

# Regeringens proposition

## 2005/06:73

Nationell samordning av rikssjukvården

Prop.  
2005/06:73

---

Regeringen överlämnar denna proposition till riksdagen.

Stockholm den 9 februari 2006.

*Göran Persson*

*Ylva Johansson*  
(Socialdepartementet)

### Propositionens huvudsakliga innehåll

Propositionen innehåller förslag till ändringar i hälso- och sjukvårdslagen (1982:763).

I propositionen föreslås att med rikssjukvård skall avses hälso- och sjukvård som bedrivs av ett landsting och som samordnas med landet som upptagningsområde. Socialstyrelsen skall fastställa vilken hälso- och sjukvård som utgör rikssjukvård. Rikssjukvården skall samordnas till enheter där en hög vårdkvalitet och en ekonomiskt effektiv verksamhet kan säkerställas. För att bedriva rikssjukvård skall det krävas tillstånd från Socialstyrelsen. Tillståndet skall vara tidsbegränsat och förenat med villkor.

Lagändringarna föreslås träda i kraft den 1 januari 2007.

1	Förslag till riksdagsbeslut.....	3
2	Förslag till lag om ändring i hälso- och sjukvårdslagen (1982:763).....	4
3	Ärendet och dess beredning.....	5
4	Bakgrund och centrala begrepp .....	5
4.1	Begreppen regionsjukvård, rikssjukvård och högspecialiserad sjukvård .....	5
4.2	Rikssjukvård – sjukvård med hela riket som upptagningsområde .....	7
4.2.1	Rikssjukvårdens utveckling .....	7
4.2.2	Barnhjärtkirurgin .....	10
4.3	Begreppet sjukhus .....	10
4.4	Rikssjukvård ur ett nordiskt perspektiv .....	12
4.5	Rikssjukvården ur ett gemenskapsperspektiv .....	12
5	Nationell samordning av rikssjukvården .....	13
5.1	Allmänna utgångspunkter för en central styrprocess.....	13
5.2	Definitionen av rikssjukvården samt fastställande av vilken hälso- och sjukvård som skall utgöra rikssjukvård .....	17
5.3	För att bedriva rikssjukvård skall tillstånd från Socialstyrelsen krävas .....	19
5.4	En nämnd för rikssjukvård.....	22
5.5	Överklagande m.m. ....	25
5.6	Beslutsunderlag om rikssjukvård.....	28
6	Frågor om den kommunala självstyrelsen .....	31
7	Ikraftträdande .....	33
8	Ekonomiska konsekvenser och konsekvenser för små företag .....	33
9	Författningskommentar .....	34
Bilaga 1	Uppdrag projekt om översyn av den högspecialiserade sjukvården.....	36
Bilaga 2	Författningsförslag från promemorian om Högspecialiserad sjukvård – kartläggning och förslag Ds 2003:56.....	38
Bilaga 3	Remissinstanser till departementspromemorian Högspecialiserad sjukvård – kartläggning och förslag Ds 2003:56.....	41
	Utdrag ur protokoll vid regeringsammanträde den 9 februari 2006 .....	43

# 1 Förslag till riksdagsbeslut

Prop. 2005/06:73

Regeringen föreslår att riksdagen antar regeringens förslag till lag om ändring i hälso- och sjukvårdslagen (1982:763).

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

Prop. 2005/06:73

Härigenom föreskrivs att det i hälso- och sjukvårdslagen (1982:763)<sup>1</sup> skall införas två nya paragrafer, 9 a och 9 b §§, samt närmast före 9 a § en ny rubrik av följande lydelse.

### *Nuvarande lydelse*

### *Föreslagen lydelse*

#### *Rikssjukvård*

##### *9 a §*

*Med rikssjukvård avses hälso- och sjukvård som bedrivs av ett landsting och som samordnas med landet som upptagningsområde.*

*Socialstyrelsen beslutar vilken hälso- och sjukvård som skall utgöra rikssjukvård.*

*Rikssjukvården skall samordnas till enheter där en hög vårdkvalitet och en ekonomiskt effektiv verksamhet kan säkerställas.*

##### *9 b §*

*För att få bedriva rikssjukvård krävs det tillstånd. Tillståndet skall vara tidsbegränsat och förenat med villkor.*

*Socialstyrelsen beslutar, efter ansökan från det landsting som avser att bedriva rikssjukvård, om tillstånd och villkor.*

*Socialstyrelsens beslut i ärenden om rikssjukvård enligt denna lag får inte överklagas.*

---

Denna lag träder i kraft den 1 januari 2007.

<sup>1</sup> Lagen omtryckt 1992:567.

Regeringen beslutade den 2 maj 2002 att i Regeringskansliet (Socialdepartementet) inrätta ett projekt med uppdrag att göra en översyn av den högspecialiserade hälso- och sjukvården i Sverige. I uppdraget ingick även att göra en översyn av vissa frågor rörande klinisk forskning. Uppdraget återfinns i *bilaga 1*.

Projektet färdigställde den 26 november 2003 departementspromemorian Högspecialiserad sjukvård – kartläggning och förslag (Ds 2003:56). I promemorian lämnas förslag till en särskild lag om högspecialiserad sjukvård. Promemorians lagförslag återfinns i *bilaga 2*. Promemorian har remissbehandlats. Remissinstanserna framgår av *bilaga 3*. En sammanställning av remissvaren finns tillgänglig i Socialdepartementet (dnr S2003/9641/HS).

I departementspromemorian lämnas förslag rörande dels de delar av den högspecialiserade sjukvården som är att betrakta som rikssjukvård, dels de delar som är att betrakta som regionsjukvård. En redogörelse görs dessutom för den kliniska forskningen i Sverige. I denna proposition behandlas endast de delar av promemorian som rör rikssjukvården.

## 4 Bakgrund och centrala begrepp

### 4.1 Begreppen regionsjukvård, rikssjukvård och högspecialiserad sjukvård

Ansvar för att medborgarna får hälso- och sjukvård vilar enligt hälso- och sjukvårdslagen (1982:763; HSL) huvudsakligen på landstingen och i viss utsträckning på kommunerna. Kommunerna svarar efter den s.k. Ädelreformen år 1992 för all hälso- och sjukvård i särskilt boende och i dagverksamheter utom läkarinsatser.

Enligt 9 § HSL får regeringen föreskriva att landet skall delas in i regioner för den hälso- och sjukvård som berör flera landsting. Vidare framgår att landstingen skall samverka i sådana frågor. Av förordningen (1982:777) om rikets indelning i regioner för hälso- och sjukvård som berör flera landstingskommuner, framgår att en indelning i sex regioner har skett: Stockholmsregionen, Linköpingsregionen, Lund/Malmöregionen, Göteborgsregionen, Uppsala/Örebroregionen samt Umeåregionen. I varje region finns en samverkansnämnd vars uppgift är att samordna regionsjukvården och då särskilt den högspecialiserade sjukvården. Överenskommelser har träffats mellan landstingen om ersättningar samt formerna för och innehållet i samarbetet inom regionen.

#### *Begreppet högspecialiserad sjukvård*

Begreppet högspecialiserad sjukvård är inte definierat i HSL. Det används ofta som en beteckning på nyskapande, forskningsintensiv, modern eller investeringstung hälso- och sjukvård, och har tidigare använts synonymt med begreppet regionsjukvård. I regeringens proposition om

regionsjukvården (prop. 1980/81:9) definieras regionsjukvården som vård av det fåtal patienter som erbjuder speciellt svårbehandlade problem och som kräver samverkan mellan ett antal högt utbildade specialister samt eventuellt också särskild utrustning som är dyrbar eller svårskött.

Denna definition kan även användas om rikssjukvården, som kan sägas vara ännu mer specialiserad än regionsjukvården. Till region- och rikssjukvården räknas behandlingen av sjukdomstillstånd som uppträder så sällan att man på länsnivå inte får tillräcklig erfarenhet av och kunskap om hur de bör behandlas.

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

Landstingen samverkar kring viss högspecialiserad sjukvård såsom avancerad hjärtsjukvård och neurosjukvård, plastikkirurgi, viss cancerbehandling m.m. Vilka behandlingar som är att betrakta som högspecialiserad sjukvård är något som förändras med tiden beroende på den utveckling som sker inom hälso- och sjukvården.

### *Begreppen regionsjukvård och rikssjukvård*

Den högspecialiserade sjukvården kan bedrivas inom både regionsjukvård och rikssjukvård. Såsom framgått ovan kan region- och rikssjukvård definieras utifrån det medicinska innehållet men även utifrån det geografiska upptagningsområdet. Regionsjukvård är sådan hälso- och sjukvård som samordnas med en sjukvårdsregion som upptagningsområde. Med rikssjukvård avses hälso- och sjukvård som samordnas med landet som upptagningsområde. Region- och rikssjukvården bedrivs vanligtvis på region- och universitetssjukhusen, men det finns enstaka exempel på verksamheter som för en sjukvårdsregions räkning bedrivs vid en regionklinik på ett länssjukhus. Inom sjukvårdsregionerna samverkar sjukvårdshuvudmännen (dvs. landstingen) även om annat än den högspecialiserade sjukvården. Frågor om dimensionering av den regionala högspecialiserade sjukvården förs ofta till politiska beslut inom de regionala samverkansnämnderna.

Relationerna mellan landstingen avseende regionsjukvård grundar sig inom de flesta sjukvårdsregionerna på regionvisa avtal, alternativt bilaterala avtal mellan berört regionsjukhus och respektive landsting. Regionssjukhusen har en bredare uppsättning av medicinska specialiteter jämfört med länssjukhusen genom de s.k. regionspecialiteterna som t.ex. thoraxkirurgi, neurokirurgi, plastikkirurgi och handkirurgi. Vissa regionssjukhus utövar även barnkirurgi och transplantationsverksamhet. Inom det laboratoriemedicinska området finns flera specialiteter som endast företrädes på regionsjukhusnivån, exempelvis transfusionsmedicin, klinisk genetik, klinisk farmakologi och klinisk neurofysiologi.

## 4.2 Rikssjukvård – sjukvård med hela landet som upptagningsområde

Prop. 2005/06:73

Rikssjukvården är en till omfattningen liten men viktig del av vårdkedjan. Dess slutenvårdstillfällen motsvarar ca en procent av all sjukhusvård. Kostnaderna för all högspecialiserad sjukvård, som rikssjukvården är en del av, beräknas till ca sex procent av hälso- och sjukvårdens totala kostnader. Utredningar har visat att den svenska högspecialiserade sjukvården håller en internationellt sett hög kvalitet, med hög tillgänglighet för patienten. Kostnadsutvecklingen har dock varit högre än för annan sjukvård. I dag sker ingen samordning på riksnivå av den högspecialiserade sjukvården. I syfte att höja kvaliteten på den högspecialiserade sjukvården och utnyttja resurserna mer effektivt, behöver enligt utredningen om högspecialiserad sjukvård viss verksamhet koncentreras till att omfatta hela riket som upptagningsområde.

### 4.2.1 Rikssjukvårdens utveckling

Samarbetet inom och mellan sjukvårdsregionerna vilade före år 1983 på frivillig grund. Ett s.k. utomlänsavtal angav ersättningsgrunder och allmänna bestämmelser för remissutfärdande och den centrala regionsjukvårdsnämnden hade en samordnande roll för bl.a. den del av sjukvården som var att betrakta som mest specialiserad.

Regionsjukvårdsutredningen (SOU 1978:70) anförde i sitt betänkande Regionsjukvården, att inom vissa medicinska verksamhetsområden var resursbehovet så litet att resurserna inte borde fördelas på mer än ett fåtal platser. I dessa fall var det angeläget att en överetablering inte skulle ske. Skälet till detta hade inte bara att göra med sjukvårdens ekonomi utan också med kvaliteten på vården. Om en överetablering redan hade skett så skulle vissa enheters verksamhet således förändras eller avvecklas.

Genom rikssjukvårdsavtalet (RIA), som trädde i kraft år 1984, skapades två instrument för planering, köp och försäljning av den mest specialiserade delen av hälso- och sjukvården över regiongränserna. Det ena instrumentet var den så kallade förteckningen R som fastställdes av Landstingsförbundets styrelse och utgjorde en bilaga till RIA. Den första mer genomarbetade R-listan utarbetades under år 1985 och syftet med listan var att reglera högspecialiserad sjukvård som var av så begränsad omfattning att resurser inte kunde dimensioneras utifrån ett enskilt landstings behov eller för en enskild region. Landstingsförbundets beslut om förteckningen R fastställdes i dialog med sjukvårdshuvudmännen och blev därefter bindande. För de verksamheter som fanns med i förteckningen var hela landet upptagningsområde. Om en typ av verksamhet bedrevs vid mer än ett sjukhus stod det den remitterande kliniken fritt att välja till vilket sjukhus patienten skulle remitteras.

Det andra instrumentet som skapades för den regionövergripande vården var avtal om flerregional sjukvård, som enskilda landsting kunde ingå med varandra efter särskild rekommendation från Landstingsförbundets styrelse. Avsikten med dessa avtal var att reglera rutinmässig högspecialiserad sjukvård som var av så stor omfattning att såväl köp

som försäljning på ett meningsfullt sätt kunde planeras i samverkan mellan berörda huvudmän.

Målen för riksplaneringen av den högspecialiserade sjukvården angavs till hög medicinsk säkerhet och kvalitet, vård på lika villkor för alla i hela landet samt rationell drift och god ekonomi. Landstingsförbundet och Socialstyrelsen var de två huvudaktörerna i det centrala arbetet kring planeringen av rikssjukvården. Socialstyrelsen kom att svara för de medicinskt präglade bedömningarna och beslutsunderlag rörande behov, kvalitet, säkerhet, kompetenskrav m.m., medan Landstingsförbundets kansli förutsattes komplettera underlaget från Socialstyrelsen med ekonomiska, administrativa och organisatoriska bedömningar. På grundval av det samlade beslutsunderlaget gjorde sedan Landstingsförbundets styrelse en slutlig bedömning efter vilken man fastställde R-listan samt gav eventuella särskilda rekommendationer.

