Socialstyrelsen ska föra ett register över de som har tillstånd...och de som har anmält verksamhet. Ordet Socialstyrelsen byts ut mot (*Inspektionen för hälsa, vård och omsorg*).

4 § ...står under Socialstyrelsens tillsyn (*Inspektionen för hälsa, vård och omsorg*).

5 § Handlar om skyldighet att anmäla nedlagd verksamhet till Socialstyrelsen (*Inspektionen för hälsa, vård och omsorg*).

**7 kap.**

1 § ...Socialstyrelsen fastställer ett formulär för förteckningen... (*Inspektionen för hälsa, vård och omsorg*).

## 8 kap.

1 § Socialstyrelsen får meddela föreskrifter inom socialtjänsten som behövs till skydd för enskilds liv, personliga säkerhet eller hälsa i verksamhet som avser....(*Kunskapsmyndigheten för hälsa, vård och omsorg*).

2 § Socialstyrelsen får meddela sådana föreskrifter som behövs till skydd för enskildas liv, personliga säkerhet eller hälsa i verksamhet vid sådana hem som avses i 6 kap. 3 § socialtjänstlagen.....(*Kunskapsmyndigheten för hälsa, vård och omsorg*).

5 § Socialstyrelsen får meddela de ytterligare föreskrifter som behövs för verkställigheten av socialtjänstlagen (2001:453), lagen (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga och lagen (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall samt denna förordning (*Inspektionen för hälsa, vård och omsorg*).

---

### **Förordning (2001:526) om de statliga myndigheternas ansvar för genomförandet av handikappolitiken**

Enligt 3 § ska myndigheterna, när det finns anledning till det, samråda med Myndigheten för handikappolitisk samordning om hur insatser enligt denna förordning skall utformas. Byt ut mot (*Kunskapsmyndigheten för hälsa, vård och omsorg*).

---

### **Förordning (2001:707) om patientregister hos Socialstyrelsen**

I förordningen framkommer att registret är ett s.k. hälsodataregister och att Socialstyrelsen är personuppgiftsansvarig. Bland Socialstyrelsens uppgifter ingår en möjlighet att utfärda föreskrifter om hur uppgiftsskyldighet ska fullgöras. Ordet Socialstyrelsen byts ut i hela förordningen (*Kunskapsmyndigheten för hälsa, vård och omsorg*). Observera 5 § som eventuellt behöver omformuleras.

---

### **Förordning (2001:708) om medicinskt födelseregister hos Socialstyrelsen**

I förordningen framkommer att registret är ett s.k. hälsodataregister och att Socialstyrelsen är personuppgiftsansvarig. Bland Socialstyrelsens uppgifter ingår en möjlighet att utfärda föreskrifter om hur uppgiftsskyldighet ska fullgöras. Ordet Socialstyrelsen byts ut i hela förordningen (*Kunskapsmyndigheten för hälsa, vård och omsorg*). Observera 5 § som eventuellt behöver omformuleras.

---

### **Förordning (2001:709) om cancerregister hos Socialstyrelsen**

I förordningen framkommer att registret är ett hälsodataregister och att Socialstyrelsen är personuppgiftsansvarig. Bland Socialstyrelsens uppgifter ingår en möjlighet att utfärda föreskrifter om hur uppgiftsskyldighet ska fullgöras. Ordet Socialstyrelsen byts ut i hela förordningen mot (*Kunskapsmyndigheten för hälsa, vård och omsorg*). Observera 5 § som eventuellt behöver omformuleras.

---

### **Lag (2002:160) om läkemedelsförmåner m.m.**

7 §, 7 a, § 7 b §, 9–14 §§, 16 §, 26 och 27 §§ anger Tandvårds- och läkemedelsförmånsverkets uppgifter, bl.a. att besluta om ett läkemedel eller en vara ska ingå i läkemedelsförmåner (*Kunskapsmyndigheten för hälsa, vård och omsorg*).

Rubriken före 7 § ändras till (*Kunskapsmyndigheten för hälsa, vård och omsorg*).

18 § 2 och 19 §...som Socialstyrelsen förklarat behörig därtill (...som *Inspektionen för hälsa, vård och omsorg förklarat behörig därtill*).

24 § Läkemedelsverket ska på begäran av Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket lämna uppgifter om ett läkemedel till myndigheten om uppgifterna behövs för prövning enligt denna lag.

(*Inspektionen för hälsa, vård och omsorg ska på begäran av Kunskapsmyndigheten för hälsa, vård och omsorg lämna uppgifter om*

ett läkemedel till myndigheten om uppgifterna behövs för prövning enligt denna lag eftersom Inspektionen för hälsa, vård och omsorg ansvarar för läkemedelsgodkännanden och Kunskapsmyndigheten för hälsa, vård och omsorg för prisreglering av läkemedelsförmånerna.)

