

Regeringens proposition

2004/05:145

Driftsformer för offentligt finansierade sjukhus

Prop.
2004/05:145

Regeringen överlämnar denna proposition till riksdagen.

Stockholm den 21 april 2005

Göran Persson

Ylva Johansson
(Socialdepartementet)

Propositionens huvudsakliga innehåll

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

I propositionen föreslås att uppgiften att bedriva hälso- och sjukvård som ges vid ett regionsjukhus eller en regionklinik inte får överlämnas till någon annan. Vidare skall varje landsting driva minst ett sjukhus i det egna landstinget i egen regi. Överlämnar landstinget driften av hälso- och sjukvård vid övriga sjukhus till någon annan, skall avtalet innehålla villkor om att verksamheten skall drivas utan syfte att ge vinst åt ägare eller motsvarande intressent och att vården skall bedrivas uteslutande med offentlig finansiering.

Lagändringarna föreslås träda i kraft den 1 januari 2006. Lagen föreslås inte gälla sådan hälso- och sjukvårdsverksamhet där avtal om drift har träffats före ikraftträdandet.

1	Förslag till riksdagsbeslut.....	4
2	Förslag till lag om ändring i hälso- och sjukvårdslagen (1982:763)	5
3	Ärendet och dess beredning.....	7
4	Bakgrund	8
5	Om entreprenad i hälso- och sjukvården och lagen om offentlig upphandling	9
5.1	Om entreprenad	9
5.2	Lagen om offentlig upphandling	12
6	Sjukvårdens organisation.....	13
6.1	Begreppen sjukhus och sjukhusvård.....	13
6.2	Närmare definition av begreppen regionsjukvård och högspecialiserad vård	16
6.3	Begreppet primärvård	17
7	Överväganden och förslag.....	18
7.1	Regionsjukvård.....	18
7.2	Hälso- och sjukvård som ges vid ett sjukhus.....	24
7.2.1	Vinst åt ägare eller motsvarande intressent	24
7.2.2	Vården vid överlämnande sjukhus skall endast få bedrivas med offentlig finansiering.....	34
7.3	Varje landsting skall driva minst ett sjukhus i egen regi.....	37
7.4	Vård utanför sjukhusen – öppenvård inklusive primärvård.....	38
7.5	En särskild delegation skall tillsättas för att utreda den ideella sektorn inom hälso- och sjukvården	39
7.6	En särskild utredning om begränsningar för hur vinstmedel inom hälso- och sjukvården bör få användas	42
8	Överprövning.....	43
9	Förslagets förenlighet med gemenskapsrätten.....	44
10	Frågor om näringsfrihet, kommunal självstyrelse och offentlig upphandling	47
10.1	Näringsfrihet	47
10.2	Den kommunala självstyrelsen	50
10.3	Offentlig upphandling.....	52
11	Ekonomiska konsekvenser och konsekvenser för små företag	54
12	Ikraftträdande och övergångsbestämmelser	56
13	Författningskommentar	58
Bilaga 1	Författningsförslag från utredningen om Vårdens ägarformer (SOU 2003:23).....	62
Bilaga 2	Remissinstanser till betänkandet Vårda Vården (SOU 2003:23).....	65

Bilaga 3	Författningsförslag från promemorian om överlämnande av ansvaret för driften av sjukhus till privata entreprenörer	66	Prop. 2004/05:145
Bilaga 4	Remissinstanser till promemorian Överlämnande av ansvaret för driften av sjukhus till privata entreprenörer S2004/4905/HS.....	68	
Bilaga 5	Lagradsremissens lagförslag.....	69	
Bilaga 6	Lagrådets yttrande	71	
	Utdrag ur protokoll vid regeringssammanträde den 21 april 2005.....	75	

1 Förslag till riksdagsbeslut

Prop. 2004/05:145

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. 2004/05:145

Härigenom föreskrivs att 3 och 5 §§ hälso- och sjukvårdslagen (1982:763)¹ skall ha följande lydelse.

3 §²

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

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

Ett landsting får sluta avtal med någon annan om att utföra de uppgifter som landstinget ansvarar för enligt denna lag och skall därvid ange de särskilda villkor som gäller för överlämnandet. En uppgift som innefattar myndighetsutövning får dock inte med stöd av denna bestämmelse överlämnas till ett bolag, en förening, en samfällighet, en stiftelse eller en enskild individ.

Överlämnar landstinget enligt tredje stycket till någon annan att bedriva hälso- och sjukvård som ges vid ett sjukhus, skall avtalet innehålla villkor om

1. att verksamheten skall drivas utan syfte att ge vinst åt ägare eller motsvarande intressent, och

2. att vården skall bedrivas utslutande med offentlig finansiering och vårdavgifter enligt 26 §.

Uppgiften att bedriva hälso- och sjukvård som ges vid ett region-sjukhus eller en regionklinik får inte överlämnas till någon annan.

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

¹ Lagen omtryckt 1992:567.

² Lydelse enligt prop. 2004/05:89.

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

5 §³

För hälso- och sjukvård som kräver intagning i vårdinrättning skall det finnas sjukhus. Vård som ges under *sådan* intagning benämns slutna vård. Annan hälso- och sjukvård benämns öppen vård. Primärvården skall som en del av den öppna vården utan avgränsning vad gäller sjukdomar, ålder eller patientgrupper svara för befolkningens behov av sådan grundläggande medicinsk behandling, omvårdnad, förebyggande arbete och rehabilitering som inte kräver sjukhusens medicinska och tekniska resurser eller annan särskild kompetens.

För hälso- och sjukvård som kräver intagning i vårdinrättning skall det finnas sjukhus. *Varje landsting skall bedriva hälso- och sjukvård vid minst ett sjukhus utan att uppgift överlämnas enligt 3 § tredje och fjärde styckena.* Vård som ges under intagning benämns slutna vård. Annan hälso- och sjukvård benämns öppen vård. Primärvården skall som en del av den öppna vården utan avgränsning vad gäller sjukdomar, ålder eller patientgrupper svara för befolkningens behov av sådan grundläggande medicinsk behandling, omvårdnad, förebyggande arbete och rehabilitering som inte kräver sjukhusens medicinska och tekniska resurser eller annan särskild kompetens.

Landstinget skall organisera primärvården så att alla som är bosatta inom landstinget får tillgång till och kan välja en fast läkarkontakt. En sådan läkare skall ha specialistkompetens i allmänmedicin. Landstinget får inte begränsa den enskildes val till ett visst geografiskt område inom landstinget.

1. Denna lag träder i kraft den 1 januari 2006.

2. Bestämmelsen i 3 § fjärde stycket 1 gäller inte avtal om drift av hälso- och sjukvård som har träffats före lagens ikraftträdande så länge detta avtal gäller. Avtal om förlängning får inte träffas efter utgången av år 2011.

3. Bestämmelsen i 3 § fjärde stycket 2 gäller inte avtal om drift av hälso- och sjukvård som träffats före lagens ikraftträdande så länge detta avtal gäller. Ett avtal som förlängs får inte stå i strid med villkoret i 3 § fjärde stycket 2.

³ Senaste lydelse 1998:1654.

Regeringen beslutade den 21 december 2000 att tillkalla en särskild utredare med uppdrag att utreda frågor om privatisering av hälso- och sjukvården och privata vinstintressens roll inom sjukvården – Utredningen om medborgerligt inflytande m.m. vid förändringar av ägar- eller driftsformer inom vården (dir 2000:103). Utredningen antog namnet Vårdens ägarformer – vinst och demokrati (S 2000:08).

Den 16 april 2002 överlämnade utredningen ett idébetänkande, Vinst för vården (SOU 2002:31) till regeringen (dnr S2002/3285/HS). I betänkandet presenterar utredningen olika förslag rörande vilka villkor som skall gälla för privata driftsformer i vården. Betänkandet remissbehandlades av utredningen. En sammanställning av remissvaren finns i utredningens slutbetänkande (dnr S2003/2354/HS).

Utredningen överlämnade den 5 mars 2003 sitt slutbetänkande Vårda vården – samverkan, mångfald och rättvisa (SOU 2003:23). I betänkandet lämnas förslag på ändringar i hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) avseende möjligheterna för landstingen att överlämna driften av hälso- och sjukvård till privata entreprenörer. De lagförslag som lades fram i betänkandet återfinns i *bilaga 1*. Remissinstanserna framgår av *bilaga 2*. En sammanställning av remissvaren finns tillgänglig i Socialdepartementet (dnr S2003/2354/HS).

Under beredningen av utredningens slutbetänkande har en särskild promemoria utarbetats i Socialdepartementet. Promemorian innehåller förslag till bestämmelser i hälso- och sjukvårdslagen om att ansvaret för driften av hälso- och sjukvård som ges vid sjukhus inte får överlämnas till någon som avser att driva verksamheten med syfte att ge vinst åt ägaren samt förslag till en bestämmelse som innebär att landstinget skall ansvara för driften av hälso- och sjukvård vid minst ett sjukhus i det egna landstinget. Promemorian har remissbehandlats. Promemorian och en sammanställning av remissyttrandena finns tillgängliga i Socialdepartementet (dnr S2004/4905/HS). Promemorian lagförslag finns i *bilaga 3*. Remissinstanserna framgår av *bilaga 4*.

Propositionen om driftsformer för offentligt finansierade sjukhus bygger på en överenskommelse mellan den socialdemokratiska regeringen, vänsterpartiet och miljöpartiet.

Lagrådet

Regeringen beslutade den 10 mars 2005 att inhämta Lagrådets yttrande över de förslag som finns i *bilaga 5*.

Lagrådets yttrande finns i *bilaga 6*.
Regeringen har i propositionen följt Lagrådets förslag.

Hälso- och sjukvården är en av de samhällssektorer som engagerar det svenska folket allra mest. Sektorns funktionssätt är ständigt i fokus och utvecklingstendenserna inom sektorn följs med stor uppmärksamhet. Den svenska hälso- och sjukvårdspolitiken har i sina huvuddrag vuxit fram i ett brett politiskt samförstånd och med starkt stöd i befolkningen. De grundläggande principerna för den allmänna hälso- och sjukvården är att vården skall ges på lika villkor och efter behov, styras demokratiskt och vara solidariskt finansierad.

Under slutet av 1990-talet började emellertid principerna för den allmänna hälso- och sjukvården att allt oftare ifrågasättas och utmanas. Framför allt gällde detta vårdens finansiering, där privata försäkringslösningar framhölls som ett alternativ till den skattefinansierade hälso- och sjukvården. En annan fråga som har tagit stort politiskt och massmedialt utrymme är frågan om landstingens rätt att själv bestämma hur dess verksamhet skall organiseras och i vilken utsträckning driften av offentlig-finansierad hälso- och sjukvårdsverksamhet skall kunna överlämnas till privata entreprenörer.

Under 1990-talet ökade inslaget av privata aktörer inom hälso- och sjukvården. Framför allt har privata företag och koncerner i ökad utsträckning slutit avtal med landstingen om att utföra hälso- och sjukvårdstjänster. Personal- eller brukarkooperativ och ideella organisationer är också aktörer inom den offentligt finansierade vården. Omfattningen av offentligt finansierad vård utförd av organisationer utan vinstutdelningssyfte har däremot varit i stort sett oförändrad. Det ökade antalet privata vårdgivare återfinns framför allt inom primärvården. Det har emellertid även funnits ett intresse hos vissa landsting att överlämna driften av sjukhusvården till privata vårdgivare liksom ett intresse hos privata aktörer att överta driften av sjukhusvård. Överlämnandet av driften av S:t Görans sjukhus i Stockholm och sjukhuset i Simrishamn till privata, vinstutdelande företag, skapade en omfattande debatt om hur hälso- och sjukvården i Sverige skall organiseras och finansieras i framtiden.

Det finns i de flesta fall ett mönster för utvecklingen mot en ökad andel av privata entreprenörer inom hälso- och sjukvården. Entreprenaderna har ofta startat med service- och kringtjänster som fastighetsskötsel, bevakning, städning, kök/catering för att sedan utsträckas till kliniska tjänster som laborietjänster och röntgen. För den medicinska vården har entreprenaderna i första hand omfattat olika former av rehabilitering, sjukgymnastik och senare primärvård och specialistvård.

En motsvarande utveckling har även ägt rum när det gäller medicinsk behandling. Privata vårdgivare utför t.ex. starroperationer eller ortopedisk kirurgi där sjukdomsdiagnosen och omfattningen av den beställda tjänsten är väl känd. För den sortens behandlingar finns möjligheter att värdera och jämföra kostnader och kvalitet. Ambulanstjänst ingår också bland de verksamheter som förts ut till upphandling.

I sammanhanget är det viktigt att framhålla att många av de nya privata och alternativa vårdgivare som verkar inom den offentligt drivna hälso- och sjukvården har bidragit med erfarenheter som är viktiga för hälso- och sjukvårdens utveckling. Erfarenheterna har visat att sjukvårdsperso-

nalen i många fall bl.a. fått andra möjligheter att komma med egna initiativ och påverka verksamheten.

Regeringens utgångspunkt är att den svenska hälso- och sjukvården även fortsättningsvis skall vara demokratiskt styrd, solidariskt finansierad, ges på lika villkor och efter behov. För att dessa mål skall kunna upprätthållas samtidigt som alternativa driftsformer skall kunna verka, framstår det enligt regeringens mening som nödvändigt att genom lag reglera vilka villkor som skall gälla när landstingen överlämnar driften av hälso- och sjukvård vid centrala vårdinrättningar som sjukhus till entreprenörer. En risk finns annars för att en intressekonflikt uppstår mellan marknadsaktörer och vårdbehövande, där ekonomiska resurser och ekonomiskt vinstintresse går före de medicinska behoven. Regeringen anser att vårdsystemets resurser och insatser skall fördelas efter de medicinska behoven och inte efter individers eller gruppers betalningsförmåga och privata entreprenörers vinstintressen. Att den som har det största behovet av hälso- och sjukvård skall ges företräde till vården framgår av 2 § 2 st hälso- och sjukvårdslagen (1982:763; HSL) och gäller all vård, oavsett om den bedrivs vid sjukhus eller inte.

Frågan om vinst i vården och till vilka entreprenörer som landstingen skall ha möjlighet att överlämna driften av hälso- och sjukvården har tidigare behandlats i propositionen Sjukhus med vinstsyfte (prop. 2000/01:36). Under tiden den 1 januari 2001 till och med den 31 december 2002 gällde lagen (2000:1440) om inskränkning i landstingens rätt att överlämna driften av akutsjukhus till annan. Enligt 1 § nyssnämnda lag inskränktes landstingens rätt enligt 3 § HSL att sluta avtal med annan om att utföra de uppgifter som landstingen enligt den lagen ansvarar för. Uppgiften att ansvara för driften av akutsjukhus fick inte efter upphandling enligt lagen (1992:1528) om offentlig upphandling (LOU) eller på annat sätt överlämnas till den som avsåg att driva verksamheten med syfte att ge vinst åt ägare eller motsvarande intressent (2 §). Syftet med lagen var att värna om en allmän sjukvård som ges på lika villkor till hela befolkningen och förhindra en marknadsstyrd hälso- och sjukvård.

5 Om entreprenad i hälso- och sjukvården och lagen om offentlig upphandling

5.1 Om entreprenad

Den svenska hälso- och sjukvården bedrivs huvudsakligen i offentlig regi. Det har emellertid blivit mer vanligt förekommande att en privat vårdgivare under en avtalad tid på entreprenad driver en vårdverksamhet som landstinget tidigare drivit i egen regi.

Med entreprenad avses i detta sammanhang att landsting efter upphandling, för viss tid lämnar över uppgiften att bedriva hälso- och sjukvård till ett privaträttsligt subjekt som inte ägs av landstinget. Vidare skall den överlämnade vården även fortsättningsvis vara finansierad av landstinget. Vid entreprenader som är omfattande övertar entreprenören en del av landstingets verksamhet som t.ex. ett sjukhus, en vårdcentral

eller en klinik. För patienterna innebär det ingen direkt förändring utan man fortsätter att ta kontakt med exempelvis samma sjukhus och vårdcentral som tidigare. Landsting kan upphandla sjukvårdstjänster även om entreprenören bedriver verksamheten i sina egna lokaler med sin egen personal.

Hälso- och sjukvård kan också bedrivas helt i privat regi utan inslag av offentlig finansiering. I dessa fall ansvarar inte landstinget eller kommunen för verksamheten. Socialstyrelsen utövar dock tillsyn även över den helt privatfinansierade hälso- och sjukvården.

En förvaltningsdriven verksamhet som övergår till att drivas av ett landstingsägt bolag är inte att betrakta som en entreprenad.

Hälso- och sjukvårdslagens bestämmelser om entreprenader

Landstingen och kommunerna kan med stöd av bestämmelserna i 3 och 18 §§ hälso- och sjukvårdslagen (1982:763; HSL) uppdra åt någon annan att mot ersättning ombesörja driften av viss verksamhet. Uppgift som avser myndighetsutövning får inte överlämnas med stöd av 3 § HSL. Inom hälso- och sjukvården förekommer myndighetsutövning framförallt inom den psykiatriska vården och inom smittskyddsområdet.

Bestämmelserna i 3 § HSL om landstingens möjligheter att träffa entreprenadavtal inom hälso- och sjukvården grundar sig på förslag i Konkurrenskommitténs betänkande Konkurrensen inom den kommunala sektorn (SOU 1991:104) och regeringens proposition 1992/93:43. Bestämmelsens syfte är bl.a. att på ett tydligare sätt än som tidigare varit fallet klargöra de rättsliga förutsättningarna för t.ex. entreprenadverksamhet inom hälso- och sjukvården. Enligt Konkurrenskommittén förstås med entreprenad ett skriftligt åtagande att mot ersättning utföra ett större arbete, ofta i konkurrens. Entreprenörens åtagande kan även omfatta inköp av material och varor samt utrustning och anordningar som behövs för arbetets utförande.

Regeringen föreslår i propositionen Behörigheten för läkare i enskild verksamhet, m.m. (prop. 2004/05:89) att bestämmelserna i 3 och 18 §§ HSL om att överlämna uppgift som sjukvårdshuvudmannen ansvarar för till någon annan, skall kompletteras med en bestämmelse om att de särskilda villkor som gäller för överlämnandet skall anges i avtalen. Regeringen förutsätter här bl.a. att Socialstyrelsen i allmänna råd behandlar innehållet i entreprenadavtalen när det gäller att garantera att vissa rättsregler som gäller handläggningen av förvaltningsuppgifter får motsvarande tillämpning när de överlämnas till enskilda rättssubjekt. Ändringarna i HSL föreslås träda i kraft den 1 juli 2005.

Kommunallagens bestämmelser om entreprenader

Även om landstinget låter privata entreprenörer utföra vården, svarar landstinget dock alltjämt i egenskap av finansiär och huvudman för den utlagda verksamhetens innehåll och har kvar sitt vårdansvar enligt HSL. I kommunallagen (1991:900; KL) finns bestämmelser om överlämnande av vården av en kommunal angelägenhet till ett privaträttsligt subjekt.

Kännetecknande för kommunala entreprenader är att en kommun eller ett landsting anlitar en extern producent för en viss uppgift som annars skulle ha utförts i egen regi. Kommunen eller landstinget har kvar huvudmannskapet och har därigenom också kvar det yttersta ansvaret för verksamheten och skall se till att den anlitate entreprenören uppfyller de bestämmelser som gäller för verksamheten. Innehållet i entreprenadavtalet är därför av största vikt för att kommunerna eller landstingen skall kunna fullgöra sitt ansvar gentemot sina medlemmar (prop. 1993/94:188, s. 40).

Enligt 6 kap. 9 § KL skall en nämnd inom sitt verksamhetsområde se till att verksamheten bedrivs enligt de mål och riktlinjer som fullmäktige har bestämt samt de föreskrifter som gäller för verksamheten. Detsamma gäller när vården av en kommunal angelägenhet har överlämnats till någon annan.

I 3 kap. 19 § KL föreskrivs att innan en kommun eller ett landsting lämnar över vården till någon annan än ett kommunalt bolag skall fullmäktige se till att kommunen respektive landstinget tillförsäkras en möjlighet att kontrollera och följa upp verksamheten. I förarbetena förutsätts det att detta regleras i entreprenadavtalet (prop. 1993/94:188 s. 39 ff.). I propositionen framhölls att det är kommunen eller landstinget och inte primärt entreprenören som inför medlemmarna ansvarar för att den av entreprenören bedrivna verksamheten uppfyller samma kvalitetskrav som de som bedrivs av kommunen eller landstinget i egen regi. Enligt propositionen måste man därför avtalsvägen genom särskilda villkor skapa garantier för att entreprenören beaktar de allmänna regler som gäller för offentlig förvaltning. Vidare bör avtalen enligt propositionen innehålla de kvantitativa och kvalitativa mål och riktlinjer som skall gälla för verksamheten. Av propositionen följer vidare att avtalet dessutom måste innehålla möjligheter för kommunen eller landstinget att häva avtalet om verksamheten slår fel, liksom att kommunen eller landstinget skall ha rätt att följa och inspektera verksamheten.

Av 3 kap. 19 a § KL framgår även att kommunen eller landstinget skall beakta intresset av att genom avtalet tillförsäkras information som gör det möjligt för allmänheten att få insyn i hur angelägenheten utförs.