### *Rikssjukvården i dag samt Socialstyrelsens vårdkatalog*

I dag sker, som nämnts tidigare, ingen samordning på riksnivå av den högspecialiserade sjukvården. Efter en överenskommelse mellan Socialstyrelsen och Landstingsförbundet, träffad i november år 1990, avvecklades från och med år 1992 det dittills gällande systemet med central planering och styrning av den högspecialiserade sjukvården av rikskaraktär (den s.k. R-listan som omnämns ovan). I stället fick sjukvårdshuvudmännen rätt att "fritt sälja och köpa" sjukvård av rikskaraktär samt att själva avgöra eventuell etablering av sådan sjukvård. Tanken var att införa ett marknadstänkande där kvalitet och kostnader skulle styra och skapa ett effektivt och avreglerat system.

I syfte att värna om patientsäkerheten skulle Socialstyrelsen enligt överenskommelsen utveckla ett system för information, uppföljning och utvärdering. Systemet skulle även innehålla kvalitativa analyser och jämföra kostnadsangivelser.

Ett centralt led i reformen var att göra en sammanställning av den högspecialiserade sjukvården av rikskaraktär. Syftet var att den skulle utgöra en grund för sjukvårdshuvudmännens beslut om köp av hälso- och sjukvård. Socialstyrelsen utarbetade därför en sammanställning av sjukvårdshuvudmännens uppgifter om de specialiserade verksamheter som har upptagningsområde från mer än två sjukvårdsregioner utöver den egna och publicerar dem i Vårdkatalogen. Katalogen, som uppdateras regelbundet, innehåller uppgifter som anmälts av vårdproducenterna. Socialstyrelsen tillämpar vid prövningen om en verksamhet skall införas i Vårdkatalogen följande kriterier:

- Verksamheten är inriktad på diagnostik och/eller behandling av relativt sällsynta sjukdomar, sjukdomsproblem eller skador och kräver därför ett stort upptagningsområde för att säkra ett tillräckligt patientunderlag och därigenom göra det möjligt för hälso- och sjukvårdspersonalen att upprätthålla och utveckla sin kompetens.
- Verksamhetens upptagningsområde omfattar minst två sjukvårdsregioner utöver den egna.
- En väsentlig andel av patienterna kommer från andra än den egna sjukvårdsregionen.



- Verksamheten kräver speciell kompetens och/eller specialutbildad personal.
- Verksamheten kräver resurser som med hänsyn till verksamhetens begränsade omfattning inte bör dimensioneras utifrån ett enskilt sjukvårdsområde eller en enskild sjukvårdsregions förutsättningar.
- Verksamheten skall vara i kliniskt bruk och inte av karaktären forskning och utveckling eller på annat sätt vara tidsbegränsad.

Efter avstämning mot Socialstyrelsens kriterier för högspecialiserad sjukvård av rikskaraktär remitteras underlaget till universitetssjukhusen, Landstingsförbundet (numera Sveriges Kommuner och Landsting), samverkansnämnderna och Svenska Läkaresällskapet för yttrande. Arbete sker kontinuerligt med att försöka förbättra och utveckla kvaliteten på de redovisningar de olika vårdgivarna kommer in med. Vid tveksamheter medverkar medlemmar av Socialstyrelsens vetenskapliga råd med bedömningar. Kvalitetskontroll i form av besök eller tillsyn sker dock inte.

Rikssjukvården – med de 74 verksamheter som anges i Socialstyrelsens Vårdkatalog – motsvarade för år 2000 ca 4 500 vårdtillfällen där patienter behandlades i slutna vård i ett annat landsting/region än där de var hemmahörande. Detta motsvarade tre promille av det totala antalet vårdtillfällen inom den slutna vården. I siffrorna ingick således inte den rikssjukvård som vid ett universitetssjukhus erbjöds åt befolkningen i det egna landstinget/regionen. Om siffrorna ovan överfördes till befolkningsunderlaget inom Stockholm, Västra Götaland och Skåne, torde volymen rikssjukvård kunna skattas till att motsvara mindre än en procent av den totala sjukhusvården, även om insatserna vid vårdtillfällena kan vara betydande. Antalet öppenvårdspatienter inom rikssjukvården uppskattades år 2000 till 11 500.

De största volymerna av rikssjukvård finns inom verksamhetsområdet barnhjärtkirurgi, som koncentrerats till två sjukhus i landet, se avsnitt 4.2.2.

Vårdkatalogens sammanställning av verksamhetsområden kan delas upp i tre delar.

- En del omfattar högspecialiserad sjukvård av rikskaraktär som kräver betydande investeringar i kompetens och kapital för att kunna utföras med hög kvalitet. Som exempel på sjukvård kan nämnas hjärttransplantationer och intensivvård i ambulanshelikopter.
- En andra grupp av verksamheter omfattar högspecialiserad sjukvård av rikskaraktär med metoder som är knutna till en specifik läkares kompetens, är inriktade mot kompetensutveckling för behandling av sjukdomar som också tas om hand inom vården i övrigt, eller inriktade mot metodutveckling med stark forskningsanknytning. Exempel på verksamhet är utredning och behandling av neuromuskulära sjukdomar hos barn respektive multidisciplinär diagnostik och behandling vid Retts syndrom.
- Den tredje gruppen omfattar högspecialiserad sjukvård för diagnostik och behandling av sällsynta sjukdomar – ofta genetiskt betingade – eller specialiserade behandlingar för patienter med en komplicerad sjukdomsbild. Dessa verksamheter är således inriktade mot att säkerställa sjukvård för små patientgrupper. I denna grupp återfinns bl.a. hormonella tillväxtrubbningar hos barn och utredning och behandling av Wilsons sjukdom.

## 4.2.2 Barnhjärtkirurgin

Prop. 2005/06:73

En fråga som har haft särskild betydelse för den högspecialiserade sjukvården är lokaliseringen av barnhjärtkirurgin. Diskussionen kring detta område var stor under 1980-talets senare år och fram till 1994, då den fick sitt slutliga avgörande.

Ursprungligen utfördes barnhjärtkirurgi på fyra orter i Sverige: Sahlgrenska universitetssjukhuset i Göteborg (med eftervård på Östra sjukhuset), Universitetssjukhuset i Lund, Karolinska sjukhuset i Stockholm (med eftervård på den barnmedicinska kliniken på S:t Görans sjukhus) samt Akademiska sjukhuset i Uppsala.

Det fanns under tidigt 1980-tal en allmän uppfattning bland barnkardiologer att en koncentration av barnhjärtkirurgin skulle förbättra de kirurgiska resultaten. Denna uppfattning drevs också av Föräldraföreningen för hjärt- och lungsjuka barn. Det fanns således bland berörda en allmän uppslutning kring behovet av koncentration till färre enheter men det var svårt att nå enighet om hur koncentrationen skulle ske. Uppfattningarna om hur barnhjärtkirurgin skulle organiseras gick isär och frågan kom att bli långdragen och svårlöst.

Genom ingripande från Socialstyrelsen kom verksamheten slutligen att lokaliseras enbart till Universitetssjukhuset i Lund och till Sahlgrenska universitetssjukhuset. Efter denna koncentration har den tidiga dödligheten (inom 30 dagar efter ingreppen) gått ned markant och ligger i dag på en låg nivå vid en internationell jämförelse.

## 4.3 Begreppet sjukhus

Sjukhus skall, enligt 5 § hälso- och sjukvårdslagen (1982:763; HSL), finnas för hälso- och sjukvård som kräver intagning i vårdinrättning. Vård som ges under sådan intagning benämns sluten vård.

I statistiska och andra sammanhang delas sjukhusen ofta upp i länsdelssjukhus, länssjukhus och region- eller universitetssjukhus. Vid samtliga dessa typer av sjukhus finns platser för korttidsvård. Sjukhusbenämningarna tar inte enbart sikte på den hälso- och sjukvård som bedrivs utan lika mycket på indelningen av sjukhusens upptagningsområden.

Sjukhusen inom läns sjukvården indelas traditionellt i länsdels- och läns-sjukhus. Läns sjukhus är ett sjukhus som svarar för sjukvårdsområdets behov av läns sjukvård. Läns sjukvård är vård som är avsedd för landstingets invånare. Den är av sådan karaktär att den är koncentrerad till ett eller några få ställen i länet. Länsdelssjukhus är ett sjukhus som svarar för en begränsad del av sjukvårdsområdets behov av läns sjukvård. Läns sjukhusens differentieringsgrad vad avser medicinska specialiteter är betydande. Vid de länsdelssjukhus där akutmottagningarna avvecklats, har verksamheten i övrigt fortsatt. Har sjukhuset kvar korttidsvårdplatser skall det även fortsättningsvis betraktas som ett länsdelssjukhus.

*Region- och universitetssjukhus samt regionkliniker*

Med regionsjukhus avses ett sjukhus med resurser för länsdels-, läns-, region- och i vissa fall rikssjukvård. Sällsynta och komplicerade sjukdomar och skador behandlas vid regionsjukhusen, liksom sjukdomar och skador som kräver mer omfattande eller avancerad behandling, ofta efter remiss från läns sjukvården. En stor andel av remitteringarna är av akut karaktär. Vid regionsjukhusen sker även diagnostik i en betydande omfattning, dels efter att patienten remitterats dit, dels genom analys av insända prover. Begreppet regionsjukhus kan betraktas som synonymt med begreppet universitetssjukhus. Begreppet universitetssjukhus är inte reglerat i någon lag eller förordning men brukar användas av de sjukhus som genom avtal med staten bedriver grundutbildning av läkare och medicinsk klinisk forskning (det s.k. ALF-avtalet, ett avtal mellan svenska staten och vissa landsting om samarbete kring grundutbildning av läkare, medicinsk forskning och utveckling av hälso- och sjukvården).

Regionsjukhusens sjukvårdsverksamhet omfattar förutom riks- och regionsjukvården även läns sjukvård för det egna landstinget och länsdelssjukvård till närboende. Läns sjukvården utgör den dominerande delen av regionsjukhusets sjukvårdsverksamhet, oftast mer än 70 procent av vårdvolymen mätt som antalet vårdtillfällen i slutenvård.

Åtta sjukhus i Sverige är att kategorisera som region-/universitetssjukhus. I varje sjukvårdsregion finns således minst ett regionsjukhus. Regionsjukhusen enskilt svarar för en betydande andel av hela rikets sjukhusvård (28,2 procent) mätt i vårdtillfällen i slutenvård.

I vissa regioner kan det finnas vårdenheter utanför regionsjukhusen som bedriver högspecialiserad riks- och regionsjukvård, exempelvis viss thoraxkirurgi. Sådana regionkliniker har liksom regionsjukhusen, hela sjukvårdsregionen som sitt upptagningsområde och bedriver forskning och utvecklingsarbete. Av 3 § femte stycket HSL följer att landstingen inte får överlämna uppgiften att bedriva hälso- och sjukvård som ges vid ett regionsjukhus eller en regionklinik till någon annan. På regionsjukhusen och regionklinikerna utförs den absoluta huvuddelen av riks- och regionsjukvården.

Samarbete i frågor som gäller högspecialiserad sjukvård förekommer även mellan de nordiska länderna. Samarbetet bygger ofta på initiativ inom vissa kliniker varför omfattning och inriktning varierar betydligt. Ett exempel är universitetssjukhusen i Malmö och Lund som har ett samarbete med Rigshospitalet i Köpenhamn. Det finns även andra exempel på samarbete mellan de nordiska länderna.

Genom Scandiatransplant har de nordiska länderna i 36 års tid samarbetat i frågor rörande organtransplantation. Det anses finnas ett relativt väl utvecklat samarbete mellan de olika transplantationsklinikerna i Norden inklusive en gemensam nordisk transplantationskommitté. Också inom flera andra medicinska specialiteter har den medicinska professionen organiserade nordiska nätverk. Ett annat exempel är nordiskt samarbete i frågor som rör barnonkologi.

Samarbete inom den högspecialiserade vården har även diskuterats inom ramen för det Nordiska ministerrådets arbete. För närvarande arbetar en grupp med frågor rörande ett nordiskt samarbete kring små och sällsynta sjukdomar och handikapp. Arbetet har koncentrerats kring frågor rörande kranofaciala missbildningar.

#### 4.5 Rikssjukvården ur ett gemenskapsperspektiv

Behovet av att koncentrera den mest krävande högspecialiserade sjukvården har även uppmärksamats inom EU. I den rapport, som följde av gemenskapens process för patientrörlighet, framhölls det politiska värdet av europeiskt samarbete i fråga om hälso- och sjukvård. I rapporten rekommenderades bl.a. att EU utvecklar en stödmekanism, och som ett svar på detta inrättade EG-kommissionen en högnivågrupp för hälso- och sjukvårdsfrågor. Högnivågruppens uppgift är att genomföra de rekommendationer som patientrörlighetsgruppen lade fram i syfte att förbättra dels patientnyttan, dels effektiviteten i sjukvårdssystemen. I sin första fas har högnivågruppen valt att fokusera sitt arbete på sex utvalda områden i vilka arbetsgrupper har inrättats. En av dessa arbetsgrupper ägnar sig åt referenscentra för högspecialiserad sjukvård.

Tanken bakom de europeiska referenscentrumen är bland annat att dessa skulle kunna vara samlingspunkter för medicinsk utbildning, spridning av information samt forskning och utveckling. För närvarande ligger fokus i arbetet på en ökad samverkan mellan nationella centra för att sprida information och kunskap om behandlingar och forskningsresultat samt skapa nätverk. Avsikten är att ett eller flera pilotprojekt skall sättas igång under 2006 för att se över hur en ökad nätverksbildning ska kunna främjas. I inledningsskedet kommer arbetet att koncentreras kring ovanliga sjukdomar. Erfarenheterna från detta arbete skulle sedan kunna tillämpas när det gäller samverkan inom annan högspecialiserad hälso- och sjukvård.

### 5.1 Allmänna utgångspunkter för en central styrprocess

**Regeringens bedömning:** Rikssjukvården bör i ökad utsträckning samordnas nationellt. Huvudmannaskapet för rikssjukvården liksom produktion och finansiering av rikssjukvård bör kvarstå i landstingens regi.