25 § Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket har tillsyn över efterlevnaden av denna lag..... (*Inspektionen för hälsa, vård och omsorg*).

26 och 27 §§ handlar om att överklagande m.m. av Tandvårds- och läkemedelsförmånsverkets beslut (*omarbetas då utredningens förslag innebär att Inspektionen för hälsa, vård och omsorg beslutar om tillsyn och Kunskapsmyndigheten för hälsa, vård och omsorg beslutar om ett läkemedel ska ingå i läkemedelsförmånerna*).

#### **Förordning (2002:687) om läkemedelsförmåner m.m.**

4 a § Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket får meddela föreskrifter om hur inköpspris och försäljningspris...ska fastställas (*Kunskapsmyndigheten för hälsa, vård och omsorg*).

5 § Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket får meddela föreskrifter om förutsättningarna för att ett visst receptfritt läkemedel eller en viss grupp av sådana läkemedel ska ingå i läkemedelsförmånerna (*Kunskapsmyndigheten för hälsa, vård och omsorg*).

6 § Andra stycket. Läkemedelsverket skall upprätta en förteckning över de livsmedel som omfattas av prisnedsättningen. Verket skall också ange vilken specialistkompetens som skall krävas för att läkare skall vara behöriga att förskriva sådana livsmedel (*Inspektionen för hälsa, vård och omsorg*).

9 § Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket ska meddela beslut inom 180 dagar....(*Kunskapsmyndigheten för hälsa, vård och omsorg*).

10 § Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket ska offentliggöra en förteckning över de läkemedel som ingår i läkemedelsförmånerna....(*Kunskapsmyndigheten för hälsa, vård och omsorg*).

12 § Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket får meddela föreskrifter om utbyte av läkemedel....(*Kunskapsmyndigheten för hälsa, vård och omsorg*).

19 § Läkemedelsverket ska, efter samråd med Tandvårds- och Läkemedelsförmånsverket och landstingen, fastställa blanketter (*Kunskapsmyndigheten för hälsa, vård och omsorg*).

21 § Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket får meddela ytterligare föreskrifter om verkställighet av lagen (2002:160) om läkemedelsförmåner m.m. Socialstyrelsen får dock meddela föreskrifter om arbetsplatskoder samt om verkställighet av 18 § 2 och 19 § samma lag (*Kunskapsmyndigheten för hälsa, vård och omsorg som tar över både TLV:s och Socialstyrelsens uppgifter*).

---

### **Lag (2002:297) om biobanker i hälso- och sjukvården m.m.**

Socialstyrelsens uppgifter enligt lagen är bl.a. att ta emot anmälningar, meddela tillstånd, utöva tillsyn och meddela föreskrifter i frågor om biobanker. Ordet Socialstyrelsen byt ut i hela lagen (*Inspektionen för hälsa, vård och omsorg*).

2 kap. 6 § Socialstyrelsen ska föra ett automatiserat register över biobanker. Registret skall användas för tillsyn, i forskningen och för framställning av statistik (*Inspektionen för hälsa, vård och omsorg*).

### **Förordning (2002:746) om biobanker i hälso- och sjukvården m.m.**

Socialstyrelsen har olika uppgifter enligt förordningen, bl.a. får socialstyrelsen meddela föreskrifter om hur länge vävnadsprover skall bevaras i biobanker och ytterligare föreskrifter om förfarandet vid anmälan till myndigheten enligt 2 kap. 5 § lagen (2002:297) om biobanker i hälso- och sjukvården m.m. om att en biobank har inrättats. En bedömning måste bl.a. göras i vilka fall föreskrifterna ska meddelas av *Inspektionen för hälsa, vård och omsorg* eller *Kunskapsmyndigheten för hälsa, vård och omsorg*.

---

**Smittskyddslag (2004:168)****1 kap.**

7 § Socialstyrelsen ansvarar för samordning av smittskyddet på nationell nivå och skall ta de initiativ som krävs för att upprätthålla ett effektivt smittskydd. Socialstyrelsen ska följa och vidareutveckla smittskyddet.

Smittskyddsinstitutet skall som expertmyndighet följa och analysera det epidemiologiska läget nationellt och internationellt och föreslå åtgärder för att landets smittskydd ska fungera effektivt. (*Kunskapsmyndigheten för hälsa, vård och omsorg* får hela ansvaret.)

**2 kap.**

5 § ...anmäla fall av allmänfarlig sjukdom bl.a. till Smittskyddsinstitutet (*Kunskapsmyndigheten för hälsa, vård och omsorg*).