Kommunallagens krav när verksamhet överlämnas till ett kommunalt bolag

Lämnar landsting över verksamhet till ett helägt kommunalt bolag skall fullmäktige enligt 3 kap. 17 § KL bestämma det kommunala ändamålet med verksamheten, utse samtliga styrelseledamöter, se till att fullmäktige får ta ställning innan sådana beslut i verksamheten som är av principiell beskaffenhet eller annars av större vikt fattas samt utse minst en lekman-
narevisor.

Aktiebolagslagen (1975:1385; ABL), gäller för de kommunala aktiebolagen. Aktiebolags verksamhet drivs i allmänhet i vinstsyfte men av 12 kap. 1 § andra stycket ABL framgår att verksamheten kan ha ett annat syfte än att bereda vinst åt aktieägarna men att bolagsordningen då skall innehålla särskilda bestämmelser. I förarbetena till KL (prop. 1990/91:117) konstateras att det kommunala ändamålet kan preciseras så att grunderna som gäller för kommunal verksamhet som exempelvis

likställighetsprincipen skall gälla för bolagets verksamhet. Vidare påpekas att det kan vara lämpligt att fullmäktige i t.ex. en bolagsordning tar in en bestämmelse om att bolaget inte skall drivas i vinstsyfte.

Av 3 kap. 18 § KL framgår att innan vården av en kommunal angelägenhet lämnas över till ett bolag eller en förening där landstinget bestämmer tillsammans med någon annan, skall fullmäktige se till att den juridiska personen blir bunden av villkoren i 3 kap. 17 § i rimlig omfattning.

5.2 Lagen om offentlig upphandling

När landsting överlämnar uppgiften att driva hälso- och sjukvård till en privat entreprenör eller ett kommunalt bolag skall överlämnandet i regel föregås av en offentlig upphandling.

Lagen (1992:1528) om offentlig upphandling (LOU), som trädde i kraft den 1 januari 1994, bygger huvudsakligen på olika EG-direktiv men har i vissa delar regler för sådan upphandling som är undantagen från direktiven. Enligt huvudregeln om affärsmässighet i 1 kap. 4 § skall upphandling göras med utnyttjande av de konkurrensmöjligheter som finns och även i övrigt genomföras affärsmässigt. Vidare skall anbudsgivare, anbudssökande och anbud behandlas utan ovidkommande hänsyn. Dessa regler i 1 kap. 4 § LOU är ett uttryck för att en upphandling skall genomföras objektivt och anses innebära att andra än rent företagsekonomiska bedömningar i princip inte får göras. Upphandling av sjukvårdstjänster faller i allt väsentligt utanför EG-direktivens tillämpningsområden. För sådan upphandling finns emellertid nationella bestämmelser i 6 kap. LOU. Därutöver gäller bl.a. huvudregeln om affärsmässighet i 1 kap. 4 § LOU. Vidare gäller gemenskapsrättens grundläggande principer för all upphandling. I detta sammanhang bör särskilt proportionalitetsprincipen nämnas. Den innebär rent allmänt att skyldigheter inte får åläggas utöver vad som är absolut nödvändigt för att uppnå syftet med en reglering. Verkan av sådana förpliktelser får med andra ord inte stå i missförhållande till nyttan av regleringen. I en upphandlingssituation innebär principen t.ex. att den upphandlande enheten inte får ställa större krav på anbudsgivarna än som behövs och är ändamålsenligt för den aktuella upphandlingen. Kravet på affärsmässighet enligt LOU samt proportionalitetsprincipen enligt EG-rätten gäller således även för upphandling av sjukvårdstjänster.

Utredningen om vårdens ägarformer framhåller i sitt betänkande Vårda vården (SOU 2003:23) att formerna för upphandling och förutsättningarna för jämbördig konkurrens påverkas starkt av hur relationerna mellan beställare och utförare är och hur de utvecklas under avtalstiden. Om en enskild vårdgivare får ta över ägande eller dispositionsrätt till lokaler, ansvar för investeringar och utveckling eller får utveckla egna vårdverksamheter för att betjäna andra patientgrupper blir det svårt, närmast omöjligt, att vid nästa upphandling skapa jämbördiga villkor mellan den etablerade entreprenören och andra. Upphandlingsförfarandet kan komma att uppfattas som mer fiktivt. Enligt utredningen om vårdens ägarformer är det viktigt att beställarna utformar sina underlag för anbud

Överklagande och överprövning

Landstings beslut under upphandlingsförfarande kan överklagas av medlem med stöd av 10 kap. kommunallagen (1991:900; KL) om inte beslutet omfattas av förbud mot överklagande i lagen (1992:1528) om offentlig upphandling, LOU. En leverantör har möjlighet att begära prövning enligt 7 kap. LOU. En mer omfattande redogörelse för överklagandemöjligheterna i LOU görs i avsnitt 8.

6 Sjukvårdens organisation

Ansvar för att medborgarna får sjukvård vilar enligt hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) på kommuner och landsting. Kommunerna svarar efter den s.k. Ädelreformen år 1992 för all sjukvård i särskilt boende utom läkarinsatser.

6.1 Begreppen sjukhus och sjukhusvård

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

Enligt förarbetena till HSL (prop. 1981/82:97 s. 120 f.) avsågs inte någon saklig ändring av den betydelse begreppet sjukhus hade i tidigare, mera detaljerad, reglering. Sjukhus skall erbjuda vård för "sjukdom, skada, kroppsfel eller barnsörd". "Sluten vård" innebär att patientens tillstånd kräver inläggning, dvs. i allmänhet att patienten stannar över natten. Sjukhuset kan också meddela "öppen vård". Det finns också olika blandformer, exempelvis dagkirurgi med patienthotell. Att det finns sjukhus ingår i landstingets ansvar.

Motsatsvis definieras begreppet primärvård i 5 § HSL som en del av den öppna vården som utan avgränsning vad gäller sjukdomar, ålder eller patientgrupp skall svara för befolkningens behov av sådan grundläggande medicinsk behandling, omvårdnad, förebyggande arbete och rehabilitering som inte kräver sjukhusens medicinska och tekniska resurser eller annan särskild kompetens.

Begreppet sjukhus finns i ett stort antal författningar. Begreppet är inte i dessa författningar närmare definierat men har inte medfört några tillämpningsproblem. Ibland används begreppet "allmänt sjukhus". Det är oklart om "allmänt" i det sammanhanget har någon saklig innebörd. Möjligen innebär det att det måste vara ett offentligt sjukhus. Ett exempel är abortlagen (1974:595). Enligt denna skall abort ske "på allmänt sjukhus eller på annan sjukvårdsinrättning som Socialstyrelsen godkänner". Ett annat exempel är lagen (1995:831) om transplantation. Enligt transplantationslagen får regeringen eller den myndighet regeringen bestämmer "föreskriva att ingrepp enligt denna lag får utföras endast på

sjukhus som avses i 5 § HSL eller vid annan enhet inom hälso- och sjukvården eller det medicinska området i övrigt”. Ytterligare ett exempel på användning av begreppet ”sjukhus” finns i 15 a § tandvårdslagen (1985:125). Där finns bestämmelser om ”behandlings- och undersökningar för vilka ett sjukhus tekniska och medicinska resurser behövs”. Enligt 4 § lagen (1988:711) om befruktning utanför kroppen får behandling inte utan Socialstyrelsens tillstånd utföras annat än vid offentligt finansierade sjukhus. Med offentligt finansierade sjukhus avses de sjukhus landstinget driver oavsett driftsform. Här avses även de sjukhus som drivs av annan där verksamheten till övervägande del är offentligt finansierad.

Enligt 3 kap. 23 § 2 mervärdesskattelagen (1994:200; ML) undantas från skatteplikt omsättning av läkemedel som lämnas ut enligt recept eller säljs till sjukhus. I ett förhandsbesked rörande läkemedel och mervärdesskatt anförde Skatterättsnämnden att försäljning av läkemedel avser försäljning till sjukhus när det sker till sådan allmän eller privat inrättning vid vilken intagning sker för slutenvård. Undantaget från skatteplikt är däremot inte tillämpligt vid försäljning till vårdcentral, företagsläkare, privatläkare och husläkare. Regeringsrätten instämde i nämndens bedömning att begreppet sjukhus i 3 kap. 23 § ML inte omfattar vårdcentral, företagsläkare, privatläkare eller husläkare (RÅ 2001 not 40).

Begreppen länsdelssjukhus, länssjukhus och region- eller universitetssjukhus

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 vård som bedrivs utan lika mycket på indelning av sjukhusens upptagningsområde.

Sjukhusen inom länssjukvården indelas traditionellt i länsdel- och länssjukhus. Länssjukhus är ett sjukhus som svarar för sjukvårdsområdets behov av länssjukvård. Länssjukvård är sådan vård som avsedd för landstingets invånare men 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 länssjukvård. Med sjukvårdsområde avses ett geografiskt område inom vilket en sjukvårdshuvudman (dvs. ett landsting) som anges i 3 § HSL bedriver sjukvård. Länssjukhusens differentieringsgrad vad avser medicinska specialiteter är betydande. Vid de länsdelssjukhus där akutmottagningarna avvecklats, har verksamheten i övrigt fortsatt. Har sjukhuset kvar korttidsvårdplatser fortsätter det att betraktas som ett länsdelssjukhus.

Med regionsjukhus avses ett sjukhus med resurser för 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 länssjukvården. En stor andel av remitteringarna är av akut karaktär. Vid regionsjukhusen sker även en betydande andel diagnostik, dels efter att patienten remitteras 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.

Regionsjukhusens sjukvårdsverksamhet omfattar förutom regionsjukvården även länsdelssjukvård till närboende och länssjukvård för det egna landstinget. Länssjukvården utgör den dominerande delen av regionsjukhusets sjukvårdsverksamhet, oftast mer än 70 procent av vårdvolymen mätt som antalet vårdtillfällen slutenvård.

I Socialstyrelsens Hälso- och sjukvårdsstatistiska årsbok 2002 definieras nio sjukhus som region-/universitetssjukhus. Huddinge sjukhus och Karolinska sjukhuset, som är att kategorisera som universitetssjukhus, slogs emellertid år 2004 samman till en enhet, Karolinska universitetssjukhuset.

Länssjukvården svarar för ca 70 procent av all slutenvård i landet. Sjukhusens öppenvårdsmottagningar, inklusive regionsjukhusen, svarar för ca 44 procent av öppenvårdsbesöken hos läkare. Kostnaderna för länssjukvården motsvarar ca två tredjedelar av sjukvårdens kostnader. Regionsjukhusen enskilt svarar för en betydande andel av hela rikets sjukhusvård (28,2 procent) mätt i vårdtillfällen slutenvård.

Sjukhusen minskar i antal

Antalet sjukhus med korttidsvård och vårdplatser har, enligt Socialstyrelsens definition och statistik, under perioden år 1985 till år 2000 minskat från 94 till 75 (Hälso- och sjukvårdsstatistisk årsbok 2002 – Antal sjukhus med korttidsvård och vårdplatser). Alla sjukhus som upptas i Socialstyrelsens förteckning har vårdplatser för specialiserad somatisk vård.

I minskningen inryms organisationsförändringar där flera sjukhus organisatoriskt förts samman till en enhet. Förändringar har framförallt skett för länsdelssjukhusen. Flera av länsdelssjukhusen har under den senaste 10-årsperioden avvecklats som sjukhus eller omvandlats till enheter med enbart akutverksamhet inom invärtes medicin/geriatrik.

I många fall har t.ex. en koncentration skett av förlossningsvården till färre sjukhus inom landstingen. Minskningen beror vidare på att vissa sjukhus har avvecklat sina akutmottagningar och därför inte längre kan betraktas som akutsjukhus. Förbättrat omhändertagande under transporter möjliggör exempelvis att den akuta kirurgiska verksamheten har kunnat koncentreras till färre sjukhus.

Av de 75 sjukhus som återfinns i Socialstyrelsens statistik, är tre sjukhus sådana som är offentlig finansierade men där driften utförs av en privat entreprenör. Sjukhusen är S:t Görans sjukhus AB i Stockholm, Simrishamns sjukhus – Närsjukvården Österlen AB samt Lundby Sjukhus AB i Göteborg (Hälso- och sjukvårdsstatistisk årsbok 2002 – Sjukhus med specialiserad somatisk vård efter sjukhustyp och huvudman). Nämnade sjukhus är sådana som landstinget tidigare har drivit helt i egen regi. Sjukhusen utför dock fortfarande i samma utsträckning hälso- och sjukvård för landstingets räkning och utgör en del av landstingets sjukhusorganisation. Sjukhusen är vidare till allra största delen finansierade av det landsting där de är belägna.

Landstingsförbundet har i en rapport från år 2004, Utvecklingen i svensk hälso- och sjukvård, gjort en redovisning som belyser vilka mer betydelse-

sefulla förändringar av uppgifterna för olika sjukhus som har skett under perioden 1992 – 2003. I rapporten redovisas nedlagda akutsjukhus under perioden. Med detta avses sjukhus där såväl akut internmedicin som akut kirurgi har upphört. I utredningen konstateras att antalet akutsjukhus år 2003 uppgick till 76. Vid nio av dessa bedrevs inte akut kirurgi och vid ytterligare sju sjukhus utfördes inte akuta operationer kvällar, helger och nätter. Enligt rapporten återstår 60 kompletta akutsjukhus vilket nästan är en halvering sedan 1960-talet.

I sammanhanget kan nämnas att Socialstyrelsen i ett måldokument från år 1994 pekade på att ett akutsjukhus skall kunna ta emot alla sjuka och skadade som kräver akut omhändertagande och är i behov av akutsjukhusets resurser. Sådana resurser är omedelbar tillgång till operationsavdelning, intensivvård och röntgen. Enligt dokumentet skall det inom sjukhuset även finnas jourlinjer och bakjourlinjer inom ett stort antal specialiteter. I måldokumentet definieras närsjukhus som sjukhus med huvudsakligen planerad vård. Närsjukhuset tar emot akut sjuka och skadade som inte behöver allmän intensivvård eller akuta operationsresurser. Närsjukhuset har också som funktion att ta hand om åldriga patienter med återkommande sjukvårdsbehov, framför allt då omvårdnadsbehovet dominerar. Måldokumentet citeras i den ovan beskrivna rapporten från Landstingsförbundet.

Privata sjukhus

Vidare finns det ett antal sjukhus i Sverige, som Sophiahemmet, Ersta, Spenshult och Röda korsets sjukhus, som får betraktas som privata. För dessa sjukhus har den privata vårdgivaren själv byggt upp verksamheten och ordnat grundläggande finansiering. Sjukhus återfinns heller inte i Socialstyrelsens uppräknings över offentligfinansierade sjukhus som redovisats ovan. Sjukhusen utför dock i stor utsträckning vård för landstingens räkning. Se avsnitt 5.1.

6.2 Närmare definition av begreppen regionsjukvård och högspecialiserad vård

Enligt 9 § hälso- och sjukvårdslagen (1982:763; 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 skett. I varje region finns en samverkansnämnd vars uppgift bl.a. är att inom regionen samordna regionsjukvården och då särskilt den högspecialiserade vården. Överenskommelser har träffats mellan landstingen om ersättningar samt formerna för och innehållet i samarbetet inom regionen. Landstingen samverkar kring viss högspecialiserad vård såsom avancerad hjärtsjukvård och neurosjukvård, plastikkirurgi och viss cancerbehandling m.m. Vilka behandlingar som är att betrakta som högspecialiserad vård förändras med utvecklingen inom hälso- och sjukvården.

I promemorian Högspecialiserad sjukvård (Ds 2003:56, s. 24) anförs att den högspecialiserade vården kan bedrivas både inom regionsjukvård och rikssjukvård. Regionsjukvård är sådan sjukvård som samordnas med en sjukvårdsregion som upptagningsområde. Med rikssjukvård avses sjukvård som samordnas med riket som upptagningsområde. Regionsjukvården bedrivs vanligtvis på universitets/regionsjukhuset men det finns enstaka exempel på verksamheter som för en sjukvårdsregions räkning bedrivs vid ett länssjukhus. Inom sjukvårdsregionerna samverkar sjukvårdshuvudmännen även utanför den högspecialiserade vården. Frågor om dimensionering av den regionalt baserade högspecialiserade vården förs ofta till politiska beslut inom de regionala samverkansnämnderna.

Relationerna mellan landsting avseende regionsjukvård baseras inom de flesta sjukvårdsregionerna på regionvisa avtal, alternativt bilaterala avtal mellan berört regionsjukhus och respektive landsting. Regionsjukhusen har en bredare uppsättning av medicinska specialiteter jämfört med länssjukhusen genom de s.k. regionspecialiteterna som t.ex. thoraxkirurgi, neurokirurgi, plastikkirurgi och handkirurgi. Vissa regionsjukhus har 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.

Begreppet högspecialiserad vård är inte definierat i HSL. Det används ofta som en beteckning på nyskapande, forskningsintensiv, modern eller investeringstung 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 svårbemästrade problem och kräver samverkan mellan ett antal högt utbildade specialister samt eventuellt också särskild utrustning som är dyrbar eller svårskött. Hit räknas också sjukdomstillstånd, som uppträder så sällan att man på länsnivå inte får tillräcklig erfarenhet och kunskap av hur de bör behandlas. Den högspecialiserade vården 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 vården ofta nödvändig för att en hög vårdkvalitet och en ekonomiskt effektiv verksamhet skall kunna säkerställas.

6.3 Begreppet primärvård

Primärvårdens uppdrag definieras i 5 § hälso- och sjukvårdslagen (1982:763; HSL), som en del av den öppna vården som utan avgränsning vad gäller sjukdomar, ålder eller patientgrupp skall svara för befolkningens behov av sådan grundläggande medicinsk behandling, omvårdnad, förebyggande arbete och rehabilitering som inte kräver sjukhusen tekniska och medicinska resurser eller annan särskild kompetens.

Primärvården utgör basen för det svenska sjukvårdssystemet. Primärvård bedrivs vid drygt 1 000 vårdcentraler, distriktsköterskemottagningar, familjeläkarenheter och läkarmottagningar som bedrivs på entreprenad åt landstingen. Primärvården som vårdnivå skall erbjuda ett brett

utbud av hälso- och sjukvårdstjänster. En rad olika yrkeskategorier är vanligen representerade vid primärvårdens vårdcentraler; läkare, sjuksköterskor, barnsköterskor, sjukgymnaster, arbetsterapeuter och kuratorer. Primärvård kan även förekomma på sjukhus, exempelvis mödra- och barnhälsovård på kvinno- och barnkliniker. Primärvården svarar emellertid i regel för insatser där sjukhusens resurser inte krävs.

Många patienter med kroniska sjukdomar går på regelbundna kontroller i primärvården. I de fall diagnostik och behandling behöver ske med ytterligare resursinsatser remitteras patienten till andra specialister inom länssjukvården. Samtliga insatser av läkare som upprätthåller funktionen som specialist i allmänmedicin kan hänföras till primärvård oavsett om insatserna sker på vårdcentraler, i patienters hem eller hos privata specialister i allmänmedicin som landstingen har avtal med.

I propositionen Primärvård, privata vårdgivare m.m. (prop. 1994/95:195, s. 48 f) anges att primärvårdsläkarnas insatser skall ha sin tyngdpunkt i diagnos, behandling och individriktade förebyggande insatser. Den nära samverkan med övriga yrkesgrupper inom primärvården, med sekundärvården (dvs. läns- och länsdelssjukvården) och med kommunalt anställda är av central betydelse. Vidare anges att distriktsköterskornas huvuduppgifter består av mottagningsverksamhet, barnhälsovård, hemsjukvård och förebyggande arbete. Primärvården har även ett ansvar för insatser under jourtid där jourverksamhet antingen förekommer i egen regi vid jourcentraler eller via insatser av primärvårdens läkare knutna till sjukhusens akutmottagningar.

Primärvården betecknar en vårdnivå och avser således den nivå som skall kunna tillgodose befolkningens grundläggande behov av hälso- och sjukvård. Det är också i denna betydelse som primärvårdsbegreppet definieras av Världshälsoorganisationen (WHO) och i andra internationella sammanhang (prop. 1994/95:195, s. 46). Primärvården svarar för runt en fjärdedel av de samlade kostnaderna för hälso- och sjukvården, den kommunala hälso- och sjukvården inräknad.

7 Överväganden och förslag

7.1 Regionsjukvård

Regeringens förslag: Ett landsting får inte överlämna uppgiften att bedriva hälso- och sjukvård som ges vid ett regionsjukhus eller en regionklinik till någon annan.

Utredningens förslag överensstämmer i huvudsak med regeringens förslag. Utredningen föreslog emellertid att uppgiften att ansvara för driften av hälso- och sjukvårdsverksamhet som samordnas inom eller mellan sjukvårdsregioner inte skall kunna överlämnas till annat bolag eller annan stiftelse än som avses i 3 kap. 17 § kommunallagen (1991:900). Regeringen har istället för begreppet samordnad vård valt att använda begreppen regionsjukhus och regionklinik.

Remissinstanserna: En majoritet av remissinstanserna tillstyrker utredningens förslag. Bland de som tillstyrker utredningens förslag återfinns bl.a. Statskontoret, Socialstyrelsen, Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU), Karolinska institutet, Landstingsförbundet och Svenska Kommunförbundet, LO, TCO, Svenska Kommunalarbetarförbundet och Bräcke Diakonigård, Vetenskapsrådet och Handikappförbundens samarbetsorgan. Samtliga landsting som har inkommit med remissyttranden är helt eller delvis positivt inställda till utredningens förslag.