**Utredningens bedömning:** Överensstämmer med regeringens bedömning.

**Remissinstanserna:** En övervägande majoritet av remissinstanserna ser positivt på utredningens bedömning om behovet av en starkare nationell samordning av rikssjukvården.

*Socialstyrelsen* anser att det krävs en samordning på nationell nivå av den typ av sjukvård som ställer särskilda krav på spetskompetens när det gäller diagnostik och behandling och som antingen är mycket resurskrävande eller som riktar sig mot mindre och sällsynta grupper av sjukdom och handikapp. En central styrning av rikssjukvården skulle vara positiv ur ett patientperspektiv, särskilt när det gäller vårdkvalitet och effektivitet. *Karolinska institutet (KI)* delar uppfattningen att rikssjukvården för närvarande är utan styrning och att ingen egentligen äger problemet. En genomtänkt styrning är viktig för att kunna göra gemensamma investeringar, ha en minskad sårbarhet och garantera behandling för alla. *KI* anser att en nivå över regionnivå är nödvändig för de verkligen ovanliga sjukdomarna. *Konkurrensverket* och *Sveriges Läkarförbund* anser att det är möjligt med en marknadsstyrning av rikssjukvården.

I fråga om huvudmannaskapet råder skilda uppfattningar hos remissinstanserna. Myndigheterna och de flesta landsting som har uttalat sig om utredningsförslaget är positiva till att bibehålla dagens förhållanden vad gäller huvudmannaskapet. Arbetstagarorganisationerna, de privata och alternativa vårdgivarna samt intresseorganisationerna ställer sig i huvudsak negativa till förslaget. *Landstingsförbundet/Svenska Kommunförbundet* instämmer i att behovet av styrning inte motiverar några huvudmannaskapsförändringar, dvs. ansvaret för att finansiera och tillhandahålla högspecialiserad sjukvård skall ligga på landstingen. *Sveriges Läkarförbund* anser inte att huvudmannaskapet bör kvarstå som oförändrat eftersom hela den svenska sjukvårdsmodellen måste reformeras. *Tjänstemännens Centralorganisation*, *Praktikertjänst AB* och *Vårdförbundet* anser att staten bör ha det ekonomiska ansvaret för den högspecialiserade sjukvården medan driften kan skötas av huvudmännen i enlighet med förslaget. *Riksföreningen för distriktssköterskor* är av uppfattningen att den högspecialiserade sjukvården lämpligast organiseras av en och samma huvudman. *Föreningen Vårdföretagarna* framhåller att utredningens ansats permanentar ett system där offentliga och privata vårdgivare inte verkar under samma förutsättningar. *Spenshult* menar att utredningen inte utgår från patientens intresse av att erhålla högspecialiserad sjukvård av hög kvalitet och hög tillgänglighet till lägsta möjliga pris.

*Astma- och Allergiförbundet*, *Primär Immunbrist Organisation*, *Riksförbundet för Trafik- och Polioskadade* samt *Sveriges Pensionärers*

Riksförbund avstyrker utredningens förslag och anser att frågan bör utredas ytterligare eller att sjukvården bör förstatligas.

Prop. 2005/06:73

### **Skälen för regeringens bedömning**

#### *Utgångspunkter för ökad samverkan*

Syftet med utredningen om högspecialiserad sjukvård var att skapa förutsättningar för en god utveckling och en effektiv resursanvändning i den högspecialiserade sjukvården.

Utredningen framhåller i sin rapport att den högspecialiserade sjukvården med rikssjukvården i Sverige är en framgångsrik sektor som erbjuder medborgarna en sjukvård av hög kvalitet. Väntetiderna är korta och tillgången på vård god. Sektorn är visserligen förhållandevis liten och omfattar mindre än en procent av slutenvårdstillfällena. Trots sin begränsade omfattning utgör den högspecialiserade sjukvården en central del av hälso- och sjukvården och har nära koppling till forskning och utveckling, vilket gör den till en av de verksamheter som stöder och ger förutsättningar för god vård inom övriga delar av hälso- och sjukvården.

#### *Dagens problembild*

Det svenska systemet består av 21 självständiga sjukvårdshuvudmän. Statens roll är i första hand policyskapande och kunskapsgenererande.

Det saknas tydliga beslutsprocesser genom vilka hälso- och sjukvården kan koncentrera en typ av verksamhet till ett fåtal enheter och därigenom förbättra t.ex. personalförsörjningen och förutsättningarna för den kliniska forskningen. På vissa kliniker upprätthålls i dag rikssjukvården endast av ett litet antal specialister, vilket ökar sårbarheten i systemet. Viss nyskapande verksamhet kan t.ex. behöva styras till en eller två enheter för att uppnå den bästa vårdkvaliteten. Sådana möjligheter saknas i dag.

Landsting som gör riksåtaganden kan i dagsläget inte försäkra sig om att de får ett tillräckligt patientunderlag så att den kalkylerade ersättningen för bedriven hälso- och sjukvård uppnås. Risken är att gemensamma investeringar inte kan hanteras på ett optimalt sätt eftersom vårdplatser för rikssjukvård förblir outnyttjade.

Dagens system innebär också att det inte finns någon instans som på nationell nivå samordnar hur behandlingar av vissa ovanliga sjukdomstillstånd skall kunna garanteras eller hur vårdplatser för att kunna behandla små patientgrupper med svårbehandlade sjukdomar skall kunna säkerställas. Det finns heller inget naturligt forum för diskussioner kring initiativ till ny rikssjukvård.

#### *Skäl för en ökad samordning*

Propositionen har två huvudsyften: att stärka patientsäkerheten och öka kostnadseffektiviteten inom rikssjukvården.

I fråga om det förstnämnda syftet utgår regeringen från att patienten har ett starkt intresse av en högspecialiserad sjukvård med både hög kva-

litet och med god tillgänglighet. En fråga som spelar en central roll är de goda erfarenheterna av barnhjärtkirurgins lokalisering till enbart två platser i landet (se avsnitt 4.2.2). Utdragna diskussioner rörande koncentrationen av barnhjärtkirurgin ledde till att Socialstyrelsen ingrep. Barnhjärtkirurgin koncentrerades därefter till färre enheter vilket medförde att de kirurgiska resultaten förbättrades och att den tidiga dödligheten gick ned markant. Enligt regeringens bedömning finns det även annan högspecialiserad sjukvård av rikskaraktär där man kan nå bättre vårdresultat genom att koncentrera verksamheten och därigenom öka patientunderlaget och kvaliteten.

Vad gäller kostnadseffektiviteten är utgångspunkten att det finns ett starkt samhällsintresse av en högspecialiserad sjukvård i vilken man med hjälp av bättre beslutsunderlag och smidigare beslutsprocesser kan använda vårdens resurser på det mest effektiva sättet. Tendensen i dag går mot en högspecialiserad sjukvård som – för att upprätthålla hög kvalitet och samtidigt minimera kostnaderna – i allt större omfattning kräver patientunderlag vars storlek överskrider det som förekommer inom både enskilda landsting och sjukvårdsregioner. Denna utveckling ställer nya krav på hälso- och sjukvården. Ett ökat samarbete på nationell nivå är därför ofrånkomligt eftersom dagens decentraliserade styrningssystem kan ge upphov till brister i samordningen.

Inom vissa typer av rikssjukvård har en del landsting åtagit sig stora investeringar såväl i personal som i materiel. Ett exempel är brännskadevården. I takt med utvecklingen har det blivit möjligt även för andra landsting att i egen regi omhänderta svårt brännskadade patienter. Det har medfört att vårdplatser för rikssjukvård har fått stå outnyttjade på grund av att den sjukvård som till att börja med inrättats med hela riket som upptagningsområde har gått över till region- och landstingssjukvård. Denna utveckling är i och för sig positiv men har också lett till att de landsting som var tidiga med att avsätta resurser för denna kostnadskrävande sjukvård inte har fått den ersättning som varit kalkylerad. Genom att på central nivå koncentrera resurserna till ett fåtal sjukhus, minskas till exempel risken för att resurser läggs på vårdplatser som sedan får stå outnyttjade. Dessa resurser kan i stället användas inom andra områden inom hälso- och sjukvården.

### *Alternativ till en ökad samordning*

Ett alternativ till central styrning är ökad marknadsstyrning. Dagens system kan ses som ett ofullbordat marknadsstyrningssystem för rikssjukvård. Finansieringen sker främst med allmänna medel och den enskilde patienten är ingen rationell marknadsaktör med överblick över samtliga alternativ som står till buds. Den svenska hälso- och sjukvården kännetecknas inte heller av en konkurrens i vilken både ekonomiska och kvalitativa medel står till buds hos aktörerna. Vården kan av dessa skäl inte betraktas som en marknad. Det gör det tveksamt om en ökad marknadsanpassning verkligen skulle leda till en rikssjukvård där resurserna används på ett mer rationellt sätt och där kvaliteten blir högre än vad som i dag är fallet.

Ett alternativ i motsatt riktning är att förstatliga delar av sjukvården, exempelvis dagens universitetssjukhus. Detta skulle leda till att sju

landsting får en sjukhusvård som blir delvis statlig då dessa institutioner också utgör länssjukhus och levererar en stor del av huvudmannens bas-sjukvård. Ett förstatligande av enbart den högspecialiserade sjukvården skulle dock skapa svårhanterliga gränssnitt i vårdkedjan.

Ytterligare ett alternativ är att låta dagens system, som i många avseenden fungerar tillfredsställande, kvarstå oförändrat och i stället förlita sig på att den ekonomiska verkligheten leder till åtgärder från landstingens sida som säkrar en rationell hantering och styrning av rikssjukvården. Dagens system skulle också kunna utvecklas genom att man stramar upp tillsynen av hälso- och sjukvården. Dessa möjligheter finns genom bestämmelserna i lagen (1998:531) om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område. Genom att påtala brister och utfärda förelägganden skulle tillsynsmyndigheten med andra ord kunna korrigera felaktiga organisationer eller dåliga resultat. Bedömningen är att detta inte skulle vara en tillräckligt effektiv åtgärd.

### *Slutsatser*

En ökad nationell samordning av rikssjukvården skapar bättre förutsättningar för en kostnadseffektiv verksamhet där patientens säkerhet och intressen står i centrum. Genom att på central nivå koncentrera resurser och patienter till ett fåtal sjukhus per behandlingsform, ges klinikerna bättre ekonomiska förutsättningar och större patientunderlag. Landstingen är enligt regeringens bedömning de som i dagsläget har bäst förutsättningar att driva och finansiera hälso- och sjukvård. Dagens huvudmän bör med andra ord ha fortsatt ansvar för produktionen i hela vårdkedjan och dess finansiering.

En beslutande nivå över sjukvårdsregionerna bör dock skapas där en myndighet (Socialstyrelsen) ges vissa beslutsbefogenheter i fråga om rikssjukvården. En särskild nämnd för rikssjukvård bör inrättas i Socialstyrelsen med representanter både från staten och från sjukvårdsregionerna. Nämnden bör ha till uppgift att besluta om vad som är rikssjukvård och om tillstånd att bedriva rikssjukvård m.m. (se vidare avsnitt 5.2–4).



5.2 Definitionen av rikssjukvården samt fastställande av vilken hälso- och sjukvård som skall utgöra rikssjukvård

Prop. 2005/06:73

**Regeringens förslag:** Rikssjukvård skall definieras som hälso- och sjukvård som bedrivs av ett landsting och som samordnas med landet som upptagningsområde. Socialstyrelsen skall besluta vilken hälso- och sjukvård som skall utgöra rikssjukvård. Rikssjukvården skall samordnas till enheter där en hög vårdkvalitet och en ekonomiskt effektiv verksamhet kan säkerställas.

**Regeringens bedömning:** En särskild nämnd, Rikssjukvårdsnämnden, bör inrättas i Socialstyrelsen, med uppgift att besluta om vilken hälso- och sjukvård som skall utgöra rikssjukvård.

**Utredningens förslag:** Överensstämmer med regeringens förslag.

**Remissinstanserna:** Samtliga remissinstanser som yttrat sig över definitionen av begreppet rikssjukvård tillstyrker förslaget. *Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU)* framhåller att skälen till att definitionen baseras på upptagningsområde är att åstadkomma sjukvård av hög kvalitet med hög tillgänglighet till lägsta möjliga kostnad.

En övervägande majoritet av remissinstanserna tillstyrker utredningens förslag att Socialstyrelsen skall vara den myndighet som avgör vilken sjukvård som skall vara rikssjukvård.

*Socialstyrelsen* har inget att erinra mot förslaget, men framhåller att man bör ställa upp tydliga kriterier för vilka faktorer som skall ligga till grund för beslut om att viss typ av sjukvård skall betraktas som rikssjukvård. *Karolinska institutet* delar uppfattningen att Socialstyrelsen bör få ett övergripande ansvar och muskler att identifiera rikssjukvård, volym, investeringsbehov och behov för adekvat behandling av sällsynta sjukdomar. *Linköpings universitet* anser att beslut om vad som skall vara rikssjukvård i första hand bör grundas på medicinska skäl, men att även resurstillgång måste beaktas. Innan beslut fattas bör sakkompetens inhämtas från specialistföreningar, medicinska fakulteter, SBU och andra berörda instanser. Om demografiska eller andra skäl talar mot etablering av vård för en specifik åkomma inom landet bör samarbete etableras inom Norden eller EU. *Landstingsförbundet/Svenska Kommunförbundet* anser att det är lämpligt att Socialstyrelsen definierar och fastställer vilka verksamheter som skall utgöra rikssjukvård. Det handlar om att med utgångspunkt i patientsäkerheten avgöra när det är ändamålsenligt att betrakta hela riket som upptagningsområde och att i samband med detta beakta volymer, kvalitet, investeringsbehov, kompetenskrav m.m. *Stockholms läns landsting* avstyrker utredningsförslaget eftersom man är av uppfattningen att beslut om vilka verksamheter som skall utgöra rikssjukvård bör fattas av regeringen och inte av en myndighet.