7 § Socialstyrelsen har efter regeringens bemyndigande rätt att meddela föreskrifter i fråga om anmälan av sjukdomsfall (*Kunskapsmyndigheten för hälsa, vård och omsorg*).

**3 kap.**

8 och 10 §§ Socialstyrelsen får besluta i frågor om extraordinära skyddsåtgärder (*Kunskapsmyndigheten för hälsa, vård och omsorg*).

**6 kap.**

9 § 2 ....står under tillsyn av Socialstyrelsen (...*står under tillsyn av Inspektionen för hälsa, vård och omsorg*).

**8 kap.**

1 § Tredje och fjärde styckena handlar om överklagande av Socialstyrelsens beslut om undantag från beslut om avspärrning av visst område (*Kunskapsmyndigheten för hälsa, vård och omsorg*).

7 § Socialstyrelsen ska för viss tid förordna särskilda sakkunniga att bistå rätten i mål om isolering m.m. (*Kunskapsmyndigheten för hälsa, vård och omsorg*).

12 § Andra stycket. Polismyndigheten ska lämna biträde på begäran av Socialstyrelsen för att spärra av områden m.m. (*Kunskapsmyndigheten för hälsa, vård och omsorg*).

## 9 kap.

1 § Socialstyrelsen har tillsyn...(*Inspektionen för hälsa, vård och omsorg*).

### Smittskyddsförordning (2004:255)

Socialstyrelsen har föreskriftsrätt, bl.a. i fråga om anmälan av sjukdomsfall, och andra uppgifter enligt förordningen, se **5, 7 och 12 §§** (*Kunskapsmyndigheten för hälsa, vård och omsorg*).

6 § Smittskyddsinstitutet ska fortlöpande sammanställa och utvärdera anmälningar till institutet enligt 2 kap. 5 § smittskyddslagen (2004:168) och på begäran från Socialstyrelsen eller andra myndigheter inom smittskyddet tillhandahålla sådan information. (*Bestämmelsen bör ses över eftersom Kunskapsmyndigheten för hälsa, vård och omsorg får ansvar för både Smittskyddsinstitutets och Socialstyrelsens uppgifter.*)

---

### Förordning (2005:363) om läkemedelsregister hos Socialstyrelsen

I förordningen framkommer att registret är ett hälsodataregister och att Socialstyrelsen är personuppgiftsansvarig. Ingen föreskriftsrätt. Ordet Socialstyrelsen byts ut i hela förordningen mot (*Kunskapsmyndigheten för hälsa, vård och omsorg*).

---

**Förordning (2006:11) om skyldighet för Rättsmedicinalverket att lämna uppgifter till Socialstyrelsens dödsorsaksregister**

Ordet Socialstyrelsen byts ut i hela förordningen mot (*Kunskapsmyndigheten för hälsa, vård och omsorg*).

---

**Förordning (2006:94) om register hos Socialstyrelsen över insatser inom den kommunala hälso- och sjukvården**

I förordningen framkommer att registret är ett hälsodataregister och att Socialstyrelsen är personuppgiftsansvarig. Bland Socialstyrelsens uppgifter ingår en möjlighet att efter samråd med Sveriges kommuner och landsting utfärda föreskrifter om hur uppgiftsskyldighet ska fullgöras. Ordet Socialstyrelsen byts ut i hela förordningen mot (*Kunskapsmyndigheten för hälsa, vård och omsorg*).

---

**Lag (2006:323) om utbyte av sprutor och kanyler**

Socialstyrelsen meddelar tillstånd till sprututbytesverksamhet m.m. Ordet Socialstyrelsen byts ut i hela lagen (*Inspektionen för hälsa, vård och omsorg*).

---

**Lag (2006:496) om blodsäkerhet**

18 § Första stycket. Socialstyrelsen ska.....föra ett register över dem som har tillstånd att bedriva blodverksamhet (*Inspektionen för hälsa, vård och omsorg*).

18 § Tredje stycket. Socialstyrelsen är personuppgiftsansvarig för registret (*Inspektionen för hälsa, vård och omsorg*).

18 a § Socialstyrelsen ska, snarast efter att ha fått kännedom om att en allvarlig biverkan har observerats hos en patient i samband med en transfusion, lämna information till samtliga blodcentraler..... (*Inspektionen för hälsa, vård och omsorg*).



19 § ...Uppgifter ska lämnas till Socialstyrelsen som är nödvändiga för att registret enligt 18 § ska lämnas (*Inspektionen för hälsa, vård och omsorg*).