Avstyrker utredningens förslag gör bl.a. Konkurrensverket, SACO, Läkarförbundet, Legitimerade sjukgymnasters riksförbund, Vårdförbundet, Företagarna, Svenskt Näringsliv, Vårdföretagarna, Capio, Praktiker-tjänst, Ersta Diakonisällskap, Sophiahemmet och Röda Korsets sjukhus. En del av remissinstanserna, både de som tillstyrker förslaget och de som avstyrker, har invändningar mot användandet av begreppet samordnad vård.

Socialstyrelsen anser att begreppet drift som samordnas inom eller mellan sjukvårdsregioner lämnar möjligheter till olika tolkningar. *Landstinget i Västra Götaland* anser att utredningens förslag är väl underbyggt men att utredningens val att formulera sina lagförslag i termer av vårdnivåer istället för sjukhus, för den högspecialiserade vården medför svåra avgränsningsproblem gentemot den länsdels- och länssjukvård som också bedrivs integrerad med den högspecialiserade vården vid regionsjukhusen. Enligt landstinget gör denna svårighet det i praktiken omöjligt att överlämna ansvaret för driften av länsdels- och länssjukvården vid regionsjukhusen till privata entreprenörer. Det skulle därför vara mera klagande att låta lagförslaget för den samordnade sjukvården avse regionsjukhusen samt samordnad sjukvård i övrigt. Även *Landstinget i Östergötland*, *Landstingsförbundet* och *Svenska Kommunförbundet* pekar på att den av utredningen valda avgränsningen kan medföra vissa definitionsproblem men att dessa bör kunna hanteras utifrån det allmänna syftet med regleringen. *Landstinget i Dalarna* skriver att vanlig specialiserad vård inte bör ingå i lagförslagens ”samordnad” vård.

Konkurrensverket anser att konkurrenslösningar i den berörda vården inte bör förbjudas men att om upphandlingar på detta område skall bli framgångsrika krävs att landstingen satsar mer på att utveckla sin beställarkompetens. *Sveriges Läkarförbund* anser att statens ansvar för utbildning och forskning inte är motiv nog för att de stora utbildningssjukhusen måste vara offentligt ägda. *Vårdföretagarna* anser att regleringen är otydlig i sin avgränsning och onödig eftersom huvudmannen alltid avgör vem som får utföra vad. Vidare riskerar bestämmelsen att konservera vårdmonopol och hindra forskning och utveckling utanför de stora sjukhusen.

Skälen för regeringens förslag

Regionsjukvård och högspecialiserad vård

Den hälso- och sjukvård som samordnas till följd av samverkan mellan landstingen enligt bestämmelserna i 9 § hälso- och sjukvårdslagen (1982:763; HSL), är främst högspecialiserad vård som bedrivs vid universitets/regionsjukhusen men även vård som bedrivs vid vissa andra

sjukhus. Den högspecialiserade vården bedrivs både som regionsjukvård och rikssjukvård. Regionsjukvård är sådan sjukvård som samordnas med en sjukvårdsregion som upptagningsområde. Med rikssjukvård avses sjukvård som samordnas med riket som upptagningsområde. Även annan sjukvård än den högspecialiserade samordnas men skälen för detta varierar. De kan vara befolkningsmässiga, ha sin grund i sjukvårdsstrukturen inom en sjukvårdsregion eller vara ekonomiska. Regionsjukhus skall ha resurser för att bedriva regionsjukvård, länssjukvård, länsdelssjukvård och i vissa fall rikssjukvård (se vidare avsnitt 6.2). Med regionklinik förstås vårdenhet vid annat sjukhus än regionsjukhus som har hela sjukvårdsregionen som sitt upptagningsområde och som bedriver forskning och utvecklingsarbete.

En stor del av regionsjukvården är, som nämnts ovan, att karaktärisera som högspecialiserad vård. Den högspecialiserade vården utgör en central del av hälso- och sjukvården och den har en nära koppling till forskning och utveckling vilket gör den till en av de verksamheter som stödjer och ger förutsättningar för god vård inom övriga delar av hälso- och sjukvården. Förändring av den högspecialiserade vårdens utbud styrs till stor del av forskningens inriktning. Det finns enligt regeringen flera skäl som talar för att uppgiften att bedriva regionsjukvård, i synnerhet den högspecialiserade vården, som företrädesvis bedrivs vid regionsjukhus, inte skall kunna överlämnas till privata entreprenörer.

Regionsjukvårdens karaktär gör att den måste koncentreras till få platser

Karaktären på regionsjukvården gör att den oftast måste koncentreras till få platser. Endast sju av 21 sjukvårdshuvudmän har i dag regionsjukhus med förutsättningar att bedriva högspecialiserad vård. De landsting som inte själva bedriver högspecialiserad vård är därför beroende av andra landsting för att kunna leva upp till ansvaret för att tillgodose befolkningens behov av hälso- och sjukvård. De samverkande landstingen kan vidare även ha tagit ett gemensamt ekonomiskt ansvar för att bygga upp verksamheten. Beslut i ett landsting om hur landstingets regionsjukhus skall drivas kan medföra stora konsekvenser för de andra landsting som är beroende av regionsjukhuset och i praktiken deltar i finansieringen av verksamheten.

Regionsjukvården måste hålla en hög beredskap för små patientgrupper

Inom vissa specialiteter måste regionsjukhusen hålla en hög beredskap för små patientgrupper. Det kan vara frågan om sällan förekommande vård som kräver resurser som sällan utnyttjas. Den högspecialiserade vården är dessutom forskningsintensiv. Det är här nya behandlingsmetoder och teknologier i allmänhet först prövas. Det innebär en stor föränderlighet som gör det svårt att definiera uppdrag och finna ersättningsmodeller om landstingen vill överlämna uppgiften att bedriva den här typen av vård till någon annan. Den högspecialiserade vården ställer särskilda krav på beaktande av ett allmänt intresse som sträcker sig långt utanför det aktuella landstinget. Utvecklingen av den högspecialiserade vården måste styras av vad som på lång sikt främjar det allmännas bästa,

dvs. befolkningen, övriga landsting och riket som helhet och inte vad som i ett kortare perspektiv framstår som mest fördelaktigt för ett enskilt landsting eller annan vårdgivare. Enligt regeringen gör ovanstående omständigheter det olämpligt att konkurrensutsätta landstingens regionsjukvård.

Den högspecialiserade vården styrs av forskningens inriktning

Den högspecialiserade vårdens utbud styrs till stor del av forskningens inriktning. Staten är huvudman för den medicinska forskningen och de medicinska fakulteterna finansieras med statliga anslag, offentliga eller privata externa medel eller genom uppdragsforskning. Landstingen har ett betydande ansvar för den kliniska delen av den medicinska forskningen. Landstingen finansierar den kliniska forskningen dels via de av staten erhållna ALF-medlen (dvs ALF-avtalet, avtal mellan svenska staten och vissa landsting om samarbete om grundutbildning av läkare, medicinsk forskning och utveckling av hälso- och sjukvården), dels med egna medel.

En stor del av forskningen bedrivs vid universitets/regionsjukhusen som upplåts för de medicinska fakulteternas kliniska verksamhet. Forskningen vid regionsjukhusen har betydelse för förutsättningarna att bedriva högkvalitativ sjukvårdsverksamhet vid samma sjukhus och vice versa.

Det finns således en statlig styrning som påverkar sjukvården och som sker parallellt med sjukvårdshuvudmännens styrning. Enligt regeringen kan det ifrågasättas om den lokalt valda politiska majoriteten i ett enskilt landsting skall kunna fatta beslut om överlåtelse av uppgiften att bedriva sjukvårdsverksamhet som dels, direkt eller indirekt, till stor del finansieras av statliga medel, dels är av central betydelse för hälso- och sjukvårdsutvecklingen i landet som helhet.

Regionsjukhusen är nödvändiga för grundutbildningen av läkare

Regionsjukhusen intar en särställning i förhållande till staten även genom den nära samverkan mellan universiteten och universitets/regionsjukhusen som sker vad gäller läkarnas grundutbildning och, som nämnts ovan, medicinsk forskning.

De kliniska lärare, professorer och lektorer, som är anställda vid universiteten är samtidigt anställda som överläkare vid universitets/regionsjukhusen. Denna kombinationsanställning regleras bl.a. i lagen (1982:764) om förenade anställningar vid upplåtta enheter m.m.. Med upplåtta enheter menas sådana enheter inom landstingens hälso- och sjukvård som har upplåtits för den grundläggande högskoleutbildningen för läkarexamen. Vidare anges att varje läkare som är anställd vid en upplåten enhet är skyldig att biträda vid handledning av medicine studerande.

Vilka enheter inom hälso- och sjukvården som är upplåtta för läkarnas grundutbildning och för medicinsk forskning definieras närmare i ALF-avtalet. Avtalet innebär att grundutbildning av läkare och kliniskt inriktad medicinsk forskning får bedrivas inom ramen för landstingets hela

hälso- och sjukvårdsorganisation. För detta tillhandahåller landstinget lokaler, personal och andra resurser. Efter överenskommelse med landstinget placerar universitetet personal och andra resurser vid vissa enheter i vården. Landstingen får ersättning från staten för detta. Enligt avtalet skall varje landsting och universitet sluta ett regionalt avtal där dessa enheter preciseras. Vid dessa enheter gäller lagen om de förenade anställningarna.

Enligt regeringens bedömning får staten och landstingen anses gemensamt ha det fulla arbetsgivaransvaret för de läkare som innehar förenade anställningar. ALF-avtalet innehåller också vissa frågor om löne- och anställningsvillkor för dessa personer.

För att kunna säkerställa medicinsk klinisk forskning och en högkvalitativ utbildning av och tillgången till läkare i tillräcklig omfattning i Sverige är det av stor vikt att staten och landstingen även har ansvaret för driften av de enheter där utbildningen huvudsakligen äger rum. Skulle driften av regionsjukhus överlämnas till entreprenörer finns det en överhängande risk att grundutbildningen av läkare och den medicinska forskningen äventyras eftersom sjukvårdhuvudmännen i en sådan situation är beroende av hur entreprenören väljer att organisera verksamheten.

Den högspecialiserade vårdens roll skall stärkas

Den högspecialiserade vården kan vara svår att avgränsa från regionsjukhusens övriga verksamhet. I många fall torde det vara administrativt svårt för ett landsting att överlämna driften för en viss del av verksamheten vid ett sjukhus till en entreprenör och låta en annan del vara kvar i offentlig drift. Utredningens förslag om att ansvaret för driften av hälso- och sjukvårdsverksamhet som samordnas inom eller mellan sjukvårdsregioner inte får överlämnas skulle enligt regeringens bedömning kunna leda till gränsdragningsproblem. Denna bedömning får även stöd av vissa remissinstanser. I promemorian Högspecialiserad vård – kartläggning och förslag (Ds 2003:56, s. 184 f.) anförs att det är centralt att det i sjukvårdsregionerna finns sjukhus med centralt ansvar för utvecklingen av nya vårdmetoder samt implementeringen av nya metoder i sjukvården. Dessa sjukhus, regionsjukhusen, bör också ha centralt ansvar för samordningen av klinisk forskning inom regionens specialiteter. Regionsjukhusen betraktas som viktiga enheter för vården i hela sjukvårdsregionen. Enligt promemorian bör dessa sjukhus roll vidgas så att de blir ett nav i ett centralt vårdarbete i hela regionen.

Regeringens avsikt är att stärka samordningen av den högspecialiserade vården och därmed öka förutsättningarna för att tillgången till och kvaliteten på sådan vård säkerställs. Regionsjukhusens och regionsjukvårdens roll bör därför lyftas fram. En bestämmelse om att driften av regionsjukvård inte får överlämnas bör emellertid ta sikte på regionsjukhus och regionkliniker som enheter. Regeringen föreslår därför att uppgiften att bedriva hälso- och sjukvård som ges vid ett regionsjukhus eller en regionklinik inte får överlämnas till annan.

Utredningen föreslog att driften av samordnad vård skulle kunna överlämnas till av landstinget helägda bolag.

Regeringen anser att uppgiften att bedriva driften av hälso- och sjukvård som ges vid ett regionsjukhus eller en regionklinik inte skall kunna överlämnas till sådant av landstinget helägt bolag eller stiftelse som avses i 3 kap. 17 § kommunallagen (1991:900).

Enligt regeringens bedömning kan inte ett landsting överlämna driften av en sjukvårdsenhet utan att avtal upprättas som bl.a. gäller ekonomiska villkor. Utgår ersättning från bolagets ägare, dvs. landstinget, kan det bli fråga om ett köp mellan två juridiskt fristående enheter som enligt lagen (1992:1528) om offentlig upphandling (LOU) skall föregås av upphandling. Att vid en sådan upphandling endast inkludera av landstinget helägda juridiska personer, skulle enligt regeringens bedömning kunna strida mot LOU och grundläggande gemenskapsrättsliga principer. Det föreslagna nya femte stycket i 3 § HSL gör därför inget undantag för den situationen att ett landsting önskar överlämna uppgiften att bedriva hälso- och sjukvårdsverksamhet som ges vid regionsjukhus eller regionklinik till av landstinget helägd juridisk person.

Omfattningen av regionsjukhusens och regionklinikernas uppdrag

Högspecialiserad vård bedrivs huvudsakligen vid regionsjukhusen. Specialiserad vård utgör dock huvuddelen av regionsjukhusens verksamhet. Denna hälso- och sjukvård riktas främst mot det egna landstinget. En bestämmelse som innebär att driften av regionsjukhus inte får överlämnas, skulle därför kunna innebära att vård som inte är att betrakta som regionsjukvård också omfattas av förbudet av det skäl att den organisatoriskt tillhör regionsjukhuset. För den högspecialiserade vården kan det, för att kvaliteten på vården skall kunna upprätthållas, vara viktigt att en omfattande specialiserad vård bedrivs inom samma organisation och av samma huvudman. Vidare kan det vara viktigt för utvecklingen av den specialiserade vården, att den arbetar i nära samverkan med regionsjukvården.

Vilken hälso- och sjukvård som organisatoriskt skall tillhöra ett regionsjukhus avgörs emellertid av sjukvårdshuvudmännen. Bedrivs vid ett regionsjukhus öppenvård eller annan specialistvård som inte är regionsjukvård och som är lätt att organisatoriskt avskilja från regionsjukhusets mer högspecialiserade vård, skall driften av denna vård kunna överlämnas till en privat entreprenör och i förekommande fall med de begränsningar som föreslås i avsnitt 7.2. Förutsättningen är dock att den överlåtna hälso- och sjukvårdsverksamheten inte längre ingår i regionsjukhusets vårdutbud. Enligt regeringens bedömning är det inte möjligt för sjukvårdshuvudmännen att begränsa regionsjukhusens vårdutbud till att endast omfatta riks- eller regionsjukvård.

I vissa regioner kan det finnas vårdenheter utanför regionsjukhusen som bedriver högspecialiserad regionsjukvård, exempelvis viss thoraxkirurgi. Sådana regionkliniker är enligt regeringen precis som regionsjukhusen att se som en gemensam angelägenhet för alla landsting i regionen.

En regionklinik som bedriver högspecialiserad vård och som tillhört ett regionsjukhus, men där samma vård i stället börjar bedrivas vid exempelvis ett länssjukhus, omfattas därför av samma restriktioner när det gäller överlåtelse som om kliniken hade fortsatt att sorteras in under regionsjukhuset.

Ett regionsjukhus behöver vidare inte bestå av ett lätt avgränsbart geografiskt sammanhållet område (ett exempel är Karolinska sjukhuset och Huddinge sjukhus som slagits ihop till en enhet och som därför är att betrakta som ett sjukhus). De möjligheter som modern teknik ger för samverkan skapar också förutsättningar att inom samma organisation bedriva verksamhet vid sjukhus som ligger geografiskt skilda från varandra.

Uppgiften att bedriva hälso- och sjukvård

Regeringens förslag avser uppgiften att bedriva hälso- och sjukvård som ges vid ett regionsjukhus eller en regionklinik. En närmare redogörelse för vad som avses med att bedriva hälso- och sjukvård som ges vid sjukhus återfinns i avsnitt 7.2.1.

Det är vanligt att ett landsting låter entreprenörer utföra serviceverksamhet som exempelvis städning, matleveranser och vakthållning. Sådan verksamhet är inte att betrakta som hälso- och sjukvård och berörs således inte av regeringens förslag. En närmare redogörelse återfinns i avsnitt 7.2.1

7.2 Hälso- och sjukvård som ges vid ett sjukhus

7.2.1 Vinst åt ägare eller motsvarande intressent

Regeringens förslag: Överlämnar landstinget till någon annan att bedriva hälso- och sjukvård som ges vid ett sjukhus skall avtalet innehålla villkor om att verksamheten skall drivas utan syfte att ge vinst åt ägare eller motsvarande intressent.

Promemorians förslag: Överensstämmer med regeringens förslag.

Remissinstanserna: Promemorians förslag har fått ett blandat mottagande.

Tillstyrker förslaget gör bl.a. Statens folkhälsoinstitut (FHI), Skåne läns landsting, Örebro läns landsting, Västmanlands läns landsting, Dalarnas läns landsting, Gävleborgs läns landsting och Norrbottens läns landsting och Sveriges Redovisningskonsulters Förbund. Svenska Kommunförbundet och Landstingsförbundet tillstyrker förslaget men är kritiska när det gäller indelningen i primärvård och sjukhusvård. Stockholms läns landsting, Östergötlands läns landsting, Jönköpings läns landsting och Jämtlands läns landsting är delvis positiva till förslaget.

Avstyrker förslaget gör bl.a. Statskontoret, Nämnden för offentlig upphandling (NOU), Nutek, Konkurrensverket, Svenska Akademikers centralorganisation (SACO), LO, TCO, Vårdförbundet, Svenskt Näringsliv, CAPIO och Spenshult. Vidare är Kalmar läns landsting, Hallands

läns landsting, Värmlands läns landsting och Uppsala läns landsting negativa eller delvis negativa till förslaget. Socialstyrelsen och Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU) tar inte ställning i sakfrågan.

Statens folkhälsoinstitut konstaterar att påståendena om att privat vinstintresse leder till en mer innovativ vård helt saknar grund i fakta. De studier som gjorts där jämförelse gjorts mellan vinstgivande och icke vinstgivande sjukhus, talar för att de icke vinstgivande sjukhusen har en högre vårdkvalitet. Vinstsyftet för privata företag innebär att verksamheter som inte bidrar till vinsten, exempelvis förebyggande och hälsofrämjande arbete, inte kommer att prioriteras i jämförelse med aktiviteter som ger sjukhuset snabba intäkter. Det finns också en allvarlig risk för att patientgrupper som är mindre lönsamma ur vårdbolagets synpunkt prioriteras bort. *Skåne läns landsting* anser att en risk finns att den solidariska finansieringen hotas vid överlämnande av driften av ett sjukhus till en entreprenör med vinstintresse. *Örebro läns landsting* vill erinra om att det finns andra länder som inte tillåter vinstdrivande företag att bedriva offentligt finansierad sjukvård. *Västmanlands läns landsting* anser att offentliga medel inte skall gå till utbetalning av vinst till ägare och risk finns för bristande insyn vid ett eventuellt överlåtande. *Dalarnas läns landsting* anser att förändringarna är nödvändiga för att även fortsättningsvis kunna garantera en utveckling av ett välfärdssystem som bygger på de grundläggande principerna om solidarisk finansiering och en tillgång till vård efter behov. *Gävleborgs läns landsting* påpekar att vinstintresset kan vara svårt att förena med högkvalitativ akutsjukvård dygnet runt i och med att akutsjukvården inte är planerbar. *Stockholms läns landsting* skriver att det i vissa (andra) delar av vården saknas förutsättningar för väl fungerande marknadsmässiga mekanismer som anbuds-konkurrens och vinstintresse. Stora delar av den vård som bedrivs på akutsjukhusen bör otvetydigt hänföras till den kategorin. *Landstingsförbundet* och *Svenska Kommunförbundet* är positiva till promemorians förslag att skapa en tydlig gränsdragning i förhållande till kommersiella intressen i hälso- och sjukvården. Medborgarna ska veta att alternativa driftsformer i vården inte leder bort från vårdens grundläggande principer. Förbunden är däremot kritiska till delar av beskrivningen av svensk hälso- och sjukvård. Att strikt dela in vården i sjukhusvård och primärvård kan leda fel. Därmed bortses från den dynamiska utvecklingen som sker med nya organisations- och arbetsformer såväl inom den specialiserade vården som mellan denna och primärvårdsnivån och andra aktörer. Att enbart koppla sjukhus till begreppet organisationer utan vinstutdelning vore olyckligt och skulle som förbunden ser det begränsa utvecklingen på ett negativt sätt. *Svenska Röda Korset* anser att det föreligger ett behov av att i lag reglera i vilka drift- och ägarformer sjukvården kan bedrivas och ser det därför som ett steg i rätt riktning att en ny bestämmelse förs in i hälso- och sjukvårdslagen. Vidare instämmer Svenska Röda Korset i uppfattningen att krav på vinstutdelning kan leda till prioriteringar som inte överensstämmer med vård på lika villkor och efter behov.