Majoriteten av arbetstagarorganisationerna påpekar att samtliga relevanta professioner bör tas med i samrådsförfarandet.

*Definitionen av begreppet rikssjukvård*

Regeringen anser att det skall följa av hälso- och sjukvårdslagen (1982:763; HSL) att rikssjukvård är sådan sjukvård som samordnas med landet som upptagningsområde. Denna definition av begreppet rikssjukvård får anses vara väletablerad, vilket också framgår av remissyttrandena. I avsnitt 4 och längre fram i detta avsnitt beskrivs vilken typ av hälso- och sjukvård som kan anses innefattas i det föreslagna begreppet.

Med begreppet ”bedrivs av ett landsting” avses bl.a. ansvaret för organisationen, förvaltningen och den dagliga verksamheten m.m. Se vidare i prop. 2004/05:145 Driftsformer för offentligt finansierade sjukhus, s. 33 (bet. 2004/05:SoU18, rskr. 2004/05:258).

*Fastställande av vilken hälso- och sjukvård som skall utgöra rikssjukvård*

Grundläggande för en ökad samordning av rikssjukvården är att beslut fattas nationellt om vilken hälso- och sjukvård som skall utgöra rikssjukvård. I ett andra steg bör beslut fattas om vilka enheter som skall bedriva vården.

Socialstyrelsen är central förvaltningsmyndighet för frågor som rör hälso- och sjukvård. Som beskrivs i avsnitt 4.2.1 utarbetar styrelsen redan i dag en sammanställning av sjukvårdshuvudmännens uppgifter om de specialiserade verksamheter som har upptagningsområde från mer än två sjukvårdsregioner utöver den egna, och publicerar dem i Vårdkatalogen. Katalogen innehåller uppgifter som anmäls av vårdproducenterna. Ett av Socialstyrelsens kriterier för att verksamhet skall införas i Vårdkatalogen är att verksamheten är inriktad på diagnostik och/eller behandling av relativt sällsynta sjukdomar, sjukdomsproblem eller skador och därför kräver ett stort upptagningsområde för att säkra ett tillräckligt patientunderlag och därigenom göra det möjligt för hälso- och sjukvårdspersonalen att upprätthålla och utveckla sin kompetens. Andra kriterier är att verksamheten kräver speciell kompetens och/eller specialutbildad personal och att verksamheten kräver resurser som med hänsyn till verksamhetens begränsade omfattning inte bör dimensioneras utifrån ett enskilt sjukvårdsområde eller en enskild sjukvårdsregions förutsättningar. I Vårdkatalogen finns även en förteckning över diagnoser för små och mindre kända handikappgrupper. För många av dessa grupper bedrivs högspecialiserad hälso- och sjukvård av rikskaraktär. En del av insatserna är av mer rehabiliterande karaktär och är högt specialiserade.

Socialstyrelsens ansvar för sammanställningen av Vårdkatalogen är en del av den överenskommelse som träffades mellan Socialstyrelsen och Landstingsförbundet i november 1990 rörande rikssjukvården.

Regeringen anser att det är naturligt att Socialstyrelsen även fortsättningsvis ansvarar för att fastställa kriterier för vilken hälso- och sjukvård som skall utgöra rikssjukvård. Socialstyrelsens ansvar bör klart framgå av HSL. Socialstyrelsens beslut om vilken hälso- och sjukvård som skall utgöra rikssjukvård skall ligga till grund för beslut om tillstånd för sjukvårdshuvudmännen att bedriva rikssjukvård. Frågan om tillstånd att bedriva rikssjukvård beskrivs i avsnitt 5.3. I avsnitt 5.4 redovisas att en sär-

### *Riktlinjer vid beslutsfattandet*

Vilken hälso- och sjukvård som skall vara rikssjukvård bör omprövas regelbundet. Behandlingsmetoder och utrustning kommer att fortsätta att utvecklas vilket kan medföra att en åtgärd, som varit att se som så specialiserad att den definierats som rikssjukvård, med tiden kan komma att föras ut i systemet som region- eller länssjukvård.

Socialstyrelsens beslut om vad som skall vara rikssjukvård bör utgå från volymbedömningar, kompetensförsörjning och ekonomi. Därutöver bör den hälso- och sjukvård som beslutats utgöra rikssjukvård vara evidensbaserad så långt det är möjligt. Hälso- och sjukvård bör inte bli betraktad som rikssjukvård enbart för att den är sällsynt.

För att ytterligare utveckla vilka behandlingar som skall utgöra rikssjukvård samt ta fram underlag för beslut om tillstånd att bedriva rikssjukvård skall Socialstyrelsen få i uppdrag att utveckla ett system för att identifiera samband mellan volymer och kvalitet i svensk hälso- och sjukvård, säkerställa att man snabbt kan omdefiniera vad som skall vara rikssjukvård samt bygga upp rutiner för hur nya behandlingsformer skall kunna inkluderas i rikssjukvården. Uppdraget beskrivs närmare i avsnitt 5.6.

### 5.3 För att bedriva rikssjukvård skall tillstånd från Socialstyrelsen krävas

**Regeringens förslag:** För att få bedriva rikssjukvård skall det krävas tillstånd. Tillståndet skall vara tidsbegränsat och förenat med villkor. Socialstyrelsen beslutar, efter ansökan från det landsting som avser att bedriva rikssjukvård, om tillstånd och villkor.

**Regeringens bedömning:** Rikssjukvårdsnämnden, som inrättas i Socialstyrelsen, bör fatta beslut om tillstånd att bedriva rikssjukvård.

**Utredningens förslag:** Överensstämmer i huvudsak med regeringens förslag.

**Remissinstanserna:** De myndigheter som yttrat sig i frågan är i huvudsak positiva till förslaget medan landstingen generellt är positiva till en mer strukturerad nationell samordning men negativa till hur tillståndsgivningen föreslås gå till. En övervägande majoritet av de arbetstagarorganisationer, privata och alternativa vårdgivare och intresseorganisationer som yttrat sig i frågan är positiva till utredningsförslaget. *Socialstyrelsen* anser att det bör införas ett tillståndsförfarande för den typ av sjukvård och de vårdaktiviteter som skall utföras med hela riket som upptagningsområde samt där myndigheten bör vara tillståndsgivande myndighet. *Statskontoret* tillstyrker förslaget att Socialstyrelsen får en mer aktiv samordnande roll under förutsättning att en allsidig utvärdering görs av systemet om några år för att se om det fungerat kostnadsdrivande eller effektiviserande och för att avgöra om dynamiken i utvecklingen av

den medicinska vården har gynnats eller missgynnats av det nya systemet. *Linköpings universitet* tillstyrker förslaget om statlig styrning av rikssjukvården i nära samverkan med sjukvårdshuvudmännen. Beslut om lokalisering av rikssjukvård bör vara tidsbegränsat. *Stockholms läns landsting* stöder utredningens förslag men ser stora svårigheter att utifrån dagens splittrade verksamhet kunna göra invändningsfria kvalitetsjämförelser mellan olika regionsjukhus/kliniker då verksamheten bedrivs i alltför små volymer. En koncentration av verksamheten till ett fåtal enheter som har infrastrukturella förutsättningar att bedriva högspecialiserad sjukvård och forskning bör vara avgörande för lokaliseringen. Kvalitetsjämförelser bör sedan göras med de mest framstående klinikerna i Europa. *Samverkansnämnden Uppsala-Örebroregionen* stöder utredningens förslag att beslut om var rikssjukvård skall vara lokaliserad styrs genom en strukturerad beslutsprocess i stället för av marknadsstyrning. *Västra Götalandsregionen* anser att Socialstyrelsen får dubbla roller, både som tillståndsgivare och som tillsynsmyndighet för rikssjukvården, vilket innebär att myndigheten skall granska sina egna beslut. Tillstånd att bedriva rikssjukvård skall kunna omprövas, men bör inte präglas av ett alltför kortsiktigt tänkande. En effektiv resursanvändning – både i ett nationellt och regionalt perspektiv – kan i flera fall kräva ett strategiskt tänkande där vissa verksamheter ges en mer långsiktig inriktning eller profil. *Norrlandstingens samverkansnämnd* ställer sig i huvudsak bakom det förslag till nationell styrmodell som föreslås. För att hålla en fortsatt hög kvalitet och kostnadseffektivitet såväl nationellt som internationellt är det nödvändigt med en kraftfull nationell samordning av övrig sjukvård och vårdaktiviteter som har hela landet som upptagningsområde. *Sveriges Läkarförbund* anser att förslaget är lovvärt men otillräckligt. Förslagets utformning talar för fortsatta strider om var verksamheter skall etableras och därmed en statlig styrning som inte får önskvärd effekt. *Praktikertjänst* noterar att vissa privat drivna vårdverksamheter såsom ögonsjukvård kan komma att falla in under det särskilda tillstånd som skall beviljas av Socialstyrelsen. Det är Praktikertjänsts bestämda uppfattning att tillstånd av Socialstyrelsen endast kan vara nödvändigt i de fall verksamheten bedrivs på direkt uppdrag och med finansiering av det allmänna.

### **Skälen för regeringens förslag och bedömning**

#### *Socialstyrelsen skall besluta om tillstånd att bedriva rikssjukvård*

Rikssjukvården är ofta av en sådan karaktär att den måste begränsas till ett fåtal platser i landet. Därigenom kan resurserna koncentreras, patientunderlaget per sjukvårdsenhet öka, nödvändiga behandlingsmetoder stå till patienternas förfogande och personalförsörjningen säkerställas. I syfte att dels värna om patientintresset, dels använda sjukvårdens resurser på ett optimalt sätt bör ett tillståndsförfarande skapas för att få bedriva rikssjukvård. Bedömningarna bör bland annat grunda sig på behovet av patientunderlag för viss verksamhet, investeringsbehov för sjukvård och forskning och kompetenskrav m.m.

Socialstyrelsen är central förvaltningsmyndighet för frågor som rör hälso- och sjukvård. Myndigheten bedriver tillsyn över all hälso- och

sjukvårdsverksamhet i Sverige. Den som avser att bedriva verksamhet som omfattas av myndighetens tillsyn skall enligt lagen (1998:531) om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område (LYHS) anmäla detta till Socialstyrelsen. I den så kallade Vårdkatalogen gör Socialstyrelsen en sammanställning av de specialiserade verksamheter som har upptagningsområde från mer än två sjukvårdsregioner utöver den egna. Det är Socialstyrelsen som prövar vilka verksamheter som skall ingå i katalogen och som sätter upp kriterierna för vad som är högspecialiserad sjukvård av rikskaraktär. I dag görs dock ingen direkt kvalitativ värdering av de verksamheter som upptas i Vårdkatalogen.

Regeringen anser mot denna bakgrund att det är naturligt att Socialstyrelsen utöver att fatta beslut om vad som skall vara rikssjukvård även fattar beslut om var rikssjukvård skall bedrivas. Myndigheten kommer därmed att ha en central roll när det gäller styrningen och utvecklingen av rikssjukvården.

Tillstånd till att bedriva rikssjukvård skall enligt regeringens bedömning formellt prövas av den rikssjukvårdsnämnd som är placerad i Socialstyrelsen (se vidare avsnitt 5.4).

#### *Villkor för tillstånd att bedriva rikssjukvård*

Sjukvårdshuvudmän som önskar bedriva rikssjukvård skall enligt regeringens förslag ansöka om tillstånd för detta hos Socialstyrelsen. Ett tillstånd att bedriva rikssjukvård skall enligt regeringens bedömning tidsbegränsas och förenas med vissa villkor. Tidsbegränsningen medför att verksamheten omprövas regelbundet, vilket är nödvändigt för att skapa ett dynamiskt system som främjar utveckling av behandlingsmetoder. Regeringen utgår från att hälso- och sjukvård bedrivs under hela den tid tillståndet gäller. Villkoren kan gälla att det exempelvis skall finnas vissa kompetenser i organisationen eller att det skall utföras ett visst antal operativa ingrepp per år. Villkoren skall syfta till att säkerställa att verksamheten håller en god vårdkvalitet och är ekonomiskt effektiv och att dessa villkor är uppfyllda så länge tillståndet gäller.

Tillstånd bör vidare kunna ges till en eller flera enheter. Regeringen bör inte fastställa någon övre gräns för antalet sjukvårdsenheter i landet där en viss form av rikssjukvård skall få bedrivas, utan denna uppgift bör i stället ankomma på Socialstyrelsen. Det kan dock tänkas uppstå situationer där viss sjukvård av kvalitativa eller ekonomiska skäl inte bör eller kan bedrivas i Sverige och där vårdgivare därför bör sökas utomlands.

Rikssjukvård bedrivs i dag främst i offentlig regi på regionsjukhus och regionkliniker. Av 3 § femte stycket hälso- och sjukvårdslagen (1982:763; HSL) framgår att uppgiften att bedriva hälso- och sjukvård som ges vid ett regionsjukhus eller en regionklinik inte får överlämnas till någon annan.

Enligt regeringens förslag skall rikssjukvård definieras som hälso- och sjukvård som bedrivs av ett landsting och som samordnas med landet som upptagningsområde. Med ”bedrivs av ett landsting” avses sådan rikssjukvård som kan bedrivas på regionsjukhus eller regionkliniker och där landstinget har ledningsansvaret och beslutanderätten över hur verksamheten skall bedrivas och med vilken inriktning (se vidare i prop. 2004/05:145 Driftsformer för offentligt finansierade sjukhus s. 31 ff.). En

privat vårdgivare som bedriver eller avser att bedriva hälso- och sjukvård som till sitt innehåll skulle kunna karaktäriseras som rikssjukvård behöver således inte ansöka om tillstånd hos Socialstyrelsen. I sammanhanget kan nämnas att det av 8 § HSL följer att landstingen i planeringen och utvecklingen av hälso- och sjukvården skall samverka med samhällsorgan, organisationer och privata vårdgivare.