### Förordning (2006:497) om blodsäkerhet

2 och 3 §§ Både Socialstyrelsen och Läkemedelsverket beslutar om tillstånd och utöver tillsyn (Bestämmelserna omarbetas p.g.a. utredningen föreslår en tillstånds- och tillsynsmyndighet *Inspektionen för hälsa, vård och omsorg*).

4 § Ansökan om tillstånd....om något förhållande som omfattas av en tidigare ansökan ändras, ska detta omgående anmälas till Socialstyrelsen respektive Läkemedelsverket (*Inspektionen för hälsa, vård och omsorg*).

6 § Handlar om att Socialstyrelsen och Läkemedelsverket ska samverka med varandra i vissa frågor vid tillsynen. Bestämmelsen upphör p.g.a. endast en tillsynsmyndighet.

7 § Socialstyrelsens register.....(*Inspektionen för hälsa, vård och omsorg*).

7 a och b §§ Socialstyrelsen och Läkemedelsverket får meddela föreskrifter bl.a. om vilka uppgifter register enligt 16 § lagen om blodsäkerhet ska innehålla (*Inspektionen för hälsa, vård och omsorg*).

8 § Upphör p.g.a. endast en tillsynsmyndighet.

9 § Andra stycket. Socialstyrelsen och Läkemedelsverket får meddela föreskrifter om avgifter....(*Inspektionen för hälsa, vård och omsorg*).

10 § Första stycket. Socialstyrelsen och Läkemedelsverket får meddela ytterligare föreskrifter om blodverksamhet som behövs till skydd för liv eller hälsa.....(*Kunskapsmyndigheten för hälsa, vård och omsorg*).

10 § Andra stycket. Socialstyrelsen och Läkemedelsverket får meddela ytterligare föreskrifter om verkställigheten av lagen... (*Inspektionen för hälsa, vård och omsorg*).

---

#### **Förordning (2006:942) om krisberedskap och höjd beredskap**

I bilagan till förordningen pekas bl.a. Socialstyrelsen och Smittskyddsinstitutet ut som ansvariga myndigheter för samverkansområdet Farliga ämnen. För samverkansområdet Skydd undsättning och vård pekas bl.a. Socialstyrelsen ut som ansvarig myndighet (*Kunskapsmyndigheten för hälsa, vård och omsorg*).

---

#### **Förordning (2006:1119) om omvandling av fängelse på livtid**

7 § Rätten får inhämta yttrande från Socialstyrelsen över en utredning om risken för återfall i brottslighet....(*Inspektionen för hälsa, vård och omsorg*).

8 § följdändring (*Inspektionen för hälsa, vård och omsorg*).

---

#### **Lag (2006:1570) om skydd mot internationella hot mot människors hälsa**

5, 10–12 §§, 13 och 16 §§ Ordet Socialstyrelsen byts ut (*Kunskapsmyndigheten för hälsa, vård och omsorg*).

26 § Socialstyrelsen har tillsyn över efterlevnaden.....(*Inspektionen för hälsa, vård och omsorg*).

#### **Förordning (2007:156) om skydd mot internationella hot mot människors hälsa**

Socialstyrelsen har uppgifter enligt lagen bl.a. får Socialstyrelsen meddela närmare föreskrifter om vilka misstänkta eller konstaterade fall av sjukdomar som skall rapporteras till Socialstyrelsen

enligt 10 § första stycket lagen (2006:1570) om skydd mot internationella hot mot människors hälsa. Socialstyrelsen byts ut mot i hela förordningen mot (*Kunskapsmyndigheten för hälsa, vård och omsorg*).

---

### **Lag (2008:145) om statligt tandvårdsstöd**

**3 kap. 3 §** Andra stycket. Vårdgivaren ska till Socialstyrelsen lämna uppgifter om sina patienters tandhälsa. I tredje stycket anges att regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer får meddela föreskrifter om vårdgivarens uppgiftsskyldighet i förhållande till Försäkringskassan och Socialstyrelsen och om den information som vårdgivaren ska lämna till en patient. (enligt Karnov syftar uppgiftsskyldigheten till att ge underlag för registrering i ett nytt tandhälsoregister som inrättas hos Socialstyrelsen. Socialstyrelsen är personuppgiftsansvarigt för detta register. Personuppgifter i tandhälsoregistret får behandlas för framställning av statistik, kvalitetssäkring, uppföljning och utvärdering inom tandvårds- och tandhälsoområdet samt för forskning och epidemiologiska undersökningar (*Kunskapsmyndigheten för hälsa, vård och omsorg*).

### **Förordning (2008:193) om statligt tandvårdsstöd**

**2, 5, 19 a och 22 §§** Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket får meddela föreskrifter i olika frågor (*Kunskapsmyndigheten för hälsa, vård och omsorg*).