Statskontoret anser att det är landstingen som i de enskilda fallen bäst kan bedöma relevansen i de risker och problem som promemorian diskuterar. Statskontoret anser att nya vårdgivare som verkar inom den offentliga vården kan bidra med nya idéer och erfarenheter som är viktiga

för hälso- och sjukvårdens utveckling. *Konkurrensverket* anför att förutsättningarna för en fungerande konkurrens vid landstingens upphandling av sjukhusentreprenader kraftigt försämras, vilket kan leda till högre vårdkostnader vid den av landstinget bestämda kvaliteten. *Linköpings universitet* avstyrker förslaget. Att definiera vad som är vinst eller inte kan leda till mycket utdragna rättsliga processer. Genom att omöjliggöra att vård bedrivs av privata entreprenörer på landstingssjukhus "tvingas" de entreprenörerna att satsa på privata sjukhus där ekonomin blir helt styrande. *SACO* skriver att kravet på att vinst inte får utdelas är ett rent formkrav som inte har något att göra med verksamhetens inriktning eller innehåll. I den mån det finns en verklig grund för promemorians farhågor bör sådana risker hanteras genom de avtal som upprättas. *LO* skriver att graden av vinstintresse i verksamheten inte är avgörande för hur väl den privata aktören sköter sitt uppdrag. Det är väl fungerande institutioner, regler och ersättningssystem som är avgörande för hur väl privata aktörer fungerar på skattefinansierade områden. *Svenskt Näringsliv* skriver att drift i landstingens regi inte är någon som helst garanti för bättre effektivitet och högre vårdkvalitet. I praktiskt hänseende lär förbudet göra det ännu svårare att hantera sjukvårdens många problem, i form av bl.a. stigande kostnader och bristande tillgänglighet. *Spenshult* anser inte att vinstdrivande bolag skall uteslutas från att driva ett sjukhus på entreprenad. Deras bedömning är att det är köparen/upphandlaren, i dagsläget landstinget, som avgör både för vilket innehåll ett sjukhus kommer att få samt vilka vinst/överskottnivåer som kan vara rimliga. *Kalmar läns landsting* anser att mångfald inom vården skapar attraktivare arbetsmarknad samt bättre trivsel för vårdanställda. *Hallands läns landsting* skriver att de farhågor som uppställs i promemorian inte har visats så välgrundade att en ändring i HSL är befogad. *Värmlands läns landsting* anför att såväl sjukvårdshuvudmännen som staten bör utveckla sin upphandlingskompetens och förmåga till kraftfull och jämförande uppföljning av tillgänglighet, konsumtion och kvalitet i den hälso- och sjukvård som faller inom det offentliga åtagandet. *Uppsala läns landsting* är delvis negativa till förslaget och påpekar att kravet på vinst i sig ställer krav på effektivitet. Vinsten kan därvid ses som ett incitament som säkerställer en långsiktighet och effektivitet i verksamheten.

Socialstyrelsen skriver att de erfarenheter som finns idag om olika ägarformers konsekvenser för hälso- och sjukvårdssystemet i dess helhet är begränsade. Erfarenheten från Socialstyrelsens tillsynsverksamhet är dock att skillnader i vårdens medicinska kvalitet inte kan knytas till ägar- eller driftsform. *SBU* anför att förändringen av HSL bör innehålla krav på avtalen vid ett överlämnande som t.ex. vilka redovisningar, mått och indikatorer avseende verksamhetens kostnader, prestationer, kvalitet, etc, som skall ingå i en "verksamhetsberättelse" för sådan verksamhet.

Skälen för regeringens förslag: Den hälso- och sjukvård som inte är primärvård eller lokaliserad till regionsjukhus eller annan enhet där regionsjukvård bedrivs (regionkliniker) är framför allt öppen och sluten specialiserad vård vid länsdels- och länssjukhus. Specialiserad vård bedrivs även vid specialistmottagningar, närsjukvårdsenheter och i samarbete med primärvården. Vården kan vara alltifrån omfattande akuta insatser till planerade behandlingar. Organisationen av den specialiserade vården skiljer sig åt mellan landstingen och är under förändring. Planerad

vård som operationer av viss typ kan hänvisas till ett sjukhus inom ett landsting medan mer akuta insatser koncentreras till ett annat (se även avsnitt 6).

Landstingen har, som nämnts i avsnitt 5.1, enligt 3 § hälso- och sjukvårdslagen (1982:763; HSL) möjlighet att sluta avtal med någon annan om att utföra de uppgifter som landstinget ansvarar för enligt HSL. Uppgift som innefattar myndighetsutövning får inte överlämnas med stöd av bestämmelsen. Under 1990-talet ökade inslaget av privata och vinstdrivande aktörer inom den offentligt finansierade hälso- och sjukvården. Den svenska hälso- och sjukvården kan därför sägas vara delvis annorlunda organiserad nu jämfört med när den aktuella bestämmelsen i HSL trädde i kraft. Landstingens ansvar att tillhandahålla sina invånare en god vård på lika villkor är dock oförändrat.

Landstingens offentliga huvudmannaskap innebär att när en entreprenör ges i uppdrag att ansvara för driften av en landstingsdriven verksamhet, är det fortfarande fråga om offentlig verksamhet i förhållande till de landstingspatienter som skall nyttja verksamheten. För patienterna är det därför av yttersta vikt när driften av hälso- och sjukvård överlämnas till någon annan, att de får samma behandling som om verksamheten fullt ut varit kvar i landstingets drift.

Vård som ges vid sjukhusen är viktig för hälso- och sjukvården

Formerna för ersättning och kostnadskontroll har en stor påverkan på hälso- och sjukvårdens utbud och utformning. När sjukhusvård ersätts per vårddygn kan det leda till att sjukhusen har längre vårdtider och fler sängar, vilket är fallet i Tyskland. Utredningen om Vårdens ägarformer framhåller i betänkandet Vinst för vården (2002:31, s. 39 ff.) bl.a. att såväl antalet sjukhussängar i relation till befolkningen som genomsnittliga vårdtider är betydligt högre i Tyskland än i de andra europeiska länder som utredningen har jämfört med. I Frankrike ersätts läkare per besök vilket anses ha bidragit till fler läkarbesök. När ersättningarna ökar med mer komplicerade medicinska ingrepp ökar också antalet sådana ingrepp, vilket har varit utvecklingen i USA. Enligt utredningen om Vårdens ägarformer driver ersättningssystemen och konkurrensen mellan vårdgivare fram investeringar i modernast möjliga teknik och i moderna lokaler, samtidigt som finansörerna, federala Medicare, försäkringsbolagen och andra, har begränsade möjligheter att stimulera vårdgivarna till förebyggande insatser.

Erfarenheterna från länder med en stor andel privata vinstutdelande vårdgivare och motiven i de länder som har restriktioner mot kommersiella vårdgivare visar också att vinstsyftet kan styra utvecklingen i mindre önskvärd riktning. Diagnosglidningar, kopplade till ersättningssystemen, förekommer där vårdinsatsen mer styrs mot lönsammare behandlingar än efter strikt medicinska behov. Utredningen om Vårdens ägarformer anger bl.a. att en studie baserad på Medicares statistik, som jämför hela USA, visar något högre vårdkostnader och också mer kostnadskrävande eftervård för patienter som remitterats till kommersiella vårdföretag. Nämnas skall även att konkurrensen samtidigt bidrar till ökade investeringar i sjukhusen vare sig de drivs med vinstsyfte eller ej. Man är också snabbarare att ta in nya behandlingsmetoder och tillämpningen sprids.

En risk med vinstutdelande entreprenader, är att prioriteringar kan brytas och att vård och kötider för vård mer anpassas efter hur resursstarka patienterna är och mindre efter de medicinska behoven. Paralleller kan här dras till läkemedelsområdet och frågan huruvida forskning och utveckling främst styrs efter medicinska behov eller efter potentiell storlek och betalningsförmåga hos olika diagnoser och patientgrupper. I ett vårdssystem där nya vårdmöjligheter kan utvecklas för en begränsad grupp kan avvägningarna också bli andra än i system där regeln är vård på lika villkor. Detta är ofta fallet i hälso- och sjukvårdssystem med en stor andel privata sjukvårdsförsäkringar. Avancerad vård, som transplantationer, kan då komma att prioriteras. Forskning, utvecklingsarbete och utbildning är exempel på nödvändiga inslag inom hälso- och sjukvården, men på kort sikt representerar verksamheterna enbart kostnader och på lång sikt säkra intäkter endast om forskningsresultaten kan skyddas genom patent eller på annat sätt. Internationellt sett är det också ytterst få forsknings- och undervisningssjukhus som drivs med syfte att ge vinst åt ägaren.

En entreprenörs vinstutdelningsmotiv kan påverkas av formerna för ägandet. För en verksamhet som ägs av personalen, en läkare eller en sjukgymnast och som dagligen möter patienterna, vävs önskemål och drivkrafter samman på ett annat sätt än för mer anonyma placerare på en aktiebörs. De sistnämnda värderar sannolikt mer renodlat verksamhetens resultat i form av värde tillväxt och/eller avkastning. Exempelvis kan nämnas att lagstiftningen i Kanada och i vissa delstater i USA gör skillnad mellan vinstsyftande företag i mindre skala och de börsnoterade vårdbolagen. Eftersom driften av sjukhus är en omfattande och komplicerad verksamhet som kräver stora resurser både när det gäller kapital och personal, är det mindre sannolikt att små företag eller personalkooperativ har förmåga att överta driften av sjukhus. De aktörer som kan bli aktuella är främst större organisationer där ägarna är relativt anonyma.

I alla organisationsformer, offentliga eller privata med eller utan vinstsyfte, måste ambitionen vara att verksamheten går ihop ekonomiskt. En organisation där kostnaderna är högre än intäkterna kommer inte att ha förmåga att utvecklas. Enligt regeringen finns det emellertid en risk för att vinstutdelningssyfte som drivkraft i hälso- och sjukvården rubbar uppsatta mål och påverkar prioriteringar och struktur. Vart vinstsyftet leder kan emellertid även avgöras av andra faktorer. Så länge vården är offentlig finansierad har sjukvårdshuvudmännen möjligheter att påverka de ekonomiska drivkrafterna och hur vinstsyftet påverkar. Med klokt utformade system för ersättning ökar antalet områden där en vårdgivares vinstsyfte inte behöver innebära några större risker för patienterna och samhället. Planerad kirurgi för tydliga diagnoser är i flera avseenden vård som kan lämpa sig för upphandling i konkurrens. Beställningar kan göras tydliga, anbud är jämförbara och resultat och kvalitet kan avläsas. Vårdgivare som genom bättre metoder eller rutiner kan utföra behandlingen med högt ställda krav på kvalitet, och som samtidigt kan göra det till en lägre kostnad som ger utrymme för vinst, kan bidra till vårdens utveckling.

Privata och vinstutdelande aktörer i den offentligt finansierade vården kan innebära fördelar, men inte nödvändigtvis i alla delar av vårdssystemet. Betydande delar av landstingens hälso- och sjukvårdsverksamhet

kräver stora resurser men har ojämna patientflöden. Detta är förhållandet med den mer komplexa och specialiserade vården som ges vid sjukhus. Diagnoser och behandlingsformer är svåra att ange och jämföra. Inslaget av forsknings- och utbildningsverksamhet är större. Akutsjukhus är vidare ett bra exempel på verksamhet där det är svårt att förutse kostnader och resursbehov.

Forskning och folkhälsofrämjande insatser kräver långsiktighet

När ett landsting väljer att överlämna driften av hälso- och sjukvård till en privat entreprenör är det viktigt att sjukvårdshuvudmannen även säkerställer att nivån på den kliniska forskningen, utvecklingen och utbildningen inte försämras. Det är av stor vikt att dessa långsiktiga värden inom hälso- och sjukvården garanteras. Folkhälsofrämjande insatser är också ett område som kräver ett långsiktigt befolkningsansvar. De folkhälsoåtgärder som vidtagits inom hälso- och sjukvårdens område har förutsatt ett befolkningsansvar, ett helhetsperspektiv och en långsiktig investering som inte byggts på kortsiktigt lönsamhets- och budgettänkande. De satsningar som gjorts under sådana premisser anses också ha gett goda resultat (exempel som kan nämnas är tandvård, barnolycksfall, barnavårdscentraler, självmord och HIV), se vidare SOU 2002:31 Vinst för vården s. 299.

För ett landsting är det enklare att beställa en vårdinsats av en privat vårdgivare och ge ersättning för det än det är att få privata aktörer att långsiktigt ta ansvar för förebyggande insatser som kanske inte ger den som utför insatsen någon vinst. En risk med ett ökat antal privata vinstutdelande vårdgivare inom den offentligt finansierade hälso- och sjukvården kan vara att det blir svårare för sjukvårdshuvudmännen att hävda det förebyggande arbetet och att insatser i större utsträckning kommer att göras kring sådant som ger omedelbar ekonomisk utdelning.

När sjukvårdshuvudmännen tecknar avtal med privata vårdgivare förutsätts enligt regeringen en kombination av befolkningsansvar och konkreta beställningar som det utgår prestationsersättning för samt mycket tydliga kvalitetsuppföljningar.

Ett utbyggt system med privat drivna sjukhus skulle på lång sikt kunna försvåra en satsning på förebyggande insatser. I utredningen om Vårdens ägarformer anges att eftersom privata aktörer bygger mer på vinst och efterfrågan än samhällseliga aktörer, så kan fler privata aktörer skynda på en utveckling som i stället borde styras åt ett annat håll.

Landstingen skall i avtal försäkra sig om att entreprenörer inte driver sjukhus i syfte att dela ut vinst

Som nämnts ovan innebär det offentliga huvudmannskapet att när en entreprenör ges i uppdrag att bedriva en landstingsdriven verksamhet, är det fortfarande fråga om offentlig verksamhet i förhållande till de landstingspatienter som skall nyttja verksamheten. För patienterna är det därför av stor vikt när uppgiften att bedriva hälso- och sjukvård överlämnas till någon annan, att de har samma tillgänglighet till hälso- och sjukvården som om verksamheten fullt ut varit kvar i landstingets drift.

Ett vinstutdelningssyfte inom sjukhusvården skulle kunna riskera att konkurrera med de medicinska och sociala mål som är hälso- och sjukvårdens huvuduppgift. Med vinstutdelande företag inom sjukhusvården finns det enligt regeringen en risk för att man bygger in drivkrafter för att skilja på patienter med olika behov. Lönsamhetskravet kan exempelvis öka riskerna för en ökad segregation mellan grupper som har olika sociala och medicinska behov.

Hälso- och sjukvården skall vara demokratiskt styrd och garantera medborgarna insyn i verksamheten. Dessa grundläggande principer kan vara svåra att upprätthålla vid privata övertaganden av de sjukhus som finns inom landstingets vårdorganisation. Detta talar enligt regeringen för att det är olämpligt att överlämna landstingens sjukhusvård till entreprenörer som har syfte att bereda vinst åt ägaren. När landstinget överlämnar uppgiften att bedriva hälso- och sjukvård som ges vid ett sjukhus till annan skall avtalet därför innehålla villkor om att verksamheten inte får drivas med syfte att ge vinst åt ägare eller motsvarande intressent.

Övergångsregler är nödvändiga

Regeringens bedömning är att det är olämpligt att villkoret om att sjukhus skall drivas utan syfte att ge vinst åt ägaren skall gälla avtal där sjukvårdshuvudmännen redan före lagens ikraftträdande överlämnat driften till en privat entreprenör. Sjukvårdshuvudmännen har ett berättigat intresse av att under en övergångstid kunna bedriva överlämnad verksamhet på de villkor och med den inriktning som förelåg då avtalet slöts. De privata entreprenörer som i dag verkar inom den offentligt bedrivna hälso- och sjukvården har också ett intresse av kunna bedriva sin verksamhet med ett långsiktigt perspektiv. Mot bakgrund av ovanstående föreslår regeringen att särskilda övergångsregler skall gälla för avtal om drift av hälso- och sjukvårdsverksamhet som träffats före lagens ikraftträdandet. Övergångsbestämmelserna återfinns i avsnitt 12.

Vad avses med vinst och vinstutdelning?

Den föreslagna regleringen innebär att landstingen skall kunna överlämna driften av sjukhus endast om avtalet innehåller villkor om att verksamheten skall drivas utan syfte att ge vinst åt ägaren eller annan intressent. Det kan därför vara lämpligt att bolag, en förening, en stiftelse eller annan som landstinget träffar avtal med i sin bolagsordning eller sina stadgar direkt eller indirekt deklarerat att syftet med verksamheten inte är att ge vinst åt någon enskild ägare eller motsvarande intressent.

De entreprenörer till vilka sjukhus skall kunna överlämnas är sådana som kan anses bedriva sin verksamhet med stöd av en självkostnadsprincip. Verksamheten skall kunna bedrivas efter affärsmässiga principer. Självkostnadsprincipen innebär inte att verksamheten inte får ge något överskott. I många verksamheter behövs det ett vinstmoment för att exempelvis få fram nödvändigt kapital. Ett överskott i verksamheten är vidare nödvändigt för att entreprenören skall kunna göra långsiktiga investeringar och skapa ekonomisk stabilitet. Överskottet bör emellertid återinvesteras i verksamheten som investeringar eller fonderas för fram-

tiden. Det kan handla om investeringar i teknisk och annan utrustning eller utveckling av personalens kompetens. Överskottet i verksamheten kommer på så sätt vården och befolkningen till godo. Det har i detta sammanhang ingen betydelse om överskottet kommer från en kringtjänst som städning. Däremot kan entreprenören på samma sätt som landstinget överlämna driften av t.ex. städning till en vinstutdelande underentreprenör.

I vinstutdelande företag kan vinstmedel överföras till ägarna bl.a. genom aktieutdelning. Det finns dock andra situationer som i detta sammanhang kan jämföras med vinstutdelning (jfr uttalandena i förslaget till ny aktiebolagslag, där begreppet ”värdeöverföring” förslås som en samlande benämning på affärshändelser som medför att bolagets förmögenhet minskar och som inte har rent affärsmässig karaktär för bolaget [se prop. 2004/05:85 s. 370 f.]). En situation som kan tänkas uppkomma efter att driften av ett sjukhus överlämnats till en entreprenör är att entreprenören lämnar koncernbidrag till ett annat företag i samma koncern eller att entreprenören betalar överpriser för tjänster utförda av ett annat företag i koncernen. Vidare kan en entreprenör välja att sätta ned aktiekapitalet i syfte att åstadkomma återbetalning till aktieägarna.

Det är lämpligt att det landsting som överlämnar uppgiften att bedriva hälso- och sjukvård som ges vid ett sjukhus till någon annan försäkras om att den tilltänkte entreprenören inte avser att tillgodogöra sig någon vinst. I denna prövning bör ingå en kontroll av entreprenörens bolagsordning eller motsvarande stadgar samt en helhetsbedömning av det syfte som entreprenören kan antas ha med verksamheten. Ger prövningen vid handen att entreprenören kan antas – direkt eller indirekt – ha till syfte att utdela vinst, får driften av ett sjukhus inte överlämnas. Landstinget bör under avtalstiden kontrollera att det uppställda kravet om att verksamheten inte bedrivs med syfte att ge vinst åt ägaren eller motsvarande intressent, efterlevs. Risken för att en entreprenör försöker kringgå bestämmelserna om vinstutdelning kan antas minska betydligt om landstingen noggrant kontrollerar den överlämnade verksamheten. Om en entreprenör direkt eller indirekt överför vinstmedel till ägaren eller motsvarande intressent bryter entreprenören mot det ingångna avtalet. Ett sådant avtalsbrott bör kunna utgöra en grund för att häva avtalet mellan landstinget och entreprenören och bör skrivas in som villkor i avtalet.

Landstingen har, som anförts i avsnitt 5.1, alltid ett ansvar för att följa upp verksamhet där driften överlämnats till privata entreprenörer. Av 3 kap. 19 § kommunallagen (1991:900; KL) framgår att fullmäktige skall se till att landstinget tillförsäkras en möjlighet att kontrollera och följa upp verksamhet som överlämnats till en privat entreprenör. Detta är en nödvändig förutsättning för att nämnderna i landsting och kommuner skall kunna leva upp till sitt ansvar för verksamheten enligt 6 kap. 7 § KL.

Omfattningen av ett sjukhus verksamhet

En redogörelse för begreppet sjukhus finns i avsnitt 6. Begreppet får anses etablerat och har inte inneburit några tillämpningsproblem i praktiken. Varje enskilt landsting avgör vilket utbud av hälso- och sjukvårdstjänster som ett sjukhus skall ha. Vid ett sjukhus bedrivs ibland hälso-

och sjukvårdsverksamhet som nödvändigtvis inte är beroende av sjukhusets organisation i övrigt för att kunna verka och därför skulle kunna avskiljas organisatoriskt från sjukhuset. Detta skulle exempelvis kunna gälla viss teknisk och diagnostisk verksamhet där det ofta inte är frågan om någon direkt kontakt mellan hälso- och sjukvårdspersonalen och patienterna. Det finns vidare direkt patientverksamhet som skiljer sig från den mer vardagliga hälso- och sjukvården och den högspecialiserade vården och som skulle kunna vara möjlig att avskilja från sjukhusens organisation. Hälso- och sjukvård som landstinget väljer att avskilja från ett sjukhus vårdutbud, skulle vid en överlåtelse inte omfattas av de begränsningar som regeringen föreslår. Ett sjukhus utbud av hälso- och vårdstjänster ändras i takt med medicinska utvecklingen. Det kan innebära att behandlingsmetoder som tidigare endast var tillgängliga på sjukhus nu finns i primärvårdens eller den öppna specialistvårdens utbud och är därmed tillgängliga för större patientgrupper. Regeringens bedömning är dock att det inte är möjligt för sjukvårdshuvudmännen att utan vidare begränsa ett sjukhus vårdutbud till att endast omfatta enstaka tjänster som akutvård och viss slutenvård.