#### 5.4 En nämnd för rikssjukvård

**Regeringens bedömning:** I syfte att skapa en nationell samordning av rikssjukvården bör en nämnd för rikssjukvård inrättas vid Socialstyrelsen. Nämnden bör utses av Socialstyrelsens styrelse och bestå av en ordförande och ytterligare nio ledamöter. Socialstyrelsen bör vara ordförande i nämnden. Av de nio ledamöterna bör sex representera var och en av sjukvårdsregionerna.

Nämndens uppgift bör vara att besluta vilka verksamheter som skall utgöra rikssjukvård samt besluta om tillstånd att bedriva rikssjukvård. Nämnden bör även kunna fullgöra andra rådgivande uppgifter om Socialstyrelsen bestämmer det.

Rikssjukvårdsnämndens sammansättning och uppgifter bör regleras i förordningen med instruktion för Socialstyrelsen.

**Utredningens förslag:** Överensstämmer i viss mån med regeringens bedömning. Utredningen föreslår att det i Socialstyrelsen inrättas en nämnd, Rikssjukvårdsnämnden, som enbart är rådgivande och som hörs före beslut om lokalisering. Dess rekommendation är vägledande för myndigheten så länge inte patientintresset hotas. Nämnden föreslås bestå av en representant från vardera sjukvårdsregion.

**Remissinstanserna:** De myndigheter som yttrat sig i frågan är i huvudsak positiva till förslaget. Landstingen är positiva till inrättandet av en Rikssjukvårdsnämnd men negativa till att nämnden föreslås vara rådgivande och inte beslutande. En övervägande majoritet av de arbetstagarorganisationer, privata och alternativa vårdgivare samt intresseorganisationer som yttrat sig i frågan är positiva till utredningsförslaget.

De remissinstanser som är negativa framför även kritik mot att Socialstyrelsen skulle få dubbla roller i och med att styrelsen både blir beslutande myndighet och tillsynsmyndighet.

*Socialstyrelsen* betonar att det krävs ytterligare överväganden om formerna för nämndens samarbete, nämndens sammansättning, regionrepresentanternas bakgrund, vilken roll tillståndsmyndigheten skall ha i nämnden och hur tillståndsmyndigheten skall förfara om nämnden är oenig. Socialstyrelsen anser vidare att myndigheten bör inta rollen som ordförande i nämnden. *Statskontoret* tillstyrker förslaget att Socialstyrelsen får en mer aktiv och samordnande roll. Ett alternativ till att lägga tillståndsgivningen på Socialstyrelsen vore enligt *Statskontoret* om alla landsting bildade en s.k. gemensam nämnd. *Karolinska institutet* föreslår att Vetenskapsrådet blir representerat i denna nämnd. *Stockholms läns landsting* och *Gotlands kommun* är i huvudsak positiva till förslaget. *Landstinget i Östergötland*, *Landstinget i Jönköpings län*, *Samverkansnämnden sydöstra sjukvårdsregionen*, *Landstinget Blekinge*, *Samver-*

kansnämnden Uppsala-Örebroregionen, Landstinget Region Skåne, Landstinget Halland och Västra Götalandsregionen anser att Rikssjukvårdsnämnden bör bli beslutande. Norrlandstingens samverkansnämnd är tveksam till utredningens förslag och vill att frågan om den statliga tillsynen blir föremål för fortsatt utredning.

Samverkansnämnden Uppsala-Örebroregionen anser att i syfte att återspegla politisk bredd bör man utse fler representanter än en från varje region som utredningen föreslår. Sahlgrenska universitetssjukhuset är tveksamt till den nationella samordningen och har uppfattningen att förslaget ger Socialstyrelsen dubbla roller. Utöver att svara för tillsynen av sjukvårdens verksamhet blir styrelsen tillsynsmyndighet för verksamheter som tillkommit genom dess egna aktiva beslut. Landstingsförbundet/Svenska Kommunförbundet och Västra Götalandsregionen menar att en alternativ lösning vore att Rikssjukvårdsnämnden blir en beslutande nämnd. Ett alternativ kan vara Rikssjukvårdsnämnden som en ny nämndmyndighet. Sveriges Läkarförbund bedömer att inrättandet av nämnden kommer att innebära inre strider mellan sjukvårdsregionerna om var rikssjukvården skall etableras och att man därmed skapar en statlig styrning som inte får önskvärd effekt. Förbundet Blödarsjuka i Sverige och förbundet Sällsynta Diagnoser anser att det förutom sjukvårdsrepresentanter även bör ingå representanter för brukarna, patienterna, i Rikssjukvårdsnämnden. Primär Immunbrist Organisationen menar att beslut bör ske i samråd mellan Socialstyrelsen, professionen och patientföreningarna. Pensionärernas Riksorganisation anser att Rikssjukvårdsnämnden bör få i uppdrag att fatta beslut om var rikssjukvården skall vara lokaliserad eftersom uppdrag av denna art inte ligger i linje med vad Socialstyrelsen har till uppgift att svara för. Vidare menar organisationen att nämnden bör få formen av nämndmyndighet med Läkemedelsförmånsnämnden som förebild och på samma sätt förstärkas med såväl experter som lekmannaföreträdare.

## Skälen för regeringens bedömning

### *Allmänna utgångspunkter*

Enligt regeringens förslag skall Socialstyrelsen dels fatta beslut om vilken hälso- och sjukvård som skall utgöra rikssjukvård, dels besluta om tillstånd att bedriva sådan sjukvård. Regeringens bedömning är emellertid att för att den föreslagna ordningen skall fungera på ett effektivt sätt och samtidigt få legitimitet bland sjukvårdshuvudmännen, patienterna och professionen bör fler aktörer än Socialstyrelsen delta i beslutsfattandet.

### *En särskild nämnd för rikssjukvård bör inrättas i Socialstyrelsen*

Utredningen har föreslagit att det i Socialstyrelsen inrättas en nämnd, Rikssjukvårdsnämnden. Nämnden skall höras före det att Socialstyrelsen fattar beslut om rikssjukvård. Många landsting uttrycker i sina remissvar att nämnden i stället bör få beslutsbefogenheter och därmed kunna avgöra ärenden om rikssjukvård. Regeringen noterar i sina överväganden

landstingens negativa hållning till att Socialstyrelsen själv fattar de formella besluten.

Oavsett vilken form av organisation som inrättas kommer en stor del av det nationella arbetet med rikssjukvården att ligga på Socialstyrelsen. Det gäller inte minst utvecklingen av exempelvis de indikatorer som bör användas vid kvalitativa analyser av rikssjukvården. Därför bör utredningens förslag om att inrätta en nämnd med hemvist i Socialstyrelsen tillvaratas. Dessutom bör nämnden ges tillräckliga beslutsbefogenheter och förutsättningar att visa handlingskraft också i svåra och kontroversiella ärenden. En beslutande nämnd med hemvist i Socialstyrelsen är därför den mest lämpliga organisationsformen för rikssjukvården.

### *Nämndens sammansättning*

Nämnden kommer att ha arbetsuppgifter av såväl juridisk som medicinsk och sjukvårdsorganisatorisk art, något som bör beaktas när ställning tas till hur nämnden skall vara sammansatt.

Utredningens slutsats är att det vore önskvärt om nämnden blir beslutande, men att denna organisationsform inte går att kombinera med en sammansättning som enbart består av representanter från sjukvårdsregionerna. Utredningen föreslår därför en lösning i vilken enbart sjukvårdsregionerna ingår i Rikssjukvårdsnämnden och där, som nämnts ovan, beslutsfattandet i stället ligger på Socialstyrelsen som myndighet.

Regeringen vill å sin sida framhålla att sjukvårdsregionerna skall kunna ingå i nämndens sammansättning utan att man för den skall behöva göra avkall på behovet av att skapa en beslutande nämnd. Regionernas kunskaper och erfarenheter på det medicinska och sjukvårdsorganisatoriska området behövs i den centrala styrningen av rikssjukvården. De bör också få insyn i beslutsprocessen och kunna delta aktivt när beslut om rikssjukvård fattas.

Utredningens förslag om att enbart låta sjukvårdsregionerna ingå i nämnden ger dock inte nämnden den breda kompetens som den bör ha. Regeringen anser därför att även andra aktörer skall ingå i nämnden.

I första hand bör representanter för berörda myndigheter ingå. Dessa myndigheter kan exempelvis, utöver Socialstyrelsen, vara Statens beredning för medicinsk utvärdering och Vetenskapsrådet. Därutöver bör det finnas en särskild ledamot som har juridisk kompetens. Sammantaget bör nämnden ha tio ledamöter inklusive en ordförande. Socialstyrelsen bör vara ordförande i nämnden och ha utslagsröst vid lika röstetal. För varje ordinarie ledamot skall en ersättare utses. Socialstyrelsens styrelse bör, efter förslag från de berörda aktörerna, utse nämndens ledamöter.

Regeringen vill i sammanhanget betona det nationella åtagande som ligger till grund för nämndens arbete. Ledamöterna skall i sina överväganden och beslut representera staten och se till hela nationens bästa utan att drivas av några som helst särintressen.

### *Nämndens roll*

Det grundläggande syftet med en nämnd för rikssjukvård i Socialstyrelsen är att samla myndigheter och företrädare för sjukvårdsregionerna och



ge dem ett tydligt nationellt ansvar för ställningstaganden i frågor om rikssjukvård.

Nämndens huvudsakliga uppgift bör vara att fastställa vad som är rikssjukvård och fatta beslut om tillstånd att bedriva rikssjukvård. Det sistnämnda innebär att besluta om tidsbegränsade tillstånd för att antingen börja bedriva ny verksamhet eller fortsätta bedriva redan existerande verksamhet i fråga om rikssjukvård. Nämnden måste i dessa fall ta ställning till hur resurserna på ett nationellt plan skall användas för att se till att det skapas ett tillräckligt patientunderlag för en rikssjukvård av så god kvalitet och hög effektivitet som möjligt.

Situationer kan uppstå där flera sjukvårdsenheter vill få tillstånd för en och samma form av rikssjukvård, men där nämnden bedömer att vårdens kvalitet och produktivitet skulle förbättras om resurserna koncentrerades till färre antal enheter än som har ansökt. Det leder till situationer där ett sjukhus eller en klinik inte kan beviljas tillstånd av olika skäl. Dessa och liknande situationer ställer krav på att nämnden dels kan hantera kontroversiella bedömningar, dels besitter såväl medicinska som juridiska kunskaper.

Om Socialstyrelsens bestämmer det bör nämnden även kunna fullgöra andra rådgivande uppgifter. Nämnden kan exempelvis även tänkas utgöra ett forum för kunskapsutbyte om rikssjukvård, dit allmänhet, massmedia och andra intressenter kan vända sig för att få information i rikssjukvårdsfrågor. En viktig del i det kunskapsuppbyggande arbetet bör vara att följa utvecklingen inom rikssjukvården. Nämndens erfarenheter kan även tänkas vara till nytta i Socialstyrelsens tillsyn av rikssjukvården.

#### *Bestämmelser om Rikssjukvårdsnämnden bör placeras i en förordning*

Socialstyrelsen anger i sitt remissyttrande att bestämmelser om en rikssjukvårdsnämnd inte bör placeras i lag utan i förordningen (1996:570) med instruktion för Socialstyrelsen. Regeringen delar den bedömning som Socialstyrelsen ger uttryck för i sitt remissyttrande. I likhet med Socialstyrelsens råd för vissa rättsliga sociala och medicinska frågor (vanligen kallat Rättsliga rådet) samt det Nationella rådet för organ och vävnadsdonation, bör Rikssjukvårdsnämndens uppgifter och sammansättning anges i instruktionen för Socialstyrelsen.

## 5.5 Överklagande m.m.

**Regeringens förslag:** Socialstyrelsens beslut i ärenden om rikssjukvård enligt hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) skall inte få överklagas.

**Regeringens bedömning:** Särskilda möjligheter att påföra sanktioner mot den som överträder bestämmelserna om rikssjukvård bör inte införas.

**Utredningens förslag:** Utredningen föreslog att Socialstyrelsens beslut skulle vara överklagbara till allmän förvaltningsdomstol.

**Remissinstanserna:** En majoritet av de remissinstanser som yttrat sig över promemorians förslag avstyrker möjligheten att kunna överklaga beslut om tillstånd att bedriva rikssjukvård till allmän förvaltningsdomstol. Yttrat sig över promemorians förslag i denna del har Kammarrätten i Göteborg, Socialstyrelsen, Statskontoret, Stockholms universitet, Östergötlands läns landsting, Jönköpings läns landsting, Gotlands kommun, Samverkansnämnden sydöstra sjukvårdsregionen och Landstingsförbundet/Svenska Kommunförbundet.

*Kammarrätten i Göteborg* framhåller att det är oklart om avsikten är att besluten skall kunna överklagas som laglighetsprövning eller som förvaltningsbesvär. Kammarrätten framhåller även att det är oklart vem som avses kunna överklaga besluten. Vidare ifrågasätter Kammarrätten om alla Socialstyrelsens beslut är lämpliga för domstolsprövning med hänsyn till att de till stor del torde vila på medicinsk och politisk grund. *Socialstyrelsen* anser att myndighetens beslut ej bör kunna överklagas till allmän förvaltningsdomstol. En sådan möjlighet kan leda till långdragna processer vilket skulle kunna äventyra patienters möjlighet till vård. *Linköpings universitet* anser att beslut om rikssjukvård bör kunna överklagas till annan part. *Landstingsförbundet/Svenska Kommunförbundet, Landstinget i Östergötland, Landstinget i Jönköpings län, Samverkansnämnden sydöstra sjukvårdsregionen och Landstinget i Kalmar län* framför att överprövning av Rikssjukvårdsnämndens beslut endast bör kunna göras av regeringen och inte till allmän förvaltningsdomstol. Tanken att Rikssjukvårdsnämndens beslut skulle kunna omprövas i en rättslig process avvisas av landstinget. *Gotlands kommun* stöder förslaget att Socialstyrelsens beslut skall kunna överklagas hos allmän förvaltningsdomstol. *Pensionärernas Riksorganisation* anser att beslut av nämnden bör kunna överklagas till regeringen.