**21 §** Socialstyrelsen får meddela föreskrifter om vårdgivarens uppgiftsskyldighet enligt 3 kap. 3 § andra stycket lagen (2008:145) om statligt tandvårdsstöd (*Kunskapsmyndigheten för hälsa, vård och omsorg*).

---

**Förordning (2008:194) om tandhälsoregister hos Socialstyrelsen**

I förordningen framkommer att registret är ett s.k. hälsodata-register och att Socialstyrelsen är personuppgiftsansvarig. Bland Socialstyrelsens uppgifter ingår en möjlighet att utfärda föreskrifter om hur uppgiftsskyldighet ska fullgöras. Ordet Socialstyrelsen byts ut i hela förordningen (*Kunskapsmyndigheten för hälsa, vård och omsorg*).

---

**Lag (2008:286) om kvalitets- och säkerhetsnormer vid hantering av mänskliga vävnader och celler**

23 § Socialstyrelsen ska...föra ett register över dem som har tillstånd att bedriva en vävnadsinrättning. Registret har till ändamål att ge offentlighet åt vilka vävnadsinrättningar som har tillstånd och för vilken verksamhet dessa har beviljats tillstånd. Registret får också användas för tillsyn, forskning och statistik (*Inspektionen för hälsa, vård och omsorg*).

24 § Följdändringar (*Inspektionen för hälsa, vård och omsorg*).

**Förordning (2008:414) om kvalitets- och säkerhetsnormer vid hantering av mänskliga vävnader och celler**

Såväl Socialstyrelsen som Läkemedelsverket beslutar om tillstånd, utövar tillsyn samt får meddela föreskrifter på olika områden.

2–4, 6–9 och 11 §§ Orden Socialstyrelsen och Läkemedelsverket byts ut (*Inspektionen för hälsa, vård och omsorg*).

5 § Paragrafen kan utgå då någon samverkan mellan myndigheterna inte behövs.

10 § kan utgå då någon uppgiftsskyldighet mellan Läkemedelsverket och Socialstyrelsen inte behövs.

12 § Socialstyrelsen får meddela föreskrifter om vävnadsinrättningar och hanteringen av mänskliga vävnader och celler som behövs till skydd för liv och hälsa....(*Kunskapsmyndigheten för hälsa, vård och omsorg*).

---

#### **Patientdatalag (2008:355)**

8 kap. 2 § andra stycket och 4 §, 9 kap. 1–3 §§ samt 10 kap. 2 § Socialstyrelsen får enligt lagen besluta i olika frågor som rör journalhandlingar/patientjournaler, se. liknande bestämmelser om personakter finns i socialtjänstlagen och lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade (*Inspektionen för hälsa, vård och omsorg*).

#### **Patientdataförordning (2008:360)**

I förordningen finns ett antal bemyndiganden för Socialstyrelsen att meddela föreskrifter i olika frågor (*Inspektionen för hälsa, vård och omsorg*).

---

#### **Förordning (2008:1239) om statsbidrag till auktoriserade adoptionsammanslutningar och till riksorganisationer för adopterade**

Enligt förordningen får myndigheten för internationella adoptionsfrågor ange villkoren för statsbidraget m.m. Myndigheten för internationella adoptionsfrågor byts ut (*Inspektionen för hälsa, vård och omsorg*).

---

#### **Lag (2009:366) om handel med läkemedel**

Läkemedelsverket meddelar tillstånd och utövar tillsyn m.m. Alla Bestämmelser i lagen som pekar ut Läkemedelsverket (*Inspektionen för hälsa, vård och omsorg*).

**Förordning (2009:659) om handel med läkemedel**

7 § Avgifter enligt denna förordning ska betalas till Läkemedelsverket (*Inspektionen för hälsa, vård och omsorg*).

14 och 15 §§ Läkemedelsverket får meddela föreskrifter om utformningen av lokaler m.m. (*Inspektionen för hälsa, vård och omsorg*).

Det finns även bestämmelser om uppgiftsskyldighet till Apotekens Service Aktiebolag i 11 och 12 §§ för att bolaget ska kunna föra statistik (*Infrastrukturmyndigheten för hälsa, vård och omsorg*).

---

**Offentlighets- och sekretesslag (2009:400)****25 kap.**

8 § Sekretess gäller hos Socialstyrelsen för uppgift om en enskilds hälsotillstånd eller andra personliga förhållanden i anmälan i ärende om klagomål mot hälso- och sjukvården eller dess personal enligt 7 kap. patientsäkerhetslagen (2010:659).....(*Inspektionen för hälsa, vård och omsorg*).