Ett sjukhus behöver vidare inte bestå av ett antal byggnader inom ett avgränsbart geografiskt sammanhållet område. De möjligheter som modern teknik ger för samverkan skapar också förutsättningar att inom en och samma sjukhusorganisation bedriva verksamheter som ligger geografiskt skilda från varandra.

Lagrådet framhåller att det med hänsyn till landstingens principiella frihet att i övrigt bestämma hur hälso- och sjukvårdsverksamhet skall organiseras synes finnas betydande möjligheter att arrangera och avtala om ändringar i vårdformer som gör att vården eller delar av den inte säkert kan hänföras till sjukhusvård och därför undgår att träffas av regleringen.

En större andel hälso- och sjukvård utförs i dag inom öppenvården. För gråstarrsoperationer har andelen operationer som görs i öppen vård under nittiotalet ökat från 75 till 95 procent. För ljumskbråcksoperationer är ökningen 37 till 70 procent. Även höftledsoperationer har börjat genomföras i öppenvården. Antalet sjukhus har minskat successivt under 1900-talet.

Förändringarna i vårdens struktur handlar både om en anpassning till förändringar i samhällets infrastruktur och om den medicinska och tekniska utvecklingen. Även om utvecklingen har gått från sluten vård till öppen vård har inventeringar vid sjukhus, genomförda av Socialstyrelsen, visat att många av de patienter som vårdas i slutenvården vid medicinkliniker (10-20 procent) vårdas för tillstånd som medicinskt och ansvarsmässigt sett borde tas om hand i primärvården eller i hemmet.

Regeringen anser att den utveckling som skett mot mer öppna vårdformer i regel har gagnat hälso- och sjukvården. Det finns inget skäl att bibehålla en sjukhusstruktur om den upplevs som otidsenligt och hämmar den medicintekniska utvecklingen. Regeringens bedömning är, vilket anförts ovan, att det finns en gräns för i vilken omfattning sjukvårdshuvudmännen kan omorganisera sjukhusvården utan att kvaliteten på vården riskerar att bli lidande. Socialstyrelsen har här ett tillsynsansvar.

Med att överlämna till någon annan att bedriva hälso- och sjukvård som ges vid ett sjukhus avses hela eller det totala ansvaret för organisationen, förvaltningen, den dagliga verksamheten och dispositionsrätten över lokalerna. Här åsyftas bl.a. ledningsansvaret och beslutanderätten över hur en verksamhet skall bedrivas och med vilken inriktning. När ett landsting överlämnar driften av en större enhet som ett sjukhus till en entreprenör ingår i allmänhet flera moment. Nyttjanderätten av fastigheten samt utrustningen övergår till entreprenören liksom verksamheten med personal under den tid avtalet mellan landstinget och entreprenören gäller.

Med att överlämna till någon annan att bedriva hälso- och sjukvård som ges vid ett sjukhus avses således en situation där landstinget lämnar över uppgiften att driva det befintliga sjukhuset till någon annan. Den överlämnade verksamheten kommer även fortsättningsvis vara finansierad av landstinget. Entreprenören driver sjukhuset under samma tid som landstinget upphandlar hälso- och sjukvårdstjänster från entreprenören.

För patienterna innebär överlämnandet ingen direkt förändring, utan man fortsätter att ta kontakt med exempelvis samma sjukhus som tidigare. Vidare är det landstinget såsom huvudman för verksamheten som inför medlemmarna ansvarar för att den av entreprenören bedrivna verksamheten uppfyller samma kvalitetskrav som den verksamhet som bedrivs av landstinget i egen regi. Huvudmannaskapet innebär även att landstinget eller kommunen befattar sig med alla frågor som inte hör till den löpande driften. Verksamheten är alltså en landstingsangelägenhet och landstinget bör avtala om verksamhetens mål, inriktning, uppföljning och utvärdering (se vidare avsnitt 5.1). När landsting överlämnar uppgiften att bedriva hälso- och sjukvård till en privat entreprenör eller ett kommunalt bolag skall överlämnandet dessutom, med några undantag, föregås av en offentlig upphandling.

Uttrycket bedriva hälso- och sjukvård som ges vid ett sjukhus avser inte mer begränsade delar av en verksamhet med mer specifika och begränsade uppgifter. Exempel på detta kan vara ett uppdrag från landstinget till en privat vårdgivare att utföra ett visst antal behandlingar för landstingets räkning eller på annat sätt upphandlar tjänster från en privat vårdgivare. Ansvaret för utformningen och inriktningen av samt beslutanderätten över hur den offentligfinansierade verksamheten skall bedrivas överlämnas inte när det är frågan om begränsade uppdrag. De privata vårdgivare som utför uppdrag åt sjukhusen i fråga påverkas således inte av regeringens förslag och kan även fortsättningsvis utföra hälso- och sjukvårdsuppdrag som är såväl offentligt som privat finansierade.

Servicejänster kan även fortsättningsvis läggas ut på entreprenad

Regeringens förslag innebär att landstinget inte kommer att kunna överlämna uppgiften att bedriva hälso- och sjukvård som ges vid ett sjukhus till en entreprenör som avser att driva verksamheten i syfte att dela ut vinst till ägaren. Vid ett sjukhus bedrivs i allmänhet en hel del annan verksamhet som inte är att betrakta som hälso- och sjukvård. Exempelvis är det vanligt att ett landsting låter entreprenörer utföra serviceverksam-

het som exempelvis städning, vakthållning, matleveranser och matservice. Sådan verksamhet är inte att betrakta som hälso- och sjukvård och berörs således inte av regeringens förslag.

Privata kliniker vars verksamhet inte drivs på entreprenad omfattas inte av regeringens förslag

Privat finansierad vård har sedan lång tid tillbaka varit tillgänglig på sjukhus som Sophiahemmet i Stockholm, Carlanderska sjukhuset i Göteborg eller Spenshults reumatikersjukhus (se vidare avsnitt 6.1). Genom avtal med landstingen kan dessa sjukhus ta emot offentligt finansierade patienter, men också patienter med sjukvårdsförsäkring och de som själva helt bekostar sin läkarvård.

De privata vårdgivarna som avses i det här avsnittet har själva byggt upp verksamheten, ordnat grundläggande finansiering och tagit större risker. De disponerar själva fullt ut över investeringar, organisation och personalresurser och riskerar aldrig att en annan entreprenör efter upphandling övertar verksamheten. Verksamheten har en mer självständig ställning i förhållande till landstinget. Många privata vårdgivare är dock beroende av avtal med landstinget för att verksamheten skall vara ekonomiskt möjlig att driva.

Det är enligt regeringen inte rimligt att staten genom lagstiftning, eller landstingen genom avtal, hindrar dessa vårdgivare att vid sidan om uppgiften inom den offentligt finansierade vården ge vård till andra eller ställer upp villkor för hur vinstmedel får användas. Förslaget avser således inte sådan vård och det finns inte heller några hinder mot att landstingen upphandlar vård från sådana privata sjukhus.

Det finns även ett stort antal specialistkliniker inom öppenvården som drivs av privata företag eller enskilda privatpraktiserande läkare utanför sjukhusens organisation. Sådan verksamhet berörs heller inte av regeringens förslag. Detta gäller oavsett om det är av den privata vårdgivaren initierad verksamhet eller verksamhet som vårdgivaren övertagit av landstinget. Som framgår av författningsförslaget och avsnitt 7.3 berörs heller inte primärvården av regeringens förslag. Regeringens förslag innebär således ingen förändring för dessa privata aktörer jämfört med de förhållanden som råder idag.

7.2.2 Vården vid överlämnade sjukhus skall endast få bedrivas med offentlig finansiering

Regeringens förslag: Överlämnar landstinget till någon annan att bedriva hälso- och sjukvård som ges vid ett sjukhus skall avtalet innehålla villkor om att vården skall bedrivas uteslutande med offentlig finansiering och vårdavgifter enligt 26 § hälso- och sjukvårdslagen (1982:763).

Utredningens förslag: Överensstämmer i huvudsak med regeringens förslag. Utredningen föreslog att uppgiften att ansvara för driften av hälso- och sjukvårdsverksamhet som etablerats av landsting endast får

överlämnas till den som i avtal förbinder sig att inom ramen för verksamheten uteslutande ge vård som finansieras av landsting, kommun eller utländskt rättssubjekt med motsvarande uppdrag. Primärvården omfattas inte av förslaget.

Remissinstanserna: Majoriteten av remissinstanserna tillstyrker utredningens förslag. Bland de som tillstyrker förslaget återfinns bl.a. Socialstyrelsen, SBU, en övervägande majoritet av landstingen, Landstingsförbundet och Svenska Kommunförbundet, TCO, LO, Kommunalarbetsförbundet och Bräcke Diakonigård. Avstyrker förslaget gör bl.a. Statskontoret, NOU, Konkurrensverket, Landstinget i Värmlands län, SACO, Sveriges Läkarförbund, Legitimerade Sjukgymnasters Riksförbund, Vårdförbundet, Svenskt Näringsliv, Vårdföretagarna, Praktikertjänst, Spenshult, Röda Korset och Kooperativa institutet. *Socialstyrelsen* delar utredningens bedömning men anser att begreppen etableras och inom ramen för verksamheten är otydliga. *Konkurrensverket* anser att en vårdgivare som har landstinget som främsta beställare kan använda resurserna bättre genom att utföra vård som finansieras av andra beställare. *SACO* och *Sveriges Läkarförbund* anser att det bör vara möjligt även för offentliga vårdgivare att ta emot uppdrag från privata beställare. *Vårdförbundet* skriver att om en entreprenör inte skulle kunna utnyttja hela sin kapacitet skulle det i längden kunna innebära dyrare avtal för landstingen och vara oekonomiskt för samhället. I de fall vård kan utföras på entreprenad borde det således vara möjligt för entreprenören att också ta emot patienter med privat försäkring. Patienter med privat försäkring skall dock inte kunna gå före i kön. *Svenskt Näringsliv* skriver att ett förbud mot blandad finansiering riskerar att bidra till ett sämre resursutnyttjande inom vården och en sämre fungerande offentligt finansierad sjukvård. *Praktikertjänst* skriver att den föreslagna regleringen är onödig eftersom privat finansiering är och sannolikt kommer att förbli en synnerligen marginell företeelse. *Landstingsförbundet* och *Svenska kommunförbundet* skriver i sitt yttrande över promemorian att de vill understryka vikten av att samma regelverk som förhindrar möjligheten att ta emot patienter med olika finansiering skall gälla alla vårdnivåer.

Skälen för regeringens förslag: Delar av den specialiserade vården som exempelvis planerade operationer av starr och slitna höftleder har standardiserade och utvecklade metoder. Andra delar av vården kräver stora resurser men har ojämna patientflöden som exempelvis akutverksamhet. Privata vårdgivare som önskar att driva mer komplex specialiserad vård, kommer troligen vilja bedriva sådan vård vid enheter som har etablerats av landstinget. För en privat vårdgivare skulle det i allmänhet krävas omfattande investeringar för att bygga upp egna enheter som klarar av att driva komplex och specialiserad vård.

Det kan finnas skäl för ett landsting att överlämna uppgiften att bedriva hälso- och sjukvårdsverksamheten till någon annan och anledningarna varierar. Enligt regeringen är det sjukvårdshuvudmännen som är bäst skickade att bedöma förutsättningarna och skälen för förändring.

Landstingen kommer även fortsättningsvis själv kunna bestämma om uppgiften att bedriva hälso- och sjukvård som ges vid ett sjukhus skall kunna överlämnas till privata vårdgivare, med de begränsningar som föreslås i avsnitt 7.2.1. Undantaget är emellertid, som framgår av 7.1, driften av regionsjukhus och regionkliniker.

Om verksamheten med lokaler, utrustning och personal övergår till vårdgivaren när driften överlämnas, innebär det att landstinget överlämnar ett kapital som byggts upp av dess medlemmar under lång tid. Det finns enligt regeringen ett särskilt intresse av att det inte föreligger någon risk för att landstingets patienter missgynnas när ett sådant överlämnande sker.

Det förekommer emellertid att entreprenörer som driver sjukhus för landstingens räkning utöver landstingspatienter även erbjuder vård åt patienter vars hälso- och sjukvård finansieras av en privat sjukvårdsförsäkring eller helt med egna medel.

En privat sjukvårdsförsäkring tecknas i regel för att försäkringstagaren snabbare skall få vård. Därmed bryts den prioriteringsordning efter behov som i övrigt gäller för hälso- och sjukvården. Ett ökat antal privata aktörer inom hälso- och sjukvården får enligt regeringens mening emellertid inte innebära att patienter som betalar sin vård med egna medel eller via försäkringsbolag ges företräde till den offentligt uppbyggda hälso- och sjukvården på bekostnad av landstingens patienter. Det finns en risk för intressekonflikt mellan marknadens aktörer och de människor som välfärdstjänsterna är till för där ekonomiska resurser går före de medicinska behoven. Regeringens inställning är att vårdsystemets resurser och insatser skall fördelas efter de medicinska behoven och inte efter individers och grupper betalförmåga. En reglering är därför nödvändig för att minimera risken att landstingets patienter missgynnas i förhållande till privatbetalande patienter.

Regeringen föreslår att uppgiften att bedriva hälso- och sjukvård vid ett sjukhus endast får överlämnas till den som, utöver de villkor om vinst som ställs, se avsnitt 7.2.1, i avtal även förbinder sig att uteslutande bedriva denna vård med offentlig finansiering (driften av regionsjukhus och regionkliniker kan dock aldrig överlämnas). Bestämmelsen hindrar inte att vårdavgift enligt 26 § hälso- och sjukvårdslagen (1982:763; HSL) tas ut. Vårdavgift får tas ut med högst samma belopp som gäller för motsvarande vård inom landstinget. Landstinget bestämmer grunderna för vårdavgiften. Som offentligt finansierad vård avses även sådan vård som finansieras av annan men som landsting är skyldiga att erbjuda enligt HSL, t.ex. omedelbar vård till utländska medborgare. Som en konsekvens härav skall även vård som ges enligt bilaterala konventioner avses.

I sammanhanget måste poängteras att det av 2 § 2 st HSL följer att den som har det största behovet av hälso- och sjukvård skall ges företräde till vården. Bestämmelsen gäller all vård, oavsett om den bedrivs vid sjukhus eller inte.

Vad gäller omfattningen av ett sjukhus verksamhet och begreppet drift av hälso- och sjukvård samt vilken privat vårdverksamhet som inte omfattas, se avsnitt 7.2.1.

Sjukvårdshuvudmännen har ett berättigat intresse av att under en övergångstid kunna bedriva överlämnad verksamhet på de villkor och med den inriktning som förelåg då avtalet slöts. Även de privata entreprenörer som idag verkar inom den offentligt bedrivna hälso- och sjukvården har samma intresse. I avsnitt 12 lämnar regeringen förslag till särskilda övergångsbestämmelser för hälso- och sjukvårdsverksamhet som vid ikraftträdandet drivs enligt avtal med landstinget.

Regeringens förslag: Varje landsting skall bedriva hälso- och sjukvård vid minst ett sjukhus utan att uppgift överlämnas enligt 3 § tredje och fjärde styckena hälso- och sjukvårdslagen (1982:763).

Promemorians förslag: Överensstämmer med regeringens förslag.

Remissinstanserna: En majoritet av remissinstanserna tillstyrker förslaget. Tillstyrker förslaget gör bl.a. Socialstyrelsen och Lunds universitet – juridiska fakulteten, Uppsala läns landsting, Värmlands läns landsting, Örebro läns landsting, Västmanlands läns landsting, Dalarnas läns landsting, Norrbottens läns landsting, LO, Svenska Kommunalarbetareförbundet, Praktikertjänst AB och Svenska Röda Korset. *Uppsala läns landsting* anser att större akutsjukhus har en betydelse som unik infrastruktur i ett län/länsdel som gör att sjukvårdshuvudmannen inte bör avhända sig långsiktig rådighet över dess användning. *Statens folkhälsoinstitut (FHI)* är delvis positivt inställd till förslaget men förordar ett skarpare förslag. *Landstingsförbundet* och *Svenska Kommunförbundet* anser att förslaget om att minst ett sjukhus per landsting skall kvarstå i landstingsdrift är mindre relevant mot bakgrund av pågående utveckling av organisations- och arbetsformer. Förbunden delar dock uppfattningen att landstingen, för att leva upp till sitt ansvar att erbjuda god vård på lika villkor åt befolkningen och i enlighet med sitt planeringsansvar, bör upprätthålla en långsiktig förmåga att tillhandahålla hälso- och sjukvårdstjänster i offentlig regi. *Praktikertjänst AB* anser att det kan finnas rationella skäl för landstingen att behålla viss vårdverksamhet i egen regi. Det är inget självändamål att utförandet av vården skall läggas ut i privat drift, men inte heller att driften skall ske i offentlig regi. Praktikertjänst är för en verklig mångfald och i den bilden ingår även välskötta offentliga verksamheter som verkar under konkurrens. *Kammarrätten i Sundsvall* anser emellertid att vidare utredning krävs vad gäller förslagets inverkan på den kommunala självstyrelsen. *Statskontoret*, *Konkurrensverket*, *Kalmar läns landsting* och *Hallands läns landsting* avstyrker förslaget bl.a. med motiveringen att det är ett onödigt ingrepp i den kommunala självstyrelsen. Avstyrker förslaget gör även *SACO*, *Vårdförbundet* och *CAPIO AB*.

Skälen för regeringens förslag: Oavsett hur hälso- och sjukvården bedrivs vilar ansvaret ytterst på landstinget för att god vård på lika villkor erbjuds dess medlemmar. Om driften av ett landstings samtliga sjukhus överlämnas till annan finns det enligt regeringens bedömning en risk för att landstingen försätter sig i en situation där deras handlingsutrymme kraftigt begränsas och att landstingen inte kan uppfylla sina åtaganden enligt hälso- och sjukvårdslagen (1982:763; HSL). Landstinget måste ha beredskap för att kunna ge sina medlemmar vård om entreprenören går i konkurs eller av annan anledning upphör med verksamheten. Beredskap måste ständigt finnas för att hantera en ny upphandlingssituation eller för att återta verksamheten i förvaltningsdrift.

Det kan enligt regeringen finnas flera situationer där det är tveksamt om överlåtelse av driften av hälso- och sjukvård som ges vid sjukhus överhuvudtaget skall övervägas av landstingen. Detta gäller särskilt

överlåtelse av driften av hälso- och sjukvård vid länsjukhus i mindre landsting. Sådana sjukhus är av central betydelse för hela landstinget. Missköter en entreprenör sjukhuset kan de negativa konsekvenserna bli betydande för landstingets medlemmar. Även om ett landsting har en hög ambitionsnivå när det sluter ett avtal med entreprenör kan landstinget aldrig ha samma kontroll över verksamheten vid ett överlämnat sjukhus som om de hade valt att driva enheten i egen regi. Som framgår av avsnitt 7.1 anser regeringen att driften av regionsjukhus och regionkliniker överhuvudtaget inte skall kunna överlämnas till privata entreprenörer.

Flera av de remissinstanser som yttrade sig över betänkandet *Vårda vården – samverkan, mångfald och rättvisa* (SOU 2003:23), påpekade att det krävs stor kompetens för att kunna formulera avtal där ansvaret överlämnas för driften av stora enheter som sjukhus. Landstingets beställarkompetens inom detta område behöver enligt vissa remissinstanser utvecklas ytterligare. En god beställarkompetens är naturligtvis mycket viktig när det är frågan om överlämnande av driften av sjukhus. För huvudmannen är det bl.a. nödvändigt att kunna definiera vad man beställer. En komplex verksamhet som är svår att beskriva blir såväl svår att precisera i ett avtal som att följa upp. Verksamheten som bedrivs vid sjukhus kan vara exempel på en sådan komplex verksamhet som kräver hög beställarkompetens.

Frågan är om ett landsting på kort och lång sikt kan garantera sina medlemmar god hälso- och sjukvård samt upprätthålla en hög beställarkompetens när ansvaret för det dagliga utförandet, helt eller delvis, lagts ut på andra.

I 5 § HSL följer att det för hälso- och sjukvård som kräver intagning i vårdinrättning skall finnas sjukhus. Det finns inget uttalat krav att landstinget skall driva eller äga sjukhuset. För att säkerställa att målen om en god hälsa och vård på lika villkor inte äventyras föreslås därför att bestämmelsen ändras så att det klart framgår att varje landsting skall bedriva hälso- och sjukvård vid minst ett sjukhus utan att uppgift överlämnas enligt 3 § tredje och fjärde styckena HSL. I detta sammanhang innefattas även regionsjukhus i begreppet sjukhus.

7.4 Vård utanför sjukhusen – öppenvård inklusive primärvård

Regeringens bedömning är att det inte finns skäl att reglera primärvården.

Utredningens förslag: Utredningens uppdrag omfattande inte primärvården varför utredningen inte lämnade något förslag i den delen. Ett alternativt förslag omfattande primärvården lämnades dock i en bilaga.

Remissinstanserna: Varken utredningen eller promemorian har lämnat förslag om en reglering av primärvården. Flera remissinstanser har dock uttalat sig i frågan och då framförallt de som är positiva till delar eller samtliga av utredningens och promemorians förslag.