### Skälen för regeringens förslag och bedömning

#### *Beslut om rikssjukvård skall inte kunna överklagas*

Av definitionen av rikssjukvård följer att rikssjukvård bedrivs av landsting. Det innebär att Europakonventionens krav på tillgång till domstolsprövning inte gör sig gällande när det gäller beslut om rikssjukvård. Den omständigheten att Rikssjukvårdsnämnden har ledamöter med särskilda kunskaper i medicin och juridik samt representanter från sjukvårdshuvudmännen minskar behovet av att avgörandena skall kunna överklagas. Regeringen delar även Socialstyrelsens bedömning att överklaganden skulle kunna leda till långdragna processer vilket skulle kunna vara negativt för patienternas möjlighet att få vård. Mot en sådan överklaganderätt talar också effektivitets- och kostnadsskäl.

Ett avslag på en ansökan om tillstånd att bedriva rikssjukvård utgör naturligtvis inget hinder för en sjukvårdshuvudman att senare återkomma med en ny ansökan om att få bedriva rikssjukvård och där åberopa eventuella nya omständigheter.

Sjukvårdsorganisationen är en komplex verksamhet där olika typer av intressen samverkar eller motverkar varandra. Det finns i Sverige i dag inte någon tradition av centralt och nationellt beslutfattande kring hälso- och sjukvård. Genom att en ny beslutordning introduceras som innebär att beslut om var rikssjukvård skall bedrivas fattas av Socialstyrelsen, går det enligt regeringen att diskutera om sanktioner skall kunna påföras en sjukvårdshuvudman som inte följer myndighetens beslut.

Det skall i detta sammanhang erinras om att Socialstyrelsen enligt reglerna i 6 kap. lagen (1998:531) om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område (LYHS) redan har långtgående befogenheter att vidta åtgärder mot vårdgivare genom den tillsyn som myndigheten utövar över hälso- och sjukvården och dess personal.

Myndighetens tillsynsansvar syftar främst till att förebygga skador och eliminera risker i hälso- och sjukvården. Av 6 kap. 12 § LYHS följer att om Socialstyrelsen får kännedom om att någon har brutit mot en bestämmelse som gäller verksamhet som står under myndighetens tillsyn, skall styrelsen vidta åtgärder för att vinna rättelse och, om det behövs, göra anmälan till åtal. Som exempel på situationer där Socialstyrelsen kan vidta åtgärder är bl.a. underlåtelse från en vårdgivare att anmäla verksamhet eller väsentliga förändringar i denna enligt 6 kap. 6 och 8 §§ LYHS eller att en vårdgivare inte uppfyller de krav på verksamheten som följer av hälso- och sjukvårdslagen (1982:763).

Om Socialstyrelsen finner att en vårdgivare inte uppfyller kraven på god vård och om missförhållandena är av betydelse för patientsäkerheten, får styrelsen enligt 6 kap. 13 § LYHS förelägga vårdgivaren att avhjälpa missförhållandena. I föreläggandet får vite sättas ut. Socialstyrelsen får vidare helt eller delvis förbjuda verksamheten om ett föreläggande inte följs och missförhållandena är allvarliga. Vid fara för patienters liv, hälsa eller säkerhet, får styrelsen – utan ovanstående föreläggande – helt eller delvis förbjuda verksamheten.

I begreppet god vård ligger bl.a. att vården är av god kvalitet och tillgodoser patientens behov av trygghet i vården och behandlingen. Vården skall vidare erbjuda en god materiell standard. Behövlig teknisk utrustning skall finnas, liksom ändamålsenliga lokaler. Hälso- och sjukvårdspersonalen skall utföra sitt arbete i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet. Vilken vård som är att betrakta som god vård förändras naturligtvis med den medicintekniska utvecklingen. Nämnas i sammanhanget kan det uppdrag om kvalitetsjämförelser i rikssjukvården som regeringen kommer att ge Socialstyrelsen (se avsnitt 5.6). Det arbetet kan förväntas ge ökad kunskap om vad som är att betrakta som god rikssjukvård och vara till nytta i den framtida tillsynen.

Mot bakgrund av de befogenheter som Socialstyrelsen har enligt LYHS och med hänsyn till att regeringen utgår från att sjukvårdshuvudmännen följer Socialstyrelsens beslut, har regeringen inte funnit tillräckliga skäl för att i nuläget införa särskilda sanktioner mot sjukvårdshuvudmän som överträder bestämmelserna om rikssjukvård.

**Regeringens bedömning:** Socialstyrelsen bör få i uppdrag att ta fram beslutsunderlag för att kunna fastställa vilken hälso- och sjukvård som skall utgöra rikssjukvård och utfärda av tillstånd för att få bedriva rikssjukvård.

**Utredningens förslag:** Överensstämmer i stora drag med regeringens bedömning. Utredningen har dock föreslagit att det bör vara Rådet för kommunala analyser och jämförelser som bör uppdras att i samråd med Socialstyrelsen utveckla nyckeltal för produktivitet jämförelser.

**Remissinstanserna:** De remissinstanser som yttrat sig över utredningsförslagen om kvalitetsjämförelser är till största delen positiva.

*Socialstyrelsen* påpekar att några systematiserade volymbedömningar, som kan ligga till grund för beslut om lokalisering av högspecialiserad sjukvård, inte finns i Sverige i dag. Socialstyrelsen tillstyrker vidare att myndigheten får i uppdrag att utforma en modell för systematiserade volymbedömningar under förutsättning att man tillförs särskilda resurser för ändamålet. *Södra regionvårdsnämnden* är positiv till att Socialstyrelsen utvecklar ett system för att identifiera samband mellan volymer och kvalitet för olika aktiviteter i svensk sjukvård, ansvarar för ett publikt system för kvalitativa jämförelser mellan olika kliniker och medverkar till att nyckeltal utvecklas för jämförelser av produktivitet och effektivitet som underlag för lokaliseringsbeslut av rikssjukvård. *Karolinska institutet* stöder förslaget att ge Socialstyrelsen i uppdrag att identifiera rikssjukvård, volym, investeringsbehov och adekvat behandling av sällsynta sjukdomar. För att få ett säkrare underlag för beslut om rikssjukvård krävs att resurser läggs ned på ett system som evidensbaserat ger nödvändig kunskap. *Praktikertjänst* anser att de utgångspunkter som projektet framhållit, såsom volym, kvalitet, utveckling, investeringsbehov, erfarenhet och kompetenskrav alla är väsentliga faktorer att beakta. Att Socialstyrelsen tilldelas uppdraget att analysera och identifiera begreppet "rikssjukvård" förefaller vara ett lämpligt första steg.

*Rådet för kommunala analyser och jämförelser (RKA)* och *Landsförbundet/Svenska Kommunförbundet* anser att det går utanför RKA:s uppdrag att utveckla nyckeltal för lokaliseringsbeslut av enskilda kliniker.

### Skälen för regeringens bedömning

#### *Jämförelser av sambandet mellan volym och kvalitet*

Det förekommer ofta diskussioner inom läkarprofessionen om att vissa behandlingar bör koncentreras till särskilda enheter eller till ett fåtal läkare per enhet; detta för att upprätthålla en god kvalitet. Ett tydligt exempel på sambandet mellan volym och kvalitet är de positiva effekter av koncentrationen av barnhjärtkirurgi som beskrivs i avsnitt 4.2.2. En sådan debatt har också förts i Sverige vad gäller andra former av kirurgi som t.ex. ändtarmscancer.

För att kunna utfärda tillstånd för att få bedriva rikssjukvård till den eller de vårdinrättningar som har de bästa förutsättningarna att bedriva

denna vård på det mest kostnadseffektiva sättet, behövs ökad kunskap om sambandet mellan patientvolym och kvalitet. Enligt utredningen har det i Sverige inte genomförts någon systematisk analys av sambanden mellan verksamhetsvolym och kvalitet. Det är därför angeläget att man i och med den nationella samordningen av rikssjukvården får mer kunskap om dessa frågor i och med att ställning tas till vilka verksamheter som bör hanteras på riksnivå. Ett centralt underlag för vilka typer av behandlingar som skall utföras som rikssjukvård bör med andra ord utgöras av volymbedömningar för olika typer av ingrepp. Regeringen anser därför att Socialstyrelsen bör ges i uppdrag att utveckla system för att jämföra samband mellan volym och kvalitet.

En systematiserad volymbedömning kräver en mängd insatser och det bör ankomma på Socialstyrelsen att närmare analysera dessa och också att utforma system för jämförelser. En viktig beståndsdel i bedömningsunderlaget är exempelvis att de behandlingsformer som ges inom rikssjukvården så långt det är möjligt grundar sig på evidens, dvs. medveten och systematisk användning av bästa tillgängliga vetenskapliga faktaunderlag inom medicinskt arbete. Av detta följer att Socialstyrelsen bör involvera Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU) såsom ansvarig för evidensanalyser om svensk sjukvård i bedömningarna av volymer och behandlingsformer.

Vidare behöver sjukvårdens professioner medverka i bedömningar av volymernas betydelse inom olika specialiteter. Detta är en förutsättning för att kunna få legitimitet för prövningen av vad som ur ett säkerhetsperspektiv är lämplig nivå för en behandlingsform. Professionernas delaktighet är också viktig för att kunna få synpunkter på vilket centraliseringsbehov som föreligger för olika åtgärder. Socialstyrelsen bör således finna former för en nära och förtroendefull dialog med professionerna.

### *Produktivitetjämförelser*

Det är patientens intresse av att få god sjukvård samt vikten av att skattemedel används med omsorg som bör styra investeringar och fördelning av produktionsresurser. En förutsättning för att resurserna skall kunna fördelas optimalt är att det finns möjligheter att jämföra kostnader för identiska (eller snarlika) behandlingsformer som utförs på olika vårdinrättningar.

Hög produktivitet innebär högt utnyttjande av de resurser som vårdinrättningen förfogar över. En investeringstung verksamhet som sprids på för många ställen tenderar att binda resurser som annars skulle ha kunnat användas för annan sjukvård. Därför bör den ekonomiska sidan av en verksamhet prövas vid beslut om rikssjukvård.

Det är också viktigt att göra ekonomiska jämförelser mellan olika vårdinrättningar för att finna effektivitet i verksamheten. Vid likvärdig kvalitet bör således den enhet som har bäst förutsättningar att driva verksamheten effektivt ges tillstånd.

Det leder till att system behöver skapas för att kunna göra ekonomiska jämförelser mellan olika sjukhus och därigenom skapa underlag för beslut om rikssjukvård. Socialstyrelsen bör därför få i uppdrag att utveckla indikatorer som tillgodoser myndighetens behov av ekonomisk information inför beslut om rikssjukvård

Jämte produktivitetjämförelser finns också ett behov av att i samband med lokaliseringsbeslut jämföra kvaliteten vid olika vårdinrättningar. Även om ett flertal olika arbeten pågår runt om i landet i syfte att utveckla kvalitativa indikatorer om sjukvården, saknas i dag tillräckligt med underlag för beslut om lokalisering av rikssjukvård. Det finns ett behov av ett objektiva och sakliga kvalitetsvärderingssystem för rikssjukvården.

Behovet av kvalitativt jämförelsematerial för sjukhusvården är också viktigt för patienterna och deras möjligheter att värdera kvaliteten vid en sjukvårdsenhet.

Socialstyrelsen bör därför få i uppdrag att utveckla och ansvara för ett system för kvalitativa jämförelser mellan olika vårdinrättningar som vill bedriva rikssjukvård. Socialstyrelsen bör här samarbeta med Sveriges Kommuner och Landsting (SKL). Inom förbunden bedrivs verksamhet om kvalitetsjämförelser och de kunskaper som finns måste tas tillvara.

#### *Evidensbaserad sjukvård*

Det är väsentligt att den högspecialiserade sjukvården så långt det är möjligt vilar på evidens och saklighet. I fråga om nya former av sjukvård och nya behandlingsformer finns möjlighet att evidenssäkra dessa genom SBU Alert, som är ett system för identifiering och tidig bedömning av nya metoder. Alert samordnas vid SBU och drivs i samverkan mellan Läkemiddelsverket, Socialstyrelsen och SKL. I Alerts rapporter beskrivs kortfattat de nya metoderna och deras förväntade effekter. Dessutom görs en bedömning av det vetenskapliga kunskapsläget. Underlaget tas fram i samarbete med sakkunniga inom berörda områden. Erfarenheterna av detta system skall i största möjliga utsträckning utnyttjas i arbetet med rikssjukvård.

Vid tidig utvärdering av nya metoder blir resultatet ofta att metoden kan ha positiva effekter men data saknas om metodens kostnadseffektivitet och hur de medicinska effekterna är när den används i ordinarie verksamhet. Erfarenheten är att metoder ibland införs som inte visar sig vara tillräckligt dokumenterade och omvänt har effektiva metoder fördröjts om osäkerhet råder om nyttan. Ett ordnat införande av metoden skulle kunna innebära att metoden införs i vissa delar av landet och att de andra delarna utgör kontrollområde samtidigt som utvärdering av de medicinska effekterna och kostnadseffektiviteten dokumenteras. Lämpliga metoder för detta förfarande är en fråga som också skulle kunna diskuteras i Rikssjukvårdsnämnden.

#### *Utländsk expertis*

Processen att besluta om lokalisering kan – i de förhållandevis små specialiteterna som rikssjukvården utgör – innebära svårigheter att finna oberoende expertis. I dessa fall bör sådan kunna hämtas från utlandet för att på Socialstyrelsens uppdrag genomföra en analys av de olika handlingsalternativen. Detta tillvägagångssätt kan vara värdefullt i syfte att komplettera den inhemska analysen.

Klinisk forskning och sjukvård är ömsesidigt beroende av ett gott samspel. Inför beslut om rikssjukvård bör berörda universitet som omfattas av ALF-avtalet (avtal mellan svenska staten och vissa landsting om samarbete om grundutbildning av läkare, medicinsk forskning och utveckling av hälso- och sjukvården) ges tillfälle att belysa olika handlingsalternativ och konsekvenser för forskningen.