8 a § Första stycket. Sekretess gäller hos Socialstyrelsen i ärende om legitimation, särskilt förordnande att utöva yrke, bevis som kompetens som Europaläkare...(*Inspektionen för hälsa, vård och omsorg*).

Andra stycket. Sekretess gäller hos Socialstyrelsen i ärende om klagomål eller i initiativärende enligt 7 kap. patientsäkerhetslagen...(*Inspektionen för hälsa, vård och omsorg*).

18 § Tredje stycket. Den tystnadsplikt som följer av 8 § inskränker rätten att meddela och offentliggöra uppgifter, när det är fråga om uppgift i anmälan till Socialstyrelsen....(*Inspektionen för hälsa, vård och omsorg*).

## Offentlighets- och sekretessförordning (2009:641)

I förordningen görs ett antal undantag från OSL för olika myndigheter i olika frågor, bl.a. Socialstyrelsen, Läkemedelsverket, Myndigheten för vårdanalys, Statens folkhälsoinstitut. En genomgång och bedömning måste göras.

---

## Patientsäkerhetslag (2010:659)

### 1 kap.

1 § Sjätte strecksatsen. I lagen finns bestämmelser om Socialstyrelsens tillsyn (7 kap.). (*Tillsyn som utövas av Inspektionen för hälsa, vård och omsorg*).

4 § 5 Med hälso- och sjukvårdspersonal avses i denna lag personal vid Giftinformationscentralen som lämnar råd och upplysningar (personal vid Giftinformationscentralen, *Kunskapsmyndigheten för hälsa, vård och omsorg*, som lämnar råd och upplysningar).

### 2 kap.

1 § Den som avser att bedriva verksamhet som omfattas av Socialstyrelsens tillsyn ska anmäla detta till Socialstyrelsen.... (*...omfattas av den tillsyn som utövas av Inspektionen för hälsa, vård och omsorg ska anmäla detta till Inspektionen*).

2 § Om verksamheten helt eller till väsentlig del förändras eller flyttas, ska detta anmälas till Socialstyrelsen inom en månad efter genomförandet. Om verksamheten läggs ned, ska det snarast anmälas till Socialstyrelsen (*...anmälas till Inspektionen för hälsa, vård och omsorg*).

4 § Handlar om att Socialstyrelsen ska föra ett register över verksamheter som anmälts enligt detta kapitel (*Inspektionen för hälsa, vård och omsorg*).

**3 kap.**

Rubriken före 5 §. Anmälningsskyldighet till Socialstyrelsen (*Inspektionen för hälsa, vård och omsorg*).

5–7 §§ Handlar om vårdgivarens anmälningsskyldighet till Socialstyrelsen. Ordet Socialstyrelsen byts ut (*Inspektionen för hälsa, vård och omsorg*).

8 § 3 Ordet Socialstyrelsen byts ut (*Inspektionen för hälsa, vård och omsorg*).

**4 kap.**

10 § Ansökningar om legitimation...prövas av Socialstyrelsen (*Inspektionen för hälsa, vård och omsorg*).

**6 kap.**

11 § Handlar om att det ska anmälas till Socialstyrelsen om en legitimerad yrkesutövares förskrivning av narkotiska läkemedel m.m. befaras stå i strid med vetenskap och beprövad erfarenhet (*Inspektionen för hälsa, vård och omsorg*).

15 § 4 Hänvisar till Socialstyrelsens råd för vissa rättsliga, sociala och medicinska frågor....(*Inspektionen för hälsa, vård och omsorg*).

**7 kap.**

Handlar om Socialstyrelsens tillsyn. Ordet Socialstyrelsen byts ut i rubriken och i hela kapitlet (*Inspektionen för hälsa, vård och omsorg*).

**8 kap.**

Inga förändringar föreslås vad gäller Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd.



2 § Förslag till prøvotidsplan upprättas av Socialstyrelsen (*Inspektionen för hälsa, vård och omsorg*).

#### 9 kap.

1 och 17 §§ Ordet Socialstyrelsen byts ut (*Inspektionen för hälsa, vård och omsorg*).

#### 10 kap.

1 och 8 §§, 11 § 1 och 13–15 §§. Ordet Socialstyrelsen byts ut (*Inspektionen för hälsa, vård och omsorg*).

### **Patientsäkerhetsförordning (2010:1369)**

Socialstyrelsen har en mängd uppgifter enligt förordningen, bl.a. att meddela föreskrifter i olika frågor om legitimation, specialistkompetens, yrkeskvalifikationer m.m. Ordet Socialstyrelsen byts i hela förordningen ut (*Inspektionen för hälsa, vård och omsorg*) utom i 7 kap. 4 § som ger Socialstyrelsen möjlighet att meddela föreskrifter om skyldigheter för hälso- och sjukvårdspersonalen som behövs till skydd för människors liv, personliga säkerhet eller hälsa (*Kunskapsmyndigheten för hälsa, vård och omsorg*).