Uppsala universitet skriver i sitt yttrande över utredningens förslag att deras uppfattning är att primärvården och den specialiserade vården bör

integreras så långt som möjligt. *Folkhälsoinstitutet* anser att det är beklagligt att utredningen inte lägger några förslag med spärregler mot enskilt ägande inom primärvården. *Stockholms läns landsting* stödjer utredningens förslag om att hälso- och sjukvård som överlämnats måste bedrivas med offentlig finansiering men anser även att primärvården bör omfattas. *TCO* anser att det finns mycket som talar för att en reglering mot privatfinansierad vård också bör omfatta primärvården. *Landstingsförbundet* och *Svenska kommunförbundet* skriver i sitt yttrande över promemorian att de vill understryka vikten av att samma regelverk som förhindrar möjligheten att ta emot patienter med olika finansiering skall gälla alla vårdnivåer. *SBU* finner det ologiskt att göra undantag för primärvården i promemorians förslag. *Vårdförbundet* anser att den uppdelning i sjukhusvård och primärvård som görs i promemorian inte är ändamålsenlig. *Kalmar läns landsting* anser att mångfald inom vården skapar attraktivare arbetsmarknad samt bättre trivsel för vårdanställda men att det är otidsenligt att dela upp sjukvården i enbart sjukhusvård och primärvård.

Skälen för regeringens bedömning: Den medicintekniska utvecklingen förändrar förutsättningarna för vilka behandlingar som kräver sjukhusens särskilda tekniska resurser och den kompetens som finns hos sjukhuspersonalen. Behandlingar som tidigare krävde slutenvårdens resurser, kan idag utföras inom den öppna hälso- och sjukvården.

Behandling bör ske på annan sjukvårdsnivå än sjukhus när den medicinska utvecklingen medger detta. Det kan innebära att behandlingsmetoder som tidigare var förunnade ett mindre antal patienter blir tillgängliga för större patientgrupper.

Enligt regeringens uppfattning får dock inte de nu föreslagna begränsningarna av landstingens möjligheter att överlämna driften av sjukhus till privata entreprenörer leda till en utveckling där landstingen överför viss vård från sjukhusen till öppenvården enbart i syfte att kringgå den föreslagna lagstiftningen.

Det finns inte skäl att lagreglera primärvården. Utvecklingen skall dock följas. En kontrollstation år 2009 skall upprättas för utvärdering av utvecklingen inom primärvården.

7.5 En särskild delegation skall tillsättas för att utreda den ideella sektorn inom hälso- och sjukvården

Regeringens bedömning: En särskild delegation bör tillsättas för att utreda villkoren för organisationer utan vinstutdelningssyfte och små företag inom den offentliga hälso- och sjukvården.

Utredningens förslag överensstämmer huvudsakligen med regeringens bedömning.

Remissinstanserna: Samtliga remissinstanser som yttrat sig över utredningens förslag, förutom Sveriges Läkarförbund, är positiva till en översyn av villkoren. Flera remissinstanser har dock olika synpunkter på vad en översyn bör omfatta.

Socialstyrelsen skriver att ett särskilt problem är att frivilliga organisationer, undantaget de allra största, inte sällan saknar administrativ, ekonomisk och juridisk kompetens för anbudsgivning och hantering. *Nutek* anser att det är särskilt intressant att utveckla ett företagande inom den sociala ekonomin. *Konkurrensverket* skriver att om konkurrensens positiva effekter skall få genomslag är det av stor vikt att det finns många alternativa utförare. *Stockholms läns landsting*, *Landstinget i Uppsala län*, *Landstinget i Östergötland*, *Landstinget i Kalmar län*, *Landstinget i Blekinge län*, *Landstinget i Västra Götaland* och *Landstinget i Värmlands län* och *Norrbottens läns landsting* anser att villkoren för organisationer utan vinstsyfte och små företag bör utredas vidare. *LO* ställer frågan om det helt enkelt är för gynnsamt att bilda stora koncerner. I andra länder är det betydligt vanligare med icke vinstdrivande organisationer som bedriver vård och omsorg, medan det i Sverige är en relativt marginell företeelse. *Svenskt Näringsliv* är positiva till åtgärder som syftar till att underlätta för små företag, inbegripet organisationer utan vinstsyfte. Detta får dock inte leda till att större företag eller vinstsyftande företag diskrimineras. *Bräcke Diakonigård* anser att bl.a. kapitalförsörjning, forskningsanknytning och förutsättningar för nätverk och samverkan påverkar möjligheterna för nyetablering av organisationer utan vinstsyfte, men även möjligheterna för fortlevnad av befintliga organisationer. Även *Ersta diakonisällskap* ansluter sig till denna bedömning.

Sveriges Läkarförbund anser att det skall råda neutralitet i villkoren mellan olika driftsformer och att någon särbehandling av organisationer utan vinstsyfte inte är påkallad. Läkarförbundet anser att frågan om vårdgivarval och ett friare etableringssystem inom vårdområdet bäst gynnar de små företagens intressen.

Skälen för regeringens bedömning: Organisationer utan vinstutdelningssyfte och små företag har svårt att starta och utveckla verksamhet inom hälso- och sjukvården. Enligt utredningen om Vårdens ägarformer (SOU 2003:23, s. 65 ff) är koncentrationstendenserna bland de privata vårdföretagen starka och motverkar förutsättningarna att nå mål om större mångfald. I Sverige drivs exempelvis endast ett fåtal sjukhus, Ersta, Röda Korsets sjukhus, Spenshult, Vidarklinikerna m.fl. av organisationer utan vinstutdelningssyfte. Även inom andra delar av vård och omsorg svarar vårdgivare utan vinstutdelningssyfte för mycket begränsade delar av verksamheten. Former för upphandling, kapitalförsörjning och förutsättningarna för nätverk och samverkan påverkar möjligheterna för dessa organisationer, men även små företag, att etablera verksamhet inom hälso- och sjukvård och i omsorgsverksamhet. Möjligheter till medverkan i forskning, utveckling och utbildning är andra faktorer som avgör hur förutsättningarna för denna typ av organisationer och företag utvecklas.

Utredningen lyfter fram bl.a. följande motiv för att underlätta för vårdgivare utan vinstutdelningssyfte:

- För att motverka koncentrationen bland de privata vårdföretagen behövs nya vårdgivare för att bibehålla och utveckla mångfald.
- Vårdverksamheter som drivs genom föreningar och organisationer kan i högre grad mobilisera kompletterande, frivilliga insatser.
- I ett samhälle med större etnisk, kulturell och religiös mångfald behöver vården kunna möta skilda språkliga och kulturella behov. Möjlig-

het för olika grupper i samhället att direkt och med eget ansvar driva vårdverksamhet kan bidra till lösningar.

- I takt med vårdens och politikens specialisering har sambanden mellan ansvar och rättigheter försvagats. Vårdverksamhet genom organisationer utan vinstsyfte kan bidra till att återskapa demokratisk delaktighet och ansvar.

Regeringen delar i huvudsak utredningens bedömning och anser att det kan finnas flera skäl till att utreda förutsättningarna för små företag och organisationer utan vinstutdelningssyfte. Ökningen av privat driven vård har i huvudsak skett genom kommersiella vårdföretag. Omfattningen av vård genom organisationer där vinstsyftet inte är det primära har däremot varit i stort sett oförändrat.

Tillsättande av en särskild delegation

Regeringen avser att tillsätta en särskild delegation som skall göra en översyn av förutsättningarna för organisationer utan vinstutdelningssyfte och små företag i den offentligt finansierade hälso- och sjukvården. Delegationen skall lämna förslag på åtgärder och när så anses nödvändigt, förslag på bestämmelser, som bedöms vara nödvändiga. Föreslagna åtgärder får dock inte medföra att förutsättningarna för andra vårdgivare försämrats.

Enligt utredningen om Vårdens ägarformer (SOU 2003:23, s. 123) kan vårdgivare utan vinstutdelningssyfte till skillnad mot vinstutdelande bolag inte söka sig till aktiemarknaden och riskkapital för finansiering av investeringar och rörelsekapital. Även för banker och andra låneinstitut är kooperativ, ekonomiska föreningar och stiftelser ovana företeelser. Korta tider för vårdavtal försvårar möjligheten att få fram kapital för investeringar. Länder med betydande inslag av vårdgivare utan vinstutdelningssyfte har ofta olika system för att underlätta kapitalförsörjningen.

Delegationen skall belysa villkoren för idéburna aktörer med skilda arbetsformer, verksamhetsidéer och vårdideologier och hur förutsättningar kan skapas för att förbättra möjligheterna att möta olika individers och gruppers behov.

Vårdgivare utan vinstutdelningssyfte och små företag kan ha sina fördelar främst genom småskaligheten och att verksamheten utvecklas och leds nära patienterna och brukarna. Det kan till exempel handla om verksamheter med särskild språklig eller kulturell kompetens. För en rad funktioner som inköp, ekonomiadministration, juridisk kompetens, avtalsteknik, hantering av anbud och IT- och informationssystem behöver de emellertid nätverk eller andra former för samverkan.

Delegationen bör vidare utreda vilka existerande organ för samverkan som finns samt hur förutsättningarna för organisationer utan vinstutdelningssyfte och små företag kan utvecklas ytterligare.

En uppgift för delegationen skall vara att lyfta fram exempel på offentligt finansierad hälso- och sjukvårdsverksamhet som i dag drivs av organisationer utan vinstutdelningssyfte eller små företag. Sådana verksamheter kan tjäna som goda exempel på hur hälso- och sjukvårdsverksamhet kan bedrivas men även visa på de hinder och problem som idéburna aktörer och små företag möter samt dessa verksamheters betydelse och konsekvens för hälso- och sjukvården.

7.6 En särskild utredning om begränsningar för hur vinstmedel inom hälso- och sjukvården bör få användas

Prop. 2004/05:145

Regeringens bedömning: Regeringen avser att tillsätta en utredning som skall lämna förslag till lagstiftning om begränsningar för hur vinstmedel inom hälso- och sjukvården bör få användas. Ett sådant förslag skulle kunna ersätta den nu föreslagna ordningen med att landstingen endast skall kunna överlämna driften av sjukhus till en entreprenör som inte har något vinstutdelningssyfte.

Skälen för regeringens bedömning: I betänkandet Aktiebolag med begränsad vinstutdelning (SOU 2003:98), föreslås ett nytt slag av aktiebolag, vars syfte inte skall vara att bereda aktieägarna vinst. Utredningen föreslår två alternativ. I det ena skall ingen vinstutdelning kunna äga rum till aktieägarna. I det andra skall en viss begränsad vinstutdelning vara tillåten, som skulle kunna ses som en återbäring på tillskjutet kapital. Motsvarande begränsning föreslås av möjligheterna att lämna koncernbidrag. Den nya bolagsformen föreslås vara särskilt anpassad för verksamhet som inte drivs med det huvudsakliga syftet att dela ut vinst, men som i övrigt ger företaget goda möjligheter att bedriva verksamheten.

Verksamheter utan vinstutdelningssyfte drivs i många associations- och företagsformer; ideella föreningar, ekonomiska föreningar, stiftelser eller som aktiebolag. Regeringens anser att det kan finnas behov av regler av det slag som utredningen har föreslagit, bl.a. för privata vårdgivare som skall bedriva vård åt landstinget. Aktiebolag av det slag som utredningen föreslagit skulle uppbära stora likheter med vanliga aktiebolag och bestämmelserna om aktiebolag är väl inarbetade i det svenska rättsmedvetandet.

I likhet med vad som gäller för de traditionella aktiebolagen finns med utredningens förslag ett tydligt regelverk och delägarna svarar inte personligen för bolagets förpliktelser. En utgångspunkt för förslaget är att begränsningarna av tillåten vinstutdelning skall ge ett allmänt skydd mot att bolagets tillgångar lämnar bolaget och att detta skydd inte lätt skall kunna kringgås. En slags garanti skapas vidare för att vinstmedel huvudsakligen stannar kvar inom verksamheten.

Betänkandet Aktiebolag med begränsad vinstutdelning har remissbehandlats och förslaget bereds för närvarande inom Regeringskansliet. Efter det att regeringen tagit slutlig ställning till utredningens förslag, finns det anledning att på nytt överväga hur reglerna om överlämnande av driften av ett sjukhus till en privat entreprenör bör vara utformade. Regeringen avser att tillsätta en utredning med uppgift att se över dessa frågor. Avsikten är att en sådan utredning skall lämna förslag till lagstiftning som kan ersätta förslagen i föreliggande proposition om begränsningarna av landstingens möjligheter att överlämna driften av viss sjukvård till en entreprenör.

Regeringens bedömning: Inga särskilda överprövningsmöjligheter bör införas beträffande beslut av sjukvårdshuvudmännen att överlämna drift av sjukhus till någon annan.

Utredningens och promemorians förslag överensstämmer med regeringens bedömning.

Remissinstanserna: *Kammarrätten i Sundsvall* skriver att ett beslut som innebär att ett landsting i strid mot bestämmelserna i den föreslagna lagen, t.ex. överlåter driften av ett sjukhus till ett företag som bedriver verksamheten i vinstsyfte, torde kunna överklagas enligt den ordning som gäller för laglighetsprövning enligt kommunallagen (1991:900). *Socialstyrelsen* delar bedömningen att ytterliggare överprövningsmöjligheter inte bör införas och att beslut i strid med den föreslagna begränsningen sannolikt kan prövas enligt 10 kap. KL, dvs. laglighetsprövas. En sådan prövning torde kunna leda till att landstingets beslut att sluta avtal med en vinstutdelande entreprenör upphävs. Socialstyrelsen vill dock peka på att det inte finns några sanktioner att ta till i de fall då överträdelser sker under en pågående avtalsperiod. *Konkurrensverket* skriver att om domstolen bifaller ett överklagande får beslutet bara upphävas men kan inte ersättas med ett nytt beslut som ålägger kommunen att fullgöra en viss prestation. Det innebär att kommunen inte behöver häva ett avtal med ett företag på grund av domstolens beslut och riskera att få betala skadestånd. Enligt Konkurrensverkets erfarenheter är det ytterst ovanligt att kommuner häver avtal med entreprenörer på grund av beslut av förvaltningsdomstol.

Skälen för regeringens bedömning: Innan ett landsting beslutar om att överlämna uppgiften att driva t.ex. ett sjukhus till någon annan föregås detta i regel av ett upphandlingsförfarande. Landstingets beslut under upphandlingsförfarande kan överklagas av kommunmedlem med stöd av 10 kap. kommunallagen (1991:900;KL) om inte beslutet omfattas av förbud mot överklagande i lagen (1992:1528) om offentlig upphandling, LOU. En leverantör har möjlighet att begära överprövning enligt 7 kap. LOU. Vid laglighetsprövning enligt 10 kap. KL kan endast medlem i ett landsting överklaga kommunala beslut. Prövningen är begränsad till lagligheten av besluten. Ett beslut som överklagas skall upphävas, om det inte har tillkommit i laga ordning, beslutet inte hänför sig till något som är en angelägenhet för landsting eller om det organ som har fattat beslutet har överskridit sina befogenheter. När ett beslut upphävs får något annat beslut inte sättas i det överklagade beslutets ställe. Om ett beslut har upphävts genom ett avgörande som vunnit laga kraft och om beslutet redan har verkställts, skall det organ som fattat beslutet se till att verkställigheten rättas i den utsträckning som det är möjligt. Ett beslut om rättelse skall meddelas utan oskäligt dröjsmål. Reglerna om laglighetsprövning gäller inte om det i lag eller annan författning finns särskilda föreskrifter om överklagande. Ett beslut på vilket LOU är tillämpligt får inte överklagas med stöd av 10 kap. KL, dvs. laglighetsprövas.

En leverantör som anser att han lidit eller kan komma att lida skada på grund av att den upphandlande enheten har brutit mot en bestämmelse i LOU kan i en framställning vända sig till allmän förvaltningsdomstol.

Rätten kan besluta att upphandlingen skall göras om eller att den får avslutas först sedan rättelse gjorts. Av 7 kap. 5 § LOU framgår att ”ett beslut på vilket denna lag är tillämplig får inte överklagas med stöd av 10 kap. kommunallagen (1991:900)”. Enligt LOU är det endast kretsen av potentiella leverantörer till den aktuella upphandlade enheten som har rätt att begära överprövning. Med leverantör avses förutom anbudsgivare även den som av en eller annan anledning avstått från att lämna anbud. Överprövning enligt LOU omfattar endast brott mot den lagen och inte om förfarandet exempelvis strider mot andra lagar eller det beslutande organet överskridit sina befogenheter. I en upphandlingssituation där ett landsting avser att lämna över uppgiften att ansvara för driften av hälso- och sjukvård till annan kommer eventuella felaktigheter som landstinget gör sig skyldig till i förhållande till vad som stadgas i LOU inte att kunna prövas enligt 10 kap. KL. Ett agerande i strid med den föreslagna begränsningen bör däremot, i likhet med vad som ovan anförts, kunna prövas enligt 10 kap. KL.

Lagrådet har anfört att om ett verkkningsfullt remedium mot överträdelser av föreslagna förbud eller villkor saknas, bäddar det gärna för bristande likformighet i tillämpningen.

Ett alternativ som övervägts av utredningen om Vårdens ägarformer – vinst och demokrati (SOU 2002:23), är att införa ett särskilt överprövningsförfarande vid allmän förvaltningsdomstol. En myndighet, exempelvis länsstyrelse, skulle enligt utredningen kunna ges befogenhet att föra talan. Om ett landstings förfarande som syftar till att överlämna uppgiften att bedriva hälso- och sjukvårdsverksamhet strider mot de föreslagna bestämmelserna skulle domstolen kunna avbryta förfarandet.

Det kan enligt regeringen även diskuteras om sanktioner bör införas som riktar sig mot landsting som inte följer de föreslagna bestämmelserna. Bestämmelser om sanktioner mot kommuner i form av minskade statsbidrag har tidigare tillämpats under begränsade perioder. En särskild lagstiftning infördes exempelvis där det generella statsbidraget minskades för en kommun som fastställt en högre skattesats under åren 1997 och 1998 än under år 1996 (prop. 1995/96:213).

Regeringen har emellertid inte funnit tillräckliga skäl för att införa ett särskilt överprövningsförfarande. De möjligheter till överprövning som för närvarande finns bedöms enligt regeringen som tillräckliga för att säkerställa att den föreslagna regleringen efterlevs. Inte heller har regeringen funnit tillräckliga skäl för att införa sanktioner mot landsting som överträder bestämmelserna.

9 Förslagets förenlighet med gemenskapsrätten

Regeringens bedömning: Regleringen av landstingens rätt att överlämna driften av hälso- och sjukvård i vissa fall bedöms inte strida mot gemenskapsrätten.

Utredningens och promemorians bedömning överensstämmer med regeringens bedömning.

Remissinstanserna: *Kammarrätten i Sundsvall* anser att promemori-ans förslag är förenligt med EG-rätten, LOU och den kommunala självstyrelsen samt att eventuella sanktioner bör belysas i det fortsatta lagstiftningsarbetet. Även *Skåne läns landsting* anser att förslaget är förenligt med EG-rätten. *Kommerskollegium* bedömer att förslaget innebär viss inskränkning av den fria rörligheten och att ytterligare analys av de EG-rättsliga aspekterna krävs. *Stockholms universitet – juridiska fakulteten* anser att frågan om de i promemorian föreslagna begränsningarna är förenliga med gemenskapsrätten, regeringsformen och kommunalrätten har beaktats i promemorian. *Svenskt näringsliv* påpekar att den föreslagna legala konstruktionen kan vara tekniskt möjlig men torde ge upphov till diverse tolkningsproblem. Framtida rättstvister med ursprung i regeringsformens skydd för näringsfriheten, gemenskapsrätten eller Europakonventionen om de mänskliga rättigheterna kan inte uteslutas. *Konkurrensverket*, *Capio* och *Sveriges Läkarförbund* anser att förslaget troligen är oförenligt med gemenskapsrätten. *Nämnden för offentlig upphandling (NOU)* understryker vad gäller den tonvikt som läggs vid rättsfallet C-70/95 Sodemare AS att rättsfallet handlar om anslutning till ett allmänt socialförsäkringssystem. Ett sådant beslut skiljer sig på avgörande punkter från tilldelning av offentliga kontrakt. *Capio* skriver att förslaget inte har stöd i den rättspraxis som åberopats i promemorian samt att förslaget sannolikt strider mot reglerna om den fria etableringsrätten i artikel 43 i fördraget. Vidare strider förslaget sannolikt mot reglerna om den fria rörligheten av tjänster i artikel 49 i EG-fördraget samt sannolikt mot grundläggande EG-rättsliga principer som måste tillämpas vid offentlig upphandling. *Praktikertjänst AB* anser att det är tveksamt om de föreslagna begränsningarna för att driva sjukvård är förenliga med EG-rätten. Det kan, enligt *Praktikertjänst*, med fog hävdas att vinstintresse hos effektiva vårdentreprenörer inte alls är ett hot mot vårt solidariskt finansierade sjukvårdssystem och därmed inte ett fullgott skäl att införa konkurrensbegränsade särbehandling av vissa entreprenörer för att skydda ett allmänt intresse.