#### *Frågor rörande finansiering av mindre verksamheter skall utredas ytterligare*

Rikssjukvård skall samordnas till enheter där en hög vårdkvalitet och en ekonomiskt effektiv verksamhet kan säkerställas. I detta sammanhang måste sjukvårdshuvudmännens förmåga att långsiktigt finansiera verksamheten beaktas. En fråga som bör belysas ytterligare är om det i dag finns svårigheter för sjukvårdshuvudmännen att långsiktigt trygga finansieringen av mindre verksamheter för exempelvis små och mindre kända handikappgrupper. Regeringen avser att uppdra åt Socialstyrelsen att ytterligare utreda frågan.

## 6 Frågor om den kommunala självstyrelsen

**Regeringens bedömning:** De inskränkningar i den kommunala självstyrelsen som förslagen innebär är godtagbara.

**Utredningens förslag:** Utredningen har inte behandlat frågan.

**Remissinstanserna:** Få remissinstanser har yttrat sig i frågan. Det är främst sjukvårdshuvudmännen som har yttrat sig och dessa har invändningar mot utredningens förslag att Rikssjukvårdsnämnden endast föreslås vara rådgivande och inte beslutande. *Karolinska institutet* anser att inrättandet av en rikssjukvårdsnämnd inom Socialstyrelsen med inflytande från alla sjukvårdsregioner kan vara en rimlig balans mellan statlig styrning och kommunalt självstyre. *Hallands läns landsting* anser att en central styrning av rikssjukvården inte får innebära inskränkningar i landstingens kommunala självstyre och ställer sig därför avvisande till att den föreslagna Rikssjukvårdsnämnden endast ges en rådgivande funktion. Denna lösning ger begränsade möjligheter för sjukvårdsregionerna att få ett reellt inflytande över rikssjukvården. *Västra Götalandsregionen* anser att förslaget med Socialstyrelsen som beslutande instans innebär en alltför långtgående inskränkning av den kommunala självstyrelsen. I stället bör Rikssjukvårdsnämnden vara beslutande. *Södra regionvårdsnämnden* anser att förslaget kan synas innebära en inskränkning i landstingens kommunala självstyre och att det vore önskvärt att Rikssjukvårdsnämnden är beslutande.

**Skälen för regeringens bedömning:** Bestämmelser om den kommunala självstyrelsen finns i 1 kap. 1 och 7 §§ regeringsformen (RF) men även i kommunallagen (1991:900). Vid tillkomsten av 1974 års regeringsform ansågs det varken lämpligt eller möjligt att dra orubbliga eller

preciserade gränser i grundlag kring en kommunal självstyrelsessektor. Det betonades i stället att arbets- och befogenhetsfördelningen mellan stat och kommun i ganska vid omfattning måste kunna ändras i takt med samhällsutvecklingen. Även om det saknas en närmare definition av begreppet "kommunal självstyrelse" kan det sägas röra sig om en princip som anger relationen mellan stat och kommun och som är avsedd att ge kommunerna en självständighet och inom vissa gränser, fri bestämmanderätt. Enligt 8 kap. 5 § RF skall bl.a. grunderna för kommunernas och landstingens organisation och verksamhetsformer liksom föreskrifter om kommunala befogenheter i övrigt och om deras åligganden bestämmas genom lag. Ramen för den kommunala självstyrelsen bestäms således ytterst av riksdagen. Lagregleringen av landstingens och kommunernas skyldigheter på hälso- och sjukvårdsområdet finns i huvudsak i hälso- och sjukvårdslagen (1982:763; HSL). I HSL finns redan i dag vissa inskränkningar i kommunernas och landstingens möjligheter att bestämma över t.ex. sin organisation och bemanning.

Regeringens förslag innebär att beslut om vad som skall vara rikssjukvård och var denna skall få bedrivas, ytterst kommer att fattas av Socialstyrelsen genom Rikssjukvårdsnämnden, och inte av enskilda landsting eller regioner. Ansvar för att bedriva rikssjukvård kommer emellertid även fortsättningsvis att vara en uppgift huvudsakligen för landstingen liksom ansvaret för hur verksamheten skall organiseras. Ett landsting kommer heller inte att kunna åläggas att bedriva en viss sorts sjukvård.

Det är få remissinstanser som har kommenterat hur utredningens förslag förhåller sig till den kommunala självstyrelsen. De sjukvårdshuvudmän som har haft invändningar har ansett att Rikssjukvårdsnämnden skall vara beslutande och inte rådgivande. Regeringen har tillgodosett den synpunkten. Representanter för sjukvårdsregionerna kommer att ingå i nämnden och således delta direkt i beslutsfattandet.

Rikssjukvården utgör endast någon enstaka procent av den hälso- och sjukvård som bedrivs i Sverige och är aldrig ett landstings intresse. Trots sin begränsade omfattning utgör rikssjukvården en central del av hälso- och sjukvården och har nära koppling till forskning och utveckling, vilket gör den till en av de verksamheter som stöder och ger förutsättningar för god vård inom övriga delar av hälso- och sjukvården.

Karaktären på rikssjukvården gör att den måste koncentreras till få platser. Endast sju av 21 sjukvårdshuvudmän har i dag regionsjukhus med förutsättningar att bedriva rikssjukvård. De landsting som inte själva bedriver högspecialiserad sjukvård är därför beroende av andra landsting för att kunna leva upp till ansvaret för att tillgodose befolkningens behov av hälso- och sjukvård och har därmed ett begränsat inflytande över hur och var rikssjukvården bedrivs.

Landstingens rätt att ytterst själva besluta om hur och vilken rikssjukvård som skall bedrivas måste ställas mot det nationella intresset av att stärka samordningen och bibehållandet av rikssjukvårdens kvalitet. Regeringen anser att förslaget om ökad nationell samordning av rikssjukvården innebär en anpassning till en hälso- och sjukvård som i allt större omfattning kommer att ställa krav på patientunderlag som överskrider både enskilda landsting och sjukvårdsregioner. Allt för att upprätthålla hög kvalitet. Samtidigt innebär förslaget att kostnader kan minimeras eftersom allmänna resurser kommer att kunna utnyttjas mer



effektivt. Den nu föreslagna bestämmelsen innebär en inskränkning i den kommunala självstyrelsen, men är enligt regeringen godtagbar. Prop. 2005/06:73

## 7 Ikraftträdande

<p><b>Regeringens förslag:</b> Ändringarna i hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) skall träda i kraft den 1 januari 2007.</p>
---

**Skälen för regeringens förslag:** Socialstyrelsen har fått i uppdrag att utveckla ett system för att identifiera samband mellan volymer och kvalitet för olika aktiviteter inom svensk hälso- och sjukvård. Vidare har Socialstyrelsen fått i uppdrag att utveckla indikatorer som ger möjligheter att pröva lokaliseringen av rikssjukvård ur ett produktivitet- och effektivitetsperspektiv. Regeringen har tillsammans med Socialstyrelsen gjort bedömningen att relativt omfattande tid och resurser behöver tas i anspråk för att slutföra uppdragen. Väl utarbetade modeller för att kunna fatta beslut om rikssjukvård är en nödvändighet för att den av regeringen föreslagna nämnden för rikssjukvård skall kunna verka. Regeringens förslag bör därför inte träda i kraft förrän den 1 januari 2007.

## 8 Ekonomiska konsekvenser och konsekvenser för små företag

### *Ekonomiska konsekvenser*

Regeringens bedömning är att förslagen kommer att leda till ett effektivare utnyttjande av hälso- och sjukvårdens resurser vilket kommer att medföra minskade kostnader för samhället. Vidare förväntas den ökade nationella samordningen av rikssjukvården leda till ökad vårdkvalitet och förbättrade behandlingsresultat vilket i sin tur kommer att medföra samhällsekonomiska vinster.

Regeringens förslag kan dock medföra vissa organisatoriska förändringar av hälso- och sjukvården i de landsting som bedriver rikssjukvård. Eftersom det kommer att krävas tillstånd för att bedriva rikssjukvård kan det tänkas bli aktuellt att avveckla verksamhet i vissa landsting. Viss rikssjukvård kommer sannolikt att koncentreras till färre platser i landet, vilket kan ställa krav på utbyggnad av befintliga vårdenheter. Den ökade nationella samordningen kommer emellertid att medföra att riskerna för överetablering minskar och göra det lättare för sjukvårdshuvudmännen att bedöma patientunderlaget. Bygger en sjukvårdshuvudman ut en viss verksamhet, kommer dessa kostnader att kompenseras genom ett ökat patientunderlag. I sammanhanget skall poängteras att sjukvårdshuvudmännen själva är delaktiga i besluten om var rikssjukvård skall bedrivas och att ett landsting inte kommer att kunna åläggas att bedriva en viss verksamhet.

Sammanfattningsvis bedöms förslagen inte medföra några nya kostnader för sjukvårdshuvudmännen. De organisatoriska förändringar som den ökade nationella samordningen kan förväntas leda till kommer att ske successivt och under en längre tidsperiod.

Förslaget kommer att medföra ökade kostnader för Socialstyrelsen eftersom myndigheten kommer att ha till uppgift att ta fram beslutsunderlag för beslut om var rikssjukvård skall bedrivas (se avsnitt 5.6). De medel Socialstyrelsen disponerar på anslag 13:3 *Bidrag till hälso- och sjukvård* ökas med 7,5 miljoner kronor år 2006 och med 10 miljoner kronor år 2007 för detta ändamål. Finansieringen sker genom omprioriteringar inom ramen för anslag 13.3 *Bidrag till hälso- och sjukvård*.

### *Konsekvenser för små företag*

Privata vårdgivare omfattas inte av förslaget om tillstånd för att bedriva rikssjukvård. Regeringens bedömning är därför att förslagen inte kommer att påverka små företags förutsättningar att verka inom den offentligt finansierade hälso- och sjukvården.

## 9 Författningskommentar

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

### **9 a §**

I paragrafen, som är ny, anges att med rikssjukvård avses hälso- och sjukvård som bedrivs av ett landsting och som samordnas med landet som upptagningsområde. Avgränsningen av begreppet rikssjukvård utgår från upptagningsområdet, som är hela landet. Sjukvården skall förläggas till ett sjukhus eller en annan typ av vårdenheter med invånarna i hela landet som målgrupp. Med begreppet bedrivs av ett landsting avses bl.a. ansvaret för organisationen, förvaltningen, den dagliga verksamheten m.m. Se vidare i prop. 2004/05:145, s. 33, Driftsformer för offentligt finansierade sjukhus.

Socialstyrelsen beslutar vilken hälso- och sjukvård som utgör rikssjukvård. Avsikten är att hälso- och sjukvård som Socialstyrelsen fastställer som rikssjukvård skall vara väl definierad. Enskilda insatser inom en specialitet skall kunna ses som rikssjukvård. Detsamma kan gälla behandling av mer generella sjukdomstillstånd eller sällan förekommande sjukdomstillstånd som t.ex. drabbar personer med vissa typer av funktionshinder.

Rikssjukvård skall samordnas till enheter där en hög vårdkvalitet och en ekonomiskt effektiv verksamhet kan säkerställas. I dag saknas system för att mäta och jämföra kvalitet och ekonomi i sjukvården. Socialstyrelsen kommer därför ges i uppdrag att utarbeta sådana system (se vidare avsnitt 5.6). Det är dessa som sedan skall utgöra underlag för beslut om var rikssjukvård skall lokaliseras.

Förslaget behandlas i avsnitt 5.2.

**9 b §**

I paragrafen, som är ny, anges att det skall krävas tillstånd för att få bedriva rikssjukvård. För att uppnå de kvalitets- och effektivitetsvinster som reformen syftar till krävs att rikssjukvården koncentreras till de enheter som är bäst lämpade att bedriva verksamheten i fråga. Tillståndet skall vara tidsbegränsat och kopplat till vissa villkor. Villkoren kan gälla att det exempelvis skall finnas vissa kompetenser i organisationen eller att det skall utföras ett visst antal operativa ingrepp per år. Villkoren skall syfta till att säkerställa att verksamheten håller en god vårdkvalitet och är ekonomiskt effektiv och att dessa villkor är uppfyllda så länge tillståndet gäller.

Socialstyrelsen beslutar efter ansökan från den som avser att bedriva rikssjukvård om tillstånd och villkor. Tillstånd skall endast kunna ges efter ansökan. Vid prövning av ansökningar om att bedriva rikssjukvård skall Socialstyrelsen utgå från de kriterier om hög vårdkvalitet och ekonomisk effektivitet som uppställts i 9 a §. Beslut att inte bevilja tillstånd till rikssjukvård skall i första hand motiveras utifrån patientsäkerheten. Förslaget behandlas i avsnitt 5.3.

Socialstyrelsens beslut i ärenden om rikssjukvård enligt denna lag får inte överklagas.

# Uppdrag projekt om översyn av den högspecialiserade sjukvården

Prop. 2005/06:73  
Bilaga 1

Bilaga till protokoll vid regeringssammanträde  
2002-05-02 nr 50 c

## Bakgrund

Den medicinska, medicintekniska, samhällsekonomiska och demografiska utvecklingen fortsätter att ställa hälso- och sjukvården inför nya och skärpta krav men öppnar samtidigt också upp nya möjligheter. Regeringen har därför tidigare tagit en rad initiativ för att stärka det svenska hälso- och sjukvårdssystemets funktionssätt. I samarbete med huvudmännen har ett antal åtgärder vidtagits för att råda bot på konkreta brister och för att hälso- och sjukvården skall stå väl rustad att möta framtidens krav och ta tillvara på dess möjligheter.

De tidigare initiativen har skett med utgångspunkt i en helhetssyn och har haft till syfte att förbättra hela hälso- och sjukvårdens funktionssätt och resultat. De konkreta åtgärderna har hittills främst varit riktade mot systemets bas, dvs. primärvården och den grundläggande sjukhusvården. Regeringens strategi för att utveckla den svenska hälso- och sjukvården kommer även under de närmaste åren främst att vara inriktad mot att i samarbete med huvudmännen bygga upp primärvårdens kapacitet och förbättra hälso- och sjukvårdens kvalitet och tillgänglighet. Som ett komplement till dessa satsningar kvarstår dock ett behov av att närmare analysera förutsättningar, utmaningar samt framgångsfaktorer för att utveckla den högspecialiserade vården och den kliniska forskningen. Målet är att den svenska hälso- och sjukvården även fortsättningsvis skall tillhandahålla högspecialiserad vård och kunskapsutveckling i världsklass.