---

### **Alkohollag (2010:1622)**

#### 2 kap.

1 § Andra och tredje styckena handlar om att destillationsapparat endast får tillverkas för, överlåtas till eller innehas av den som har rätt att tillverka sprit och att Statens folkhälsoinstitut får medge undantag från detta (*Inspektionen för hälsa, vård och omsorg*).

**9 kap.**

1 § Folkhälsoinstitutet har med vissa begränsningar tillsyn över efterlevnaden av lagen och anslutande föreskrifter ... (*Inspektionen för hälsa, vård och omsorg*).

7 §, 12 § tredje stycket och 16 § handlar om att olika aktörer ska anmäla, underrätta m.m. olika frågor till Statens folkhälsoinstitut ... (*Inspektionen för hälsa, vård och omsorg*).

**10 kap.**

1 § Statens folkhälsoinstituts beslut får överklagas... (*Inspektionen för hälsa, vård och omsorg*).

**13 kap.**

1 § Statens folkhälsoinstitut ska ..... föra ett centralt register för tillsyn, uppföljning och utvärdering..... (*Inspektionen för hälsa, vård och omsorg*).

**Alkoholförordning (2010:1636)**

Ordet Statens folkhälsoinstitut byts ut i hela förordningen (*Inspektionen för hälsa, vård och omsorg*).

---

**Förordning (2011:306) om behandling av personuppgifter i Tandvårds- och läkemedelsförmånsverkets verksamhet i fråga om det statliga tandvårdsstödet**

I förordningen framkommer att Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket är personuppgiftsansvarigt för behandlingen av personuppgifter.... Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket byts ut i hela förordningen (*Kunskapsmyndigheten för hälsa, vård och omsorg*).

---

## Förordning (2011:926) om EU:s förordningar om pris- och marknadsreglering av jordbruksprodukter

9 § Statens folkhälsoinstitut utövar tillsyn och annan kontroll .....(*Inspektionen för hälsa, vård och omsorg*).

11 § Tredje stycket 2. Innan Jordbruksverket meddelar föreskrifter om tillsyn och annan kontroll med stöd av första stycket 1 ska det inhämta ett yttrande från Statens folkhälsoinstitut, om föreskrifterna avser Statens folkhälsoinstituts tillsyn eller kontroll (*Inspektionen för hälsa, vård och omsorg*).

12 § Statens folkhälsoinstitut får meddela föreskrifter om bl.a. att den som hanterar vinetanol som används för tekniskt, industriellt, medicinskt, vetenskapligt eller annat likartat ändamål, ska utöva kontroll av verksamheten och om hur kontrollen ska utövas och hantering av vissa följedokument, register och lager- och produktionsdeklarationer (*Inspektionen för hälsa, vård och omsorg*).

13 § Jordbruksverket och Statens folkhälsoinstitut får meddela föreskrifter om avgifter för tillsynen (*Statens folkhälsoinstitut byts ut mot Inspektionen för hälsa, vård och omsorg*).

15 § Statens folkhälsoinstitut får meddela föreskrifter om bl.a. skyldighet för näringsidkare som tar befattning med sådana vinprodukter som avses i bilaga 1, del XII, till rådets förordning (EG) nr 1234/2007 att lämna uppgifter om produktion, inköp, försäljning, import och export (*Inspektionen för hälsa, vård och omsorg*).

16 § Statens folkhälsoinstitut ska till Jordbruksverket lämna de uppgifter (*Inspektionen för hälsa, vård och omsorg*).