Skälen för regeringens bedömning: För landstingens medborgare är det av yttersta vikt att närvaron av privata entreprenör inte innebär en försämring av den vård som medborgaren skall ha tillgång till enligt hälso- och sjukvårdslagen (1982:732; HSL). Det sätt som Sverige har valt att organisera och finansiera den offentliga hälso- och sjukvården har inneburit att befolkningen har tillgång till ett i internationella jämförelser effektivt och högkvalitativt sjukvårdssystem. Något hinder för Sverige eller andra medlemsländer i Europeiska unionen att organisera ett hälso- och sjukvårdssystem som är helt offentligt drivet och finansierat finns inte enligt regeringens bedömning.

Regionsjukhus och regionkliniker

Hälso- och sjukvård som ges vid ett regionsjukhus eller vid en regionklinik är av särskild karaktär och av ett nationellt intresse. Den är nödvändig för att även patienter i andra landsting än de där vården bedrivs, skall få den vård de har behov av.

I en situation där ett landsting väljer att överlämna till någon annan att bedriva hälso- och sjukvård som ges vid ett sjukhus, får överlämnandet inte föra med sig att tillgången på vård för landstingets medlemmar försämras eller att ekonomiska resurser går före medicinska behov.

För att ett landsting skall kunna överlämna driften av ett sjukhus krävs i dag att ett vårdavtal tecknas mellan landstinget och den private vårdgivaren. Att det i avtalet uppställs villkor som har till syfte att försäkra medborgarna samma tillgång till vård som om sjukhuset drivs av det offentliga är nödvändigt.

Förslaget om att avtalet mellan landstinget och vårdgivaren skall innehålla villkor om att verksamheten skall drivas utan syfte att ge vinst åt ägaren och att vården uteslutande skall bedrivas med offentlig finansierad är riktat mot landstingen. Regeringens förslag blir aktuellt först i situationer där landstingen väljer att överlämna driften av sjukhus som de själva driver och har etablerat.

Av 2 § HSL följer att målet för hälso- och sjukvården är en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen. Vård på lika villkor för hela befolkningen innebär att det skall vara möjligt för alla – oavsett var de bor i landet – att vid behov och på lika villkor få del av hälso- och sjukvårdens tjänster. Möjligheterna att erhålla vård får inte påverkas av sådana förhållanden som ålder, kön, förmåga att ta initiativ, utbildning, betalningsförmåga, nationalitet eller kulturella olikheter.

Den svenska hälso- och sjukvården finansieras solidariskt och då främst genom landstingsskatten. En annan viktig intäktskälla för landstingen är de generella statsbidragen. Hälso- och sjukvården finansieras endast till en mindre del genom vårdavgifter. Ingen patient behöver dock, enligt 26 a § HSL, betala mer än 900 kronor för öppen hälso- och sjukvård m.m. under en 12-månadersperiod.

Av art. 152.5 i Romfördraget följer att när gemenskapen handlar på folkhälsoområdet, skall den fullt ut respektera medlemsstaternas ansvar för att organisera och ge hälso- och sjukvård.

Principen om icke-diskriminering är övergripande i gemenskapsrätten. Detta innebär bl.a. att medborgare i en medlemsstat får etablera sig och utöva sitt yrke i en annan medlemsstat på samma villkor som medborgarna i denna medlemsstat. Nationella begränsningar i rätten att driva verksamhet och tillhandahålla tjänster kan därför strida mot gemenskapsrätten. Förbudet mot diskriminering gäller inte enbart öppen diskriminering grundad på nationalitet utan även alla former av dold diskriminering som, genom tillämpning av andra särskiljande kriterier, faktiskt leder till samma resultat (se bl.a. mål C-3/88 Kommissionen mot Italien).

EG-domstolen framhåller bl.a. i mål C-496/01, Kommissionen mot Frankrike, att en medlemsstat i princip inte får uppställa regler som innebär att en etablering förbjuds, hindras eller blir mindre attraktiv. En regel som försvårar för någon att få tillgång till en marknad kan strida mot gemenskapsrätten om denna regel inte kan motiveras av ett allmänt intresse, inte kan anses vara en lämplig åtgärd för att uppnå det angivna syftet eller de ingrepp som krävs inte står i rimlig proportion till de fördelar som uppnås, dvs. gemenskapsrättens proportionalitetsprincip.

Regeringens bedömning är att förslagen i denna proposition inte sätter utländska vinstutdelande företag i en mindre gynnsam situation än den situation som gäller för vinstutdelande företag i Sverige. Varken utländska eller svenska företag som har till syfte att dela ut vinst, ges möjlighet att överta driften av sjukhus. Förslaget kan enligt regeringen därför inte anses diskriminera utländska vårdgivare. Däremot görs en åtskillnad mellan organisationer som har till syfte att dela ut vinst och sådana som inte har det syftet och det oberoende av om dessa är svenska eller utländska juridiska personer. Landstingen kommer inte att ha möjlighet att överlämna driften av sjukhus till de förstnämnda (förutsatt att dessa organisationer inte övergår till att bli icke vinstutdelande). En sådan åtskillnad är enligt regeringen bedömning förenlig med EG-rätten och diskriminerar, som nämnts ovan, inte utländska entreprenörer i förhållande till svenska.

Regeringens bedömning är därför att förslagen i denna proposition är förenliga med gemenskapsrätten. Förslagen får vidare anses vara proportionella i förhållande till det mål som skall uppnås och nödvändiga för att skydda de grundläggande principerna för svensk hälso- och sjukvård av de skäl som anförs i avsnitt 7 och avsnitt 10. Förslagets syfte är att hindra att målet om god vård på lika villkor åsidosätts (genom att privat finansierad vård tillåts inom ramen för den offentligt finansierad vård som ursprungligen byggts upp av landstingen). Effekterna av förslagen kan inte anses stå i missförhållanden till nyttan av förslagen.

10 Frågor om näringsfrihet, kommunal självstyrelse och offentlig upphandling

10.1 Näringsfrihet

Regeringens bedömning: Förslagen har inte till syfte och får inte heller till effekt att begränsa rätten att driva näring.

Promemorians och utredningens bedömning överensstämmer med regeringens bedömning.

Remissinstanserna: Få remissinstanser har uttalat sig i frågan om förslaget begränsar rätten att driva näring. De som har yttrat sig anser att förslagen begränsar rätten att driva näring. *Nutek* anser att det måste finnas utomordentligt starka skäl för att i lag införa begränsningar i näringsfriheten och att dessa starka skäl saknas i förslaget. *Företagarnas riksorganisation* anser att ett förbud för vissa aktörer att verka inom en sektor är ett kraftigt ingrepp i näringsfriheten.

Skälen för regeringens bedömning: Enligt 2 kap. 20 § regeringsformen (RF) får begränsningar i rätten att driva näring eller utöva yrke införas endast för att skydda angelägna allmänna intressen och aldrig i syfte att gynna enbart vissa personer eller företag. Det finns ett stort antal författningar som på ett eller annat sätt begränsar dessa friheter. Ett exempel är behörighetsregleringen för hälso- och sjukvårdspersonal och den ensamrätt till yrket som vissa yrkesgrupper har. Bestämmelser om detta

finns i 3 kap. lagen (1998:531) om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område.

Den föreslagna regleringen aktualiseras först i situationer där landstingen önskar att överlämna driften av regionsjukhus, regionkliniker och sjukhus som de själva driver till annan. Privata vårdgivare kan i dag fritt etablera sig i Sverige och kommer att kunna göra det även fortsättningsvis. De av regeringen föreslagna bestämmelserna riktar sig till landstingen och inte till enskilda. Regeringens förslag har inte till syfte och får inte heller till effekt att begränsa näringsfriheten. Enskildas rätt att bedriva hälso- och sjukvård hindras därför inte. Frågan har tidigare behandlats i regeringens proposition Sjukhus med vinstsyfte (2000/01:36), se även avsnitt 4. Regeringen gjorde då bedömningen att en begränsning som innebär att vinstsyftande aktörer inte kan överta driften av ett befintligt akutsjukhus inte medför att näringsfriheten begränsas. Regeringen finner inte anledning att nu göra någon annan bedömning.

Även om den föreslagna regleringen skulle innebära en begränsning i näringsfriheten kan en sådan införas under förutsättning att syftet är att skydda ett angeläget allmänt intresse.

Vad som är ett angeläget allmänt intresse har inte närmare preciserats i RF. I förarbetena till regleringen om näringsfriheten sägs det att ställningstagandet till vad som är ett angeläget allmänt intresse får göras från fall till fall i enlighet med vad som kan anses vara acceptabelt i ett demokratiskt samhälle, prop. 1993/94:117 s. 51.

De grundläggande principerna för svensk hälso- och sjukvård bygger, som tidigare sagts, på att vården skall vara tillgänglig för alla och solidariskt finansierad. Den skall ges efter behov – inte efter köpkraft. Hälso- och sjukvården skall också vara demokratiskt styrd och garantera medborgarnas insyn i verksamheten. Att dessa principer är av ett sådant angeläget allmänt intresse som avses i 2 kap. 20 § RF är odiskutabelt.

För att förverkliga dessa principer finns därför bl.a. bestämmelsen i 3 § hälso- och sjukvårdslagen (1982:763; HSL) att varje landsting skall erbjuda en god hälso- och sjukvård åt dem som är bosatta inom landstinget. I detta ligger att varje landsting är skyldigt att tillhandahålla sådana resurser för hälso- och sjukvården att den kan erbjudas alla som är bosatta inom landstinget. Det innebär att varje landsting måste organisera sin verksamhet så att de som är bosatta inom landstinget kan ges möjlighet till t.ex. sjukhusvård och högspecialiserad vård. Landstinget ska säkerställa att nivån på den kliniska forskningen, utvecklingen och utbildningen inte försämras. Hälso- och sjukvården ska också förebygga ohälsa. Sådana förebyggande folkhälsofrämjande insatser förutsätter ett långsiktigt befolkningsansvar, helhetsperspektiv och långsiktiga investeringar.

Regionsjukhus och regionkliniker

Konsekvensen av regeringens förslag är att landstingen inte kan överlämna driften för delar av sjukvården som tidigare var möjlig att överlämna. Det införs således ett hinder mot att låta privata entreprenörer överta driften av landstingens regionsjukhus och regionkliniker.

En stor del av regionsjukvården är att karaktärisera som högspecialiserad vård. Den utgör en central del av hälso- och sjukvården och har nära

koppling till forskning och utveckling vilket gör den till en av de verksamheter som stödjer och ger förutsättningar för god vård inom övriga delar av hälso- och sjukvården. Beslut i ett landsting om hur landstingets regionsjukhus skall drivas kan medföra stora konsekvenser för andra landsting som är beroende av regionsjukhuset. Med hänsyn till detta och vad som nämnts i avsnitt 7.1 bör regionsjukvården vara offentligt styrd. Som det tidigare har konstaterats syftar lagförslaget endast till att skydda och säkerställa att de grundläggande principerna för svensk hälso- och sjukvård även i framtiden kan upprätthållas. Privata vårdgivare förhindras inte att bedriva regionsjukvård åt landstingen. Den nu föreslagna regleringen kan inte anses gå utöver vad som är nödvändigt för att skydda de grundläggande principerna för svensk hälso- och sjukvård. Effekterna av förslaget kan inte anses stå i missförhållande till nyttan av förslaget.

Sjukhus

Förslaget innebär att landstingen endast kan överlämna driften av sjukhus till entreprenörer som avser driva verksamheten utan syfte att dela ut vinst åt ägaren eller motsvarande intressent. Den privata vårdgivaren måste dessutom förbinda sig att inom ramen för den verksamhet som övergår i samband med uppdraget, uteslutande bedriva vård med offentlig finansiering. Vidare skall varje landsting driva minst ett sjukhus.

I en situation där ett landsting väljer att överlämna driften av hälso- och sjukvård som ges vid ett sjukhus till annan, får överlåtelsen inte föra med sig att tillgängligheten till vård för landstingets medlemmar försämras eller riskerar att försämrats såväl på lång som kort sikt eller att entreprenörens ekonomiska vinstintresse går före medicinska behov.

En verksamhet som bygger på att ge vinst till ägare eller annan är i sig inte något negativt. Emellertid skall inte en sådan verksamhet ta annan hänsyn än rent företagsekonomiska hänsyn. Detta innebär att det kan uppkomma situationer där en företagsekonomisk bedömning resulterar i att det inte är lönsamt att driva sjukhuset vidare. Landstinget å sin sida styrs inte av företagsekonomiska hänsyn, låt vara att landstinget skall ha en god ekonomisk hushållning i sin verksamhet samt förvalta sina medel på ett sådant sätt att krav på god avkastning och betryggande säkerhet kan tillgodoses, 8 kap. 1 och 2 §§ kommunallagen (1991:900).

I den ovan beskrivna situationen skulle landstinget kunna komma att stå utan ett fungerande sjukhus. Även om landstinget givetvis kan återuppta driften, antingen i egen regi eller på annat sätt, finns det en risk att detta tar tid. Patienter blir då hänvisade att söka sig till ett annat sjukhus, som dessutom kan ligga avsevärt längre bort än det nedlagda sjukhuset, vilket i vissa fall kan få allvarliga konsekvenser för patienters liv och hälsa. Landstinget måste på kort och lång sikt kunna garantera invånarna god hälso- och sjukvård samt upprätthålla en hög beställarkompetens.

Ett ökat antal privata aktörer inom hälso- och sjukvården får inte innebära att patienter som betalar sin vård med egna medel eller via försäkringsbolag ges företräde till den offentligt uppbyggda hälso- och sjukvården på bekostnad av landstingens patienter. Det finns en risk för intressekonflikt mellan marknadens aktörer och de människor som välfärdstjänsterna är till för där ekonomiska resurser går före de medicinska behoven. Vårdsystemets resurser och insatser skall fördelas efter de medi-

cinska behoven och inte efter individers och gruppers betalningsförmåga. Landstingets patienter får inte missgynnas i förhållande till privatbetalande patienter.

Privata vårdgivare förhindras inte att bedriva sjukvård åt landstingen. Däremot ställs nya krav på hur entreprenören får använda eventuella överskott som uppstår i den överlämnade verksamheten samt att privat finansierad vård inte får förekomma på sjukhus där driften överlämnats från landstinget. Den nu föreslagna regleringen kan inte anses gå utöver vad som är nödvändigt för att skydda de grundläggande principerna för svensk hälso- och sjukvård. Effekterna av förslagen kan heller inte anses stå i missförhållanden till nyttan av förslaget. Regeringens avsikt med den föreslagna regleringen är endast att skydda ett angeläget allmänt intresse.

10.2 Den kommunala självstyrelsen

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

Promemorians och utredningens bedömning överensstämmer med regeringens bedömning.

Remissinstanserna: En mindre andel av remissinstanserna har uttalat sig om förslagets förenlighet med den kommunala självstyrelsen. *Kammarrätten i Sundsvall* anser att promemorians förslag som rör vinstutdelande entreprenörer är förenligt med den kommunala självstyrelsen. Även *Skåne läns landsting* anser att förslaget är förenligt med den kommunala självstyrelsen. *Västmanlands läns landsting* anser att ingreppet i den kommunala självstyrelsen är godtagbar i syfte att värna om en vård på lika villkor i hela landet. *Stockholms läns landsting* skriver att med den regionsamordnade vården som utgångspunkt för en lagreglering täcks inte all vård som bör bedrivas i offentlig regi. Det är enligt landstinget rimligt att överlåta det utrymmet åt den landstingskommunala självstyrelsen och begränsa lagregleringen till den mest kvalificerade del av vårdens infrastruktur. *Kalmar läns landsting och Värmlands läns landsting* anser att förslagen utgör en icke godtagbar inskränkning i landstingens självstyrelse. *Sveriges läkarförbund* anser att promemorians förslag andas en misstro mot sjukvårdshuvudmännens förmåga och kunskap att teckna goda avtal. *Svenskt näringsliv* påpekar att det synes märkligt att landstingen inte längre anses kapabla att själva avgöra i vilka former sjukhusvården bäst bör bedrivas. *CAPIO* anser att promemorians förslag är ett kraftigt och onödigt ingrepp i landstingens rätt att själva fatta beslut om hur hälso- och sjukvården skall organiseras. *Carema* skriver att förslaget är ett ingrepp i det kommunala självstyret vilket leder till likformighet med risk att stockholmsperspektivet får råda. *SACO* skriver i sitt yttrande över utredningens förslag att det är viktigt att understryka att varje form av nationell reglering utgör en inskränkning i det kommunala självstyret, då det begränsar möjligheterna för landstingen att själva välja lämpliga ägarformer och driftsformer inom sjukvården.

Skälen för regeringens bedömning: Bestämmelser om den kommunala självstyrelsen finns i 1 kap. 1 och 7 §§ regeringsformen (RF) men även i kommunallagen (1991:900). Bestämmelserna i 1 kap. 1 § RF anger att det i grunden handlar om en princip för relationen mellan staten och den kommunala nivån och att denna princip gäller för all kommunal verksamhet. Den kommunala självstyrelsen är en del av den offentliga makten. I förarbeten konstateras att den kommunala självstyrelsen aldrig kan vara total. Gränserna för den kommunala självstyrelsen måste därför kunna ändras i takt med den fortsatta samhällsutvecklingen. 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 åliggande 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 landstingen skall driva regionsjukhus och regionkliniker i egen regi och inte kan överlåta driften av dessa till någon annan. Vidare skall varje landsting driva minst ett sjukhus. Avtal mellan ett landsting och en vårdgivare om driften av andra sjukhus måste innehålla villkor om att verksamheten skall drivas utan syfte att ge vinst åt ägaren samt att vården uteslutande skall bedrivas med offentlig finansiering. Samtliga förslag innebär att den kommunala självstyrelsen inskränks genom att landstingen inte längre fritt kan bestämma hur deras verksamhet skall bedrivas eller hur verksamheten skall organiseras. Få landsting eller andra remissinstanser har dock haft någon invändning mot förslagen. Regeringen behandlar nedan förslagen i förhållande till den kommunala självstyrelsen.

Regeringen anser att de ovan föreslagna reglerna inte skiljer sig på något principiellt sätt från andra regler i hälso- och sjukvårdslagen som landstinget måste följa. Ansvaret för att alla som är bosatta inom ett landsting erbjuds en god hälso- och sjukvård är primärt en angelägenhet för landstinget.

Regionsjukhus och regionkliniker

Driften av regionsjukhus och regionkliniker är en uppgift för landstingen. Hur dess verksamhet organiseras bestäms av landstinget själv. Den högspecialiserade vården utgör emellertid en central del av hälso- och sjukvården och har nära koppling till forskning och utveckling vilket gör den till en av de verksamheter som stödjer och ger förutsättningar för god vård inom övriga delar av hälso- och sjukvården. Ett landstings beslut om organisation av regionsjukvården kan därför medföra stora konsekvenser för andra landsting och dess invånare som är beroende av regionsjukhuset. Landstingens rätt att organisera verksamheten måste ställas mot det nationella intresset av att stärka samordningen och bibehållandet av den högspecialiserade vården. Den nu föreslagna bestämmelsen som innebär en inskränkning i den kommunala självstyrelsen är därför enligt regeringens godtagbar.

Det nationella intresset av att alla skall kunna få vård på lika villkor måste vägas mot landstingens rätt att själv bestämma hur vården skall organiseras och vem som får bedriva vård på entreprenad. De grundläggande principer om demokratiskt styrd organisation och om medborgarnas insyn kan vara svåra att i alla lägen upprätthålla vid privata övertaganden av de sjukhus som finns inom landstingets vårdorganisation. Detta talar enligt regeringen för att landstingens sjukhusvård är olämplig att överlämna till entreprenörer som har syfte att bereda vinst åt ägaren eller som avser att ta emot patienter vars vård inte finansieras med offentliga medel.

Skulle landstinget hamna i den situation att man står utan ett fungerande sjukhus kan det i vissa fall få allvarliga konsekvenser för patienters liv och hälsa. Landstinget måste på kort och lång sikt kunna garantera invånarna god hälso- och sjukvård samt upprätthålla en god beställarkompetens. Även om det ankommer på landstingen att besluta i frågor som rör detta ansvar är regeringens bedömning att allas rätt till en god hälso- och sjukvård är av sådan väsentlig betydelse för välfärden i landet som helhet får denna inskränkning i den kommunala självstyrelsen anses vara godtagbar.

10.3 Offentlig upphandling

Regeringens bedömning: Förslagen bedöms förenliga med kravet på affärsmässighet och förbudet mot att ta ovidkommande hänsyn i lagen (1992:1528) om offentlig upphandling.

Promemorians och utredningens bedömning överensstämmer med regeringens bedömning.

Remissinstanserna: Få remissinstanser har uttalat sig om förslagets förenlighet med lagen (1992:1528) om offentlig upphandling (LOU). *Kammarrätten i Sundsvall* anser att förslaget är förenligt med LOU. Skåne läns landsting anser, med hänsyn till de erfarenheter landstinget har av domstolarnas tillämpning av LOU, att LOU bör förses med en regel om tillåtligheten av det föreslagna villkoret för överlämnandet till privata entreprenörer. *Nämnden för offentlig upphandling* anser att det är långt ifrån klarlagt att förslaget inte strider mot LOU. *Hallands läns landsting* anser att förslaget inte är förenligt med kravet på affärsmässighet och förbudet mot att ta ovidkommande hänsyn enligt LOU.

Skälen för regeringens bedömning: Lagen (1992:1528) om offentlig upphandling (LOU), som trädde i kraft den 1 januari 1994, bygger huvudsakligen på olika EG-direktiv men har i vissa delar regler för sådan upphandling som är undantagen från direktiven. Bedömningen är att förslaget är förenligt med gemenskapsrätten och nödvändigt för att skydda de grundläggande principerna för svensk hälso- och sjukvård (se vidare i avsnitt 7 och 9). Inskränkningen kan inte anses vara oförenlig med kravet på affärsmässighet och förbudet mot att ta ovidkommande hänsyn i LOU.

Av 1 kap 4 § LOU följer att upphandling skall göras med utnyttjande av de konkurrensmöjligheter som finns och även i övrigt genomföras affärsmässigt. I begreppet affärsmässigt ligger även att avtalsperioderna inte sträcker sig över alltför långa perioder.

Nämnden för offentlig upphandling har tidigare uttalat att avtal normalt inte bör tecknas för längre tid än två år och endast undantagsvis för tre till fyra år. Det förekommer emellertid enligt nämnden avtal som har den karaktären att de måste tecknas för längre tid, till exempel avtal om drift av sjukhus eller andra avtal där stora investeringar måste göras av leverantören (jfr NOU info sept 1993 – dec 1994, s. 41).

Stora investeringar som en leverantör gör enbart för att tillgodose en viss leverantör inom den offentliga sektorn måste ha en sådan avtalstid att leverantören får en rimlig avskrivningstid. Bokförings- och skatte-regler kan här tjäna som en viss ledning. Givetvis finns ytterligare aspekter som patientperspektivet, tryggheten, strukturen och kontinuiteten i vården. Även personalansvaret, investeringar m.m. är väsentliga inslag i de affärsmässiga bedömningar som måste göras. I betänkandet Upphandling av hälso- och sjukvårdstjänster (SOU 1999:149) anges att det inte är lämpligt att fastställa orubbliga tidsgränser. Enligt utredningen bör man kunna överväga längre avtalstider, t.ex. mellan fem och åtta år i normalfallet.

I ett mål som rörde upphandling av barn- och ungdomstandvård i Kronobergs län (upphandlingen omfattade ca 22 000 barn och ungdomar i åldrarna 0 – 19 år) uttalade regeringsrätten att avtalstiden om tre år var acceptabel men att en förlängning på ytterligare tre år var alltför långtgående (RÅ 1999 not 1). Driften av sjukhus är enligt regeringens bedömning i allmänhet en mer komplicerad verksamhet än driften av barn- och ungdomstandvård.

En grundförutsättning för möjligheten att förlänga avtalet är att det framgår av förfrågningsunderlaget eller annonsen om upphandling. Innehåller underlaget eller annonsen ingen förlängningsklausul får avtalet således inte förlängas. Med hänsyn till kravet att de konkurrensmöjligheter som finns skall utnyttjas enligt huvudregeln om affärsmässighet i LOU, skall anskaffningar utsättas för konkurrens med jämna mellanrum. Affärsmässighetsprincipen sätter därför en gräns för möjligheterna att utnyttja en förlängningsklausul även om det angetts i annons eller förfrågningsunderlag.

Hävning av avtal

Kommunen eller landstinget har, trots att man överlåtit driften av tjänsten, kvar det yttersta ansvaret för verksamheten och skall se till att den anlitate utföraren uppfyller de bestämmelser och kvalitetskrav som gäller för verksamheten. Regeringen har uttalat att avtalen måste ge kommuner eller landsting en möjlighet att vid behov häva avtalet om verksamheten skulle slå fel (prop. 1993/94:188 s. 40). En sådan hävningsrätt kan anges under de kommersiella villkoren i samband med en upphandling.

Vid upphandling av vårdtjänster har det framkommit problem för landstingen när det gäller hur vårdbehov skall tillgodoses med tillämpning av LOU, särskilt när förfarandet drabbas av utdragna överprövningsprocesser. Dessutom finns för landstingen och de enskilda patienterna ett särskilt intresse av kontinuitet i den verksamhet som utförs på entreprenad, bl.a. för att kunna etablera och vidmakthålla en god och långsiktig relation till vårdgivaren. Från landstingen har framförts att behovet av kontinuitet kan vara svårt att tillgodose med den utformning som LOU har i dag. Regeringens bedömning är således att en allmän översyn i förenklande syfte av bestämmelserna i 6 kap. behövs. Översynen skall även omfatta en anpassning till bestämmelserna om upphandling över tröskelvärdena.

Regeringen beslutade den 7 april 2005 om tilläggsdirektiv till Upphandlingsutredningen 2004 (Fi 2004:04). Utredaren skall i det fortsatta arbetet göra en allmän översyn av bestämmelserna i 6 kap. LOU i syfte att förenkla reglerna och, i den utsträckning detta inte ingår i utredningens delbetänkande, göra en anpassning till bestämmelserna om upphandling över tröskelvärdena.

11 Ekonomiska konsekvenser och konsekvenser för små företag

Ekonomiska konsekvenser

Regeringens förslag bedöms inte ha några direkta ekonomiska effekter för landstingen vad avser förfarande, administration och liknande kostnader.

Långtidsutredningen 2003/04 skriver i sitt slutbetänkande (SOU 2004:19) att den empiriska forskningen rörande privat produktion och konkurrensutsättning av välfärdstjänster i Sverige, eller under förutsättningar som liknar de svenska, är begränsad. Konkurrensutsättning av tekniska tjänster som sophämtning och städning har i många fall medfört kostnadsbesparingar. Enligt Långtidsutredningen kan dessa resultat knappast direkt överföras till produktionen av välfärdstjänster. Välfärdstjänster är betydligt mer komplexa och det är också betydligt svårare att mäta kvaliteten på dem. Svårigheterna att skriva kontrakt och övervaka efterlevnaden kan för vissa tjänster vara så stora att transaktionskostnaderna blir höga (administrativa kostnader m.m.).

De ekonomiska effekterna av entreprenader inom hälso- och sjukvården är således omtvistade och svårbedömda. Ett exempel är de något lägre produktionskostnaderna vid S:t Görans sjukhus. Verksamheten vid sjukhuset bedrivs av det privata företaget Capio och framhålls ibland i debatten som ett positivt exempel när det gäller kostnadseffektivitet. S:t Görans sjukhus betraktades som ett kostnadseffektivt sjukhus, även före överlämnandet av driften av verksamheten till en privat entreprenör. Utredningen Vårdens Ägarformer skriver i sitt idébetänkande Vinst för vården (SOU 2002:31, s. 197) att de lägre produktionskostnaderna vid sjukhuset inte är ett resultat av konkurrens och privat ägande utan främst kan

förklaras av planeringsbeslutet att sammanföra två av Stockholms innerstadssjukhus, Sabbatsberg och S:t Göran, till ett enda.

De eventuella kostnadsbesparingar som kan uppnås om verksamhet läggs ut på entreprenad beror till viss del på hur landstingen formulerar avtalen med den private vårdgivaren. Landstingen måste tillse att deras partsintressen inte kommer i skymundan i förhållande till den private entreprenörens intressen.

Det finns kraftiga variationer mellan landstingen när det gäller hur mycket vård som köps från privata vårdgivare. År 2003 uppgick i Stockholm köpen av hälso- och sjukvård från privata vårdgivare till 22 procent av nettokostnaden för vården, vilket är den största andelen i Sverige. I Västerbotten utgjorde köpen av hälso- och sjukvård 2 procent av nettokostnaderna, vilket är den lägsta andelen i landet. Landstingens samlade köp av verksamhet från privata vårdgivare uppgick 2003 till 9,6 procent av nettokostnaderna för sjukvården.

I samtliga landsting är det främst primärvård som köps från privata vårdgivare. Landstingens samlade köp av primärvårdstjänster uppgick 2003 till 9,6 procent av nettokostnaderna för sjukvården. Denna siffra skall jämföras med landstingens köp av specialiserad somatisk vård som 2003 uppgick till 7,5 procent av nettokostnaderna (Källa: Landstingsförbundet).

En stor del av den specialiserade somatiska vården utförs utanför sjukhusen. Andelen privata entreprenader inom den slutna hälso- och sjukvården och som bedrivs vid sjukhus, var år 2000 något över 3 procent räknat i antalet anställda (SOU 2002:31, s. 75) inom hälso- och sjukvården.

Regeringens förslag innebär dels ett förbud för landstingen att överlämna driften av regionsjukhus. Det finns idag inget regionsjukhus som drivs av en privat entreprenör. Dels begränsas landstingens möjligheter att överlämna driften av sjukhus till vissa vårdgivare. Exempel på sjukhus där driften redan har överlämnats återfinns i avsnitt 6.1.

Annan hälso- och sjukvård, dvs. primärvård, specialistvård som drivs utanför sjukhus, privat etablerade och drivna sjukhus, berörs inte av regeringens förslag. Regeringens bedömning är därför att endast en mindre del av den sjukvård som drivs på entreprenad för landstingens räkning påverkas av regeringens förslag.

I övrigt begränsar regeringens förslag i viss mån andelen offentligt finansierad sjukvård där det skulle kunna vara aktuellt för ett landsting att överlämna driften av hälso- och sjukvårdsverksamhet.

För de privata entreprenörer som övertar driften av sjukhus från ett landsting skulle regeringens förslag emellertid kunna ha en negativ inverkan på entreprenörernas konkurrenskraft i förhållande till entreprenörer som driver sjukhus på marknader där vinstutdelning är tillåten.

En entreprenör som driver ett sjukhus för landstingets räkning kan med regeringens förslag, inte inom ramen för den överlåtna verksamheten skaffa sig intäkter från patienter som har en privat sjukvårdsförsäkring eller betalar vården med egna medel. Detta begränsar privata entreprenörers möjligheter till sidointäkter vilket kan medföra en negativ påverkan på de privata vårdföretagen. Marknaden för privata sjukvårdsförsäkringar i Sverige är emellertid av begränsad betydelse för de privata vårdföretagen. Capio skriver bl.a. i sitt remissvar till betänkandet Vårda vår-

den (SOU 2003:23) att mindre än en procent av deras patienter får sin sjukvård betald privat. Praktikertjänst anför att privat finansiering är och sannolikt kommer att förbli en synnerligen marginell företeelse.

Nämnas måste att antalet privata sjukvårdsförsäkringar har ökat kraftigt i Sverige de senaste åren, både i form av individuella försäkringar och i form av gruppförsäkringar. År 1999 omfattade den svenska försäkringsbranschen omkring 47 000 individuella försäkringar och 20 000 gruppförsäkringar för sjukvård. År 2003 fanns 127 000 individuella försäkringar och 77 000 gruppförsäkringar (Källa: Försäkringsförbundet).

Som beskrivits ovan kommer dock den absoluta merparten av de privata vårdgivarna även fortsättningsvis kunna ta emot patienter vars vård finansieras med privata sjukvårdsförsäkringar eller med egna medel. De av regeringen föreslagna reglerna medför således ingen skillnad för dessa entreprenörer.

Sjukvårdshuvudmännen liksom de entreprenörer som verkar inom den offentligt finansierade vården har ett berättigat intresse av att under en övergångstid kunna bedriva överlämnad verksamhet på de villkor och med den inriktning som förelåg då avtalet slöts. I avsnitt 12 lämnar regeringen förslag till särskilda övergångsbestämmelser för avtal som träffats före lagens ikraftträdandet.

Konsekvenser för små företag

Övertagande av driften av sjukhus har inte varit aktuellt för små företag eftersom drift av sjukhus i allmänhet kräver stora ekonomiska och administrativa resurser. Små företag verkar framförallt inom bl.a. primärvården och inom specialistvård som bedrivs utanför sjukhusen. Sådana verksamheter varken omfattas eller påverkas av regeringens förslag. Sammantaget bedöms de negativa konsekvenserna av regeringens förslag därför vara begränsade för små företag.

12 Ikraftträdande och övergångsbestämmelser

Regeringens förslag: Ändringarna i hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) skall träda i kraft den 1 januari 2006. Bestämmelsen i 3 § fjärde stycket 1 gäller inte avtal om drift av hälso- och sjukvård som träffats före lagens ikraftträdande så länge detta avtal gäller. Avtal om förlängning får inte träffas efter utgången av år 2011. Bestämmelsen i 3 § fjärde stycket 2 gäller inte avtal om drift av hälso- och sjukvård som träffats före lagens ikraftträdande så länge detta avtal gäller. Ett avtal som förlängs får inte stå i strid med villkoret i 3 § fjärde stycket 2.

Utredningens och promemorians förslag överensstämmer i huvudsak med regeringens förslag. Utredningens och promemorians förslag berörde emellertid inte frågan om förlängning av avtal.

Remissinstanserna: Få remissinstanser har yttrat sig över förslagen om övergångsregler. *Praktikertjänst* skriver i sitt yttrande över utredningens förslag att det är väsentligt att det skapas en övergång som inte

får retroaktiv verkan för det fall utredningens förslag leder fram till lagstiftning. Utredningens förslag ansågs i sig väl avvägt och tillräckligt. *Konkurrensverket* skriver i sitt yttrande över promemorian att frågor om avtalsperiodernas längd, i vilken utsträckning ett företag har flera avtal med ett landsting eller avtal med flera landsting, vilka företag som drabbas m.m. borde ha besvarats i samband med frågan om övergångsbestämmelser. *Sveriges Läkareförbund* skriver i sitt yttrande över promemorian att de förutsätter att lagstiftningen inte får retroaktiv verkan.

Skälen för regeringens förslag: Den föreslagna bestämmelsen i 3 § fjärde stycket 1 hälso- och sjukvårdslagen (1982:763; HSL) gäller inte avtal om drift av hälso- och sjukvård som ges vid sjukhus som träffats före lagens ikraftträdande så länge detta avtal gäller. Om landstinget eller entreprenören vill förlänga ett redan ingånget avtal får detta inte ske efter utgången av år 2011. Har landstinget däremot återtagit driften blir bestämmelsen i 3 § fjärde stycket 1 HSL tillämplig för det fall landstinget åter väljer att överlämna driften av hälso- och sjukvård vid sjukhuset.

Regeringens bedömning är att det är olämpligt att villkoret om att sjukhus skall drivas utan syfte att ge vinst åt ägaren skall gälla avtal som träffats före lagens ikraftträdande där landstinget överlämnat driften till en privat entreprenör. Sjukvårdshuvudmännen har ett berättigat intresse av att under en övergångstid kunna bedriva överlämnad verksamhet på de villkor och med den inriktning som förelåg då avtalet slöts.

De privata entreprenörer som idag verkar inom den offentligt bedrivna hälso- och sjukvården har också ett intresse av kunna bedriva sin verksamhet med ett långsiktigt perspektiv. De föreslagna regleringarna kan medföra att de entreprenörer som berörs måste omorganisera sin verksamhet eller inte längre kan utföra viss vård för landstingets räkning. En väl tilltagen övergångsperiod är enligt regeringens uppfattning därför nödvändig. I sammanhanget måste dock poängteras att en entreprenör redan idag inte kan planera sin verksamhet för en längre tid än den ursprungliga avtalstiden eftersom nya upphandlingar regelbundet skall göras och entreprenören aldrig kan vara säker på att vinna nästa upphandling. Det finns också begränsningar för hur många gånger och för hur lång tid ett avtal kan förlängas utan att en ny upphandling måste komma till stånd.

Ett särskilt problem i samband med möjligheterna till förlängning är enligt *Lagrådet*, att det kan vara ovisst i vilken utsträckning villkor i ett ursprungligt avtal kan förändras vid en förlängning. När det gäller denna fråga får vägledning hämtas i den praxis som utvecklats kring tillämpningen av lagen (1992:1528) om offentlig upphandling (LOU). En redogörelse för LOU återfinns i avsnitt 10.3.

Bestämmelserna i 3 § fjärde stycket 2 HSL gäller inte avtal om drift av hälso- och sjukvård som har träffats före lagens ikraftträdande så länge detta avtal gäller. Vill landstinget eller entreprenören förlänga ett avtal får det förlängda avtalet inte stå i strid med villkoret i 3 § fjärde stycket 2 HSL.

Regeringen anser att det är olämpligt att bestämmelserna skulle gälla omedelbart och ha en inverkan på redan ingångna avtal mellan ett landsting och en privat entreprenör. Både ett landsting och kanske den privata entreprenören i synnerhet, har ett berättigat intresse av att under avtalstiden kunna bedriva verksamheten på de villkor och med den inriktning

som förelåg då avtalet slöts. Avsaknaden av den föreslagna övergångsbestämmelsen skulle medföra att vissa privata entreprenörer inte längre skulle ha möjligheter att fortsätta bedriva verksamheten under avtals-tiden. Däremot kan det inte sägas finnas ett sådant förväntat berättigat intresse vid en förlängning av ett avtal eller ny upphandling. När det ursprungliga avtalet mellan ett landsting och en entreprenör löper ut blir ändringarna i hälso- och sjukvårdslagen således tillämpliga.

Lagrådet har anfört att en följd av de föreslagna förlängningsreglerna synes kunna bli att driftsformerna för sjukhusvård kan komma att uppvisa sådana variationer såväl inom ett landsting som mellan olika landsting under lång tid framöver att lagstiftningsingripandets effektivitet rättsligt kan te sig diskutabel.

Regeringen är medveten om att de föreslagna övergångsreglerna kan medföra att det under en övergångsperiod, i ett och samma landsting kommer att kunna finnas flera entreprenörer som driver sjukhus för landstingets räkning men där villkoren för verksamheterna är olika. Vid en avvägning mellan sjukvårdshuvudmännens och de privata entreprenörernas intresse av att överlämnad verksamhet under en övergångsperiod drivs på de villkor som förelåg då avtalet slöts och intresset av enhetlighet inom och mellan olika landsting, får det förstnämnda intresset anses väga tyngre. Nämnas kan att vårdavtal mellan landsting och privata entreprenörer redan idag kan uppvisa olikheter.

13 Författningskommentar

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

3 §

Ändringen behandlas i avsnitt 7.1 och 7.2.

Begreppet sjukhus, som utgår från den organisation som anordnar vården, beskrivs i 5 § och diskuteras i avsnitt 6.1 och 7.2.1. Den hälso- och sjukvård som avses är sådan som ges vid ett sjukhus. Den kan förutom vård som kräver intagning, sluten vård, även innefatta verksamhet som dagkirurgi och öppenvård. Denna vård kan, om man utgår från verksamhetens karaktär, vara en del av primärvården. Omfattningen av den hälso- och sjukvård som ges vid ett sjukhus avgörs av varje enskilt landsting. Det förekommer att hälso- och sjukvårdsverksamhet som ges vid ett sjukhus inte är beroende av sjukhusets organisation i övrigt och därför skulle kunna avskiljas organisatoriskt från sjukhuset. Detta skulle exempelvis kunna gälla viss teknisk och diagnostisk verksamhet där det ofta inte är frågan om någon direkt kontakt mellan hälso- och sjukvårdspersonalen och patienterna. Det finns vidare direkt patientverksamhet som skiljer sig från den mer vardagliga hälso- och sjukvården och den hög-specialiserade vården och som skulle kunna vara möjlig att avskilja från sjukhusets organisation. En överlåtelse av sådan hälso- och sjukvård som avskiljts organisatoriskt och inte tillhör sjukhuset/regionkliniken omfattas inte av 3 § fjärde och femte stycket.

Med att överlämna till någon annan att bedriva hälso- och sjukvård som ges vid ett sjukhus avses ansvaret för organisationen och förvalt-

ningen av hälso- och sjukvårdsverksamheten. Det är bland annat ledningsansvaret som åsyftas eller, med andra ord, ett överlämnande av en beslutanderätt över hur verksamheten skall bedrivas. Regleringen gäller inte sådan serviceverksamhet som städning, matleveranser och vakthållning. Förslaget innebär inte heller några inskränkningar i möjligheterna för sjukvårdshuvudmännen att anlita personal från uthyrningsföretag, kontraktera kirurgteam m.m. för att utföra behandlingar som ges vid ett sjukhus.

Bestämmelsen tar sikte på en situation där landstinget, i avtal, lämnar över uppgiften att driva det befintliga sjukhuset. Den överlämnade verksamheten skall även fortsättningsvis vara finansierad av landstinget. Entreprenören driver sjukhuset under samma tid som landstinget köper hälso- och sjukvårdstjänster från entreprenören.

Ett överlämnande till någon annan att bedriva hälso- och sjukvård som ges vid ett sjukhus som beskrivits ovan, skiljer sig från en situation där landsting överlämnar vård till en entreprenör och där vården bedrivs inom ramen för en av entreprenören etablerad verksamhet. Sådan verksamhet har en mer självständig ställning i förhållande till landstinget, även om många privata vårdgivare är beroende av avtal med landstinget. Det huvudsakliga driftsansvaret och finansieringsansvaret för verksamheten ligger här hos den private entreprenören.

Kommunallagens bestämmelser om entreprenader behandlas i avsnitt 5.

I det nya *fjärde stycket*, som utformats i enlighet med Lagrådets förslag, anges förutsättningarna för ett landsting att sluta avtal med någon annan om att utföra de uppgifter som landstinget ansvarar för enligt lagen. Förutsättningen för att ett landsting skall få överlämna uppgiften att bedriva hälso- och sjukvård som ges vid ett sjukhus är att avtalet innehåller villkor dels om att verksamheten skall drivas utan syfte att ge vinst åt ägare eller motsvarande intressent, dels om att vården uteslutande skall drivas med offentlig finansiering och vårdavgifter enligt 26 §.

Ett landsting som avser att överlämna till någon annan att bedriva hälso- och sjukvård som ges vid ett sjukhus bör försäkra sig om att den tilltänkte verksamhetsutövaren inte avser att driva verksamheten