## Inrättande av ett projekt för att göra en översyn av den högspecialiserade vården

Ett särskilt projekt inrättas inom Regeringskansliet för att göra en översyn av den högspecialiserade vården. Syftet med översynen är att komma till rätta med vissa problem samt att skapa förutsättningar för en god utveckling och effektiv resursanvändning.

Inledningsvis skall arbetet inom projektet inriktas på att kartlägga de aktuella områdena och att närmare precisera de frågor som skall behandlas vidare inom projektet.

Kartläggningen skall bl.a. behandla följande områden:

- Den högspecialiserade vårdens nuvarande omfattning, inriktning och roll i vårdkedjan.
- Dimensionering, koncentration samt former för samordning, styrning och ledning av den högspecialiserade vården.
- Effekter och dynamiska skeenden inom hälso- och sjukvården till följd av den förväntade medicinska, medicintekniska och informations-

teknologiska samt demografiska utvecklingen, med speciellt fokus på den högspecialiserade vården.

- Huruvida planer för vissa diagnos- och sjukdomsgrupper kan vara ett bra redskap för att utveckla/förbättra den högspecialiserade vården.
- Effekterna på den högspecialiserade vården av ett ökat EU-samarbete kring hälso- och sjukvårdstjänster.
- Analys av universitetssjukhusens roll i hälso- och sjukvården och deras betydelse samt nuvarande ansvarsfördelning för klinisk forskning, utveckling och utbildning.
- Förutsättningarna för att bedriva klinisk forskning inom vården samt för att sprida de resultat som nås.
- Den högspecialiserade vårdens och forskningens kompetens- och personalförsörjningsbehov.

Arbetet kommer i vissa delar att beröra samma områden som förhandlingarna avseende ersättning till sjukvårdshuvudmännen för vissa kostnader i samband med utbildning och forskning (de s.k. ALF-förhandlingarna). Detta kommer att beaktas på lämpligt sätt under arbetets gång.

#### *Former och tidsplan*

Arbetet skall bedrivas av en projektgrupp inom Socialdepartementet. Projektgruppen skall bestå av en projektledare och projektmedarbetare som utses av chefen för Socialdepartementet.

Under projektets gång kan experter knytas till projektet för att biträda projektgruppen. Experterna skall utses av chefen för Socialdepartementet. Projektet kan därutöver behöva anlita externa uppdragstagare för vissa arbetsuppgifter.

Projektledaren leder arbetet inom projektet. Till stöd för projektet inrättas en styrgrupp under ledning av Socialdepartementet.

I styrgruppen skall ingå företrädare för Social-, Finans- och Utbildningsdepartementen.

Arbetet förutsätter dessutom medverkan från berörda myndigheter och intressenter. För att underlätta ett fortlöpande samråd med dessa inrättas en referensgrupp. Referensgruppen leds av ansvarig statsekreterare inom Socialdepartementet och skall i övrigt bestå av företrädare för Socialdepartementet, Socialstyrelsen, Statens beredning för utvärdering av medicinsk metodik, Landstingsförbundet och landstingen. Medlemmarna i referensgruppen utses av chefen för Socialdepartementet.

Projektet skall under arbetets gång samråda med den av staten utsedde särskilde förhandlare om ersättning till huvudmännen för vissa kostnader i samband med utbildning och forskning.

En första redovisning av resultaten av projektets arbete skall redovisas senast den 31 oktober 2003. Projektet skall vara slutfört den 31 december 2004.

# Författningsförslag från promemorian om Högspecialiserad sjukvård – kartläggning och förslag Ds 2003:56

Prop. 2005/06:73  
Bilaga 2

## **Förslag till lag om högspecialiserad sjukvård**

Härigenom föreskrivs följande:

### **Inledande bestämmelser**

#### 1 §

Med högspecialiserad sjukvård avses hälso- och sjukvård som kräver att vården samordnas mellan två eller flera landsting. Sådan vård indelas i regionsjukvård och rikssjukvård.

Högspecialiserad sjukvård skall samordnas till enheter där en hög vårdkvalitet och en ekonomiskt effektiv verksamhet kan säkerställas.

#### *Regionsjukvård*

#### 2 §

Om rikets indelning i regioner för hälso- och sjukvård som berör flera landsting (sjukvårdsregioner) finns särskilda bestämmelser.

#### 3 §

Som regionsjukvård anses sjukvård som samordnas med en sjukvårdsregion som upptagningsområde.

#### 4 §

De landsting som ingår i en sjukvårdsregion skall samverka i en gemensam nämnd. Samverkan kan i stället ske genom ett kommunalförbund eller ett gemensamt ägt bolag.

#### 5 §

Om en gemensam nämnd inrättas, skall den samordnade verksamheten i sjukvårdsregionen regleras i ett avtal om samverkan mellan de landsting som ingår i regionen. Om samverkansavtalet finns särskilda bestämmelser.

#### 6 §

Regionsjukvårdsnämnden beslutar om vilken sjukvård som skall samordnas inom regionen samt till vilken enhet den skall samordnas.

Regionsjukvård kan även bedrivas vid en enhet utanför regionen.

#### 7 §

Inom varje sjukvårdsregion skall finnas ett eller flera regionsjukhus i nära samverkan med den medicinska fakulteten vid ett universitet.

Vid andra sjukhus i regionen kan också finnas regionkliniker med ett övergripande ansvar för en samordnad verksamhet med högspecialiserad vård. Prop. 2005/06:73 Bilaga 2

Regionsjukvårdsnämnden beslutar om regionsjukhus och regionkliniker.

8 §

Särskilda vårdprogram skall upprättas för de samordnade specialiteterna inom den högspecialiserade vården i en region.

Av vårdprogrammen skall framgå hur samarbetet inom de olika specialiteterna skall utformas. Särskilt skall anges vilka uppgifter som de centrala klinikerna vid regionsjukhuset skall ha och hur dessa skall samverka med övriga sjukhus i regionen.

### *Rikssjukvård*

9 §

Med rikssjukvård avses sjukvård som samordnas med riket som upptagningsområde.

10 §

Regeringen eller efter regeringen bestämmande Socialstyrelsen fastställer vilka verksamheter som skall utgöra rikssjukvård.

11 §

För att få bedriva rikssjukvård krävs tillstånd av Socialstyrelsen. Sådant tillstånd skall vara tidsbegränsat och lämnat under de villkor som Socialstyrelsen föreskriver.

12 §

Tillstånd att bedriva rikssjukvård får återkallas om de villkor som föreskrivits för verksamheten inte uppfylls eller om kvaliteten på tjänsten inte står i överensstämmelse med vad som kan krävas med hänsyn till den utveckling som varit inom hälso- och sjukvården sedan tillståndet lämnades.

13 §

Om ett sjukhus bedriver rikssjukvård utan tillstånd, får socialstyrelsen förelägga landstinget att upphöra med verksamheten. Föreläggandet får förenas med vite.

### *Rikssjukvårdsnämnden*

14 §

I Socialstyrelsen skall finnas en rådgivande nämnd, Rikssjukvårdsnämnden. Denna skall höras innan beslut fattas om rikssjukvård.

I nämnden skall ingå en ledamot från varje sjukvårdsregion.

15 §

Socialstyrelsen skall noga följa högspecialiserad vård som bedrivs enligt denna lag.

16 §

Socialstyrelsen får infordra de uppgifter som styrelsen behöver för att fatta beslut enligt denna lag.

För att få underlag till ekonomiska jämförelser mellan olika sjukvårdsenheter får Socialstyrelsens villkor enligt 12 § innefatta anvisningar om hur redovisningen av kostnader skall ske.

17 §

Socialstyrelsens beslut enligt denna lag får överklagas hos allmän förvaltningsdomstol.

Regionsjukvårdsnämnds beslut enligt 6 och 7 §§ får överklagas hos Socialstyrelsen av ett landsting som ingår i sjukvårdsregionen.



# Remissinstanser till departementspromemorian Högspecialiserad sjukvård - kartläggning och förslag Ds 2003:56

Prop. 2005/06:73  
Bilaga 3

Kammarrätten i Göteborg, Rättsmedicinalverket, Försvarsmakten, Riksförsäkringsverket, Socialstyrelsen, Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd, Smittskyddsinstitutet, Forskningsrådet för arbetsliv och socialvetenskap, Statens beredning för medicinsk utvärdering, Handikappombudsmannen, Läkemedelsförmånsnämnden, Högskoleverket, Vetenskapsrådet, Statskontoret, Konkurrensverket, Rådet för kommunala analyser och jämförelser (Fi 2002:06), Karolinska institutet, Stockholms universitet, juridiska fakulteten, Uppsala universitet, medicinska fakulteten, Uppsala universitet, juridiska fakulteten, Linköpings universitet, medicinska fakulteten, Hälsouniversitetet, Lunds universitet, medicinska fakulteten, Göteborgs universitet, medicinska fakulteten, Umeå universitet, medicinska fakulteten, Stockholms läns landsting, Uppsala läns landsting, Södermanlands läns landsting, Östergötlands läns landsting, Jönköpings läns landsting, Kronobergs läns landsting, Kalmar läns landsting, Gotlands kommun, Blekinge läns landsting, Skåne läns landsting, Hallands läns landsting, Västra Götaland läns landsting, Värmlands läns landsting, Örebro läns landsting, Västmanlands läns landsting, Dalarnas läns landsting, Gävleborgs läns landsting, Västernorrland läns landsting, Jämtlands läns landsting, Västerbottens läns landsting, Norrbottens läns landsting, Samverkansnämnden sydöstra sjukvårdsregionen, Södra regionvårdsnämnden, Samverkansnämnden västra sjukvårdsregionen, Samverkansnämnden Uppsala-Örebroregionen, Samverkansnämnden Stockholm-Gotlandregionen, Norrlandstingens samverkansnämnd, Karolinska sjukhuset, Huddinge sjukhus, Akademiska sjukhuset, Universitetssjukhuset i Linköping, Universitetssjukhuset MAS, Universitetssjukhuset i Lund, Sahlgrenska universitetssjukhus, Universitetssjukhuset Örebro, Norrlands universitetssjukhus, Länssjukhuset i Halmstad, Visby lasarett, Centralsjukhuset i Karlstad, Östersunds sjukhus, Blekingesjukhuset Karlshamn-Karlskrona, Karolinska sjukhuset, Spinalis, Landstingsförbundet, Svenska Kommunförbundet, Sveriges Läkarförbund, Sveriges akademikers centralorganisation, SACO, Tjänstemännens centralorganisation, TCO, Landsorganisationen i Sverige, LO, Svenska Läkaresällskapet, Vårdförbundet, Förbundet Sveriges arbetsterapeuter, Legitimerade sjukgymnasters riksförbund, Svenska Kommunalarbetsförbundet, Sveriges Kommunaltjänstemannaförbund, Svensk sjuksköterskeförening, SOS Alarm Sverige AB, Vårdalstiftelsen, Cancerfonden, Hjärt-lungfonden, Hjärnfonden, Läkemedelsindustriföreningen, LIF, SwedenBio, Praktikertjänst AB, Sjukvårdens leverantörsförening (SLF), Föreningen Vårdföretagarna, Capho, Arbetsgivaralliansen, Ersta diakonisällskap, Röda korset, Sophiahemmet, Stiftelsen Bräcke diakonigård, Spenshult, Afasiförbundet i Sverige, Astma- och Allergiförbundet, Blodcancerförbundet, Bröstcancerföreningarnas Riksorganisation, De handikappades Riksförbund, Elöverkänsligas Riksförbund, Förbundet Blödarsjuka i Sverige, Förbundet Funktionshindrade med Läs- och Skrivsvårigheter, Föreningen Sveriges Dövblinda, Hjärtebarnsföreningen, Hjärt- och Lungsjukas Riksförbund, Hörselskadades Riksför-

bund, ILCO, Riksförbundet för stomi- och reservoaropererade, Neurologiskt Handikappades Riksförbund, Parkinsonförbundet, Primär Immunbrist, Organisationen Reumatikerförbundet, Riksförbundet Cystisk Fibros, Riksförbundet döva, hörselskadade och språkstörda barn, Riksförbundet för HIV-positiva, Riksförbundet för Mag- och Tarmsjuka, Riksförbundet för Njursjuka, Riksförbundet för Rörelsehindrade Barn och Ungdomar, Riksförbundet för Social och Mental Hälsa, Riksförbundet för Trafik- och Polioskadade, Riksförbundet för Utvecklingsstörda Barn, Ungdomar och Vuxna, Riksföreningen Autism, Riksföreningen Hjärnkraft, STROKE-Riksförbundet, Svenska Celiakiförbundet, Svenska Diabetesförbundet, Sveriges Dövas Riksförbund, Svenska Epilepsiförbundet, Svenska Larygnförbundet, Svenska Psoriasisförbundet, Sveriges Stamningsföreningar Riksförbund, Synskadades Riksförbund, Sällsynta diagnoser, Tandvårds-skadeförbundet, Pensionärernas Riksorganisation, Riksförbundet Pensionärs gemenskap, Svenska Kommunalpensionärernas förbund, Sveriges Pensionärsförbund, Sveriges Pensionärers Riksförbund.

Prop. 2005/06:73

Bilaga 3

Utdrag ur protokoll vid regeringssammanträde den 9 februari 2006

Närvarande: Statsministern Persson, statsråden Ringholm, Freivalds, Sahlin, Pagrotsky, Östros, Y. Johansson, Bodström, Karlsson, Nykvist, Andnor, Nuder, M. Johansson, Hallengren, Björklund, Holmberg, Österberg, Orback, Baylan

Föredragande: Y. Johansson

---

Regeringen beslutar proposition 2005/06:73 Nationell samordning av rikssjukvården