# Statens offentliga utredningar 2012

---

## *Kronologisk förteckning*

1. Tre blir två! Två nya myndigheter inom utbildningsområdet. U.
2. Framtidens högkostnadsskydd i vården. S.
3. Skatteincitament för riskkapital. Fi.
4. Kompletterande regler om personuppgiftsbehandling på det arbetsmarknadspolitiska området. A.
5. Högskolornas föreskrifter. U.
6. Åtgärder mot fusk och felaktigheter med assistansersättning. S.
7. Kunskapsläget på kärnavfallsområdet 2012 – långsiktig säkerhet, haverier och global utblick. M.
8. Skadeståndsansvar och försäkringsplikt vid sjötransporter – Atenförordningen och försäkringsdirektivet i svensk rätt. Ju.
9. Förmån och fälla – nyanländas uttag av föräldrapenning. A.
10. Läsarnas marknad, marknadens läsare – en forskningsantologi. Ku.
11. Snabbare betalningar. Ju.
12. Penningtvätt – kriminalisering, förverkande och dispositionsförbud. Ju.
13. En sammanhållen svensk polis. Ju.
14. Ekonomiskt värde och samhällsnytta – förslag till en ny statlig ägarförvaltning. Fi.
15. Plan för framtagandet av en strategi för långsiktigt hållbar markanvändning. M.
16. Att angöra en kulturbrygga – för stöd till nyskapande kultur. Ku.
17. Psykiatri och lagen – tvångsvård, straffansvar och samhällsskydd. S.
18. Så enkelt som möjligt för så många som möjligt. – den mjuka infrastrukturen på väg. N.
19. Nationella patent på engelska? N.
20. Kvalitetssäkring av forskning och utveckling vid statliga myndigheter. U.
21. Här finns mer att hämta – it-användningen i småföretag. N.
22. Mål för rovdjuren. M.
23. Mindre våld för pengarna. Ku.
24. Likvärdig utbildning – riksrekryterande gymnasial utbildning för vissa ungdomar med funktionsnedsättning. U.
25. Enklare för privatpersoner att hyra ut sin bostad med bostadsrätt eller äganderätt. S.
26. En ny brottsskadelag. Ju.
27. Färdplan för framtiden – en utvecklad flygtrafiktjänst. N.
28. Längre liv, längre arbetsliv. Förutsättningar och hinder för äldre att arbeta längre. S.
29. Sveriges möjligheter att ta emot internationellt stöd vid kriser och allvarliga händelser i fredstid. Fö.
30. Vital kommunal demokrati. Fi.
31. Sänkta trösklar – högt i tak Arbete, utveckling, trygghet. A.
32. Upphandlingsstödet framtid. S.
33. Gör det enklare! S.

# Statens offentliga utredningar 2012

---

## Systematisk förteckning

### **Justitiedepartementet**

---

Skadeståndsansvar och försäkringsplikt vid sjötransporter – Atenförordningen och försäkringsdirektivet i svensk rätt. [8]

Snabbare betalningar. [11]

Penningtvätt – kriminalisering, förverkande och dispositionsförbud. [12]

En sammanhållen svensk polis. [13]

En ny brottskadelaag. [26]

### **Försvarsdepartementet**

---

Sveriges möjligheter att ta emot internationellt stöd vid kriser och allvarliga händelser i fredstid. [29]

### **Socialdepartementet**

---

Framtidens högstnadsskydd i vården. [2]

Åtgärder mot fusk och felaktigheter med assistansersättning. [6]

Psykiatri och lagen – tvångsvård, straffansvar och samhällsskydd. [17]

Enklare för privatpersoner att hyra ut sin bostad med bostadsrätt eller äganderätt. [25]

Längre liv, längre arbetsliv. Förutsättningar och hinder för äldre att arbeta längre. [28]

Upphandlingsstödet framtid. [32]

Gör det enklare! [33]

### **Finansdepartementet**

---

Skatteincitament för riskkapital. [3]

Ekonomiskt värde och samhällsnytta – förslag till en ny statlig ägarförvaltning. [14]

Vital kommunal demokrati. [30]

### **Utbildningsdepartementet**

---

Tre blir två! Två nya myndigheter inom utbildningsområdet. [1]

Högskolornas föreskrifter. [5]

Kvalitetssäkring av forskning och utveckling vid statliga myndigheter. [20]

Likvärdig utbildning

– riksrekryterande gymnasial utbildning för vissa ungdomar med funktionsnedsättning. [24]

### **Miljödepartementet**

---

Kunskapsläget på kärnavfallsområdet 2012 – långsiktig säkerhet, haverier och global utblick. [7]

Plan för framtagandet av en strategi för långsiktigt hållbar markanvändning. [15]

Mål för rovdjuren. M. [22]

### **Näringsdepartementet**

---

Så enkelt som möjligt för så många som möjligt – den mjuka infrastrukturen på väg. [18]

Nationella patent på engelska? [19]

Här finns mer att hämta – it-användningen i småföretag. N. [21]

Färdplan för framtiden – en utvecklad flygtrafikfjänt. [27]

### **Kulturdepartementet**

---

Läsarnas marknad, marknadens läsare – en forskningsantologi. [10]

Att angöra en kulturbygga – för stöd till nyskapande kultur. [16]

Mindre våld för pengarna. [23]

### **Arbetsmarknadsdepartementet**

---

Kompletterande regler om personuppgiftsbehandling på det arbetsmarknadspolitiska området [4]

Förmån och fälla – nyanländas uttag av föräldrappening. [9]

Sänkta trösklar – högt i tak Arbete, utveckling, trygghet. [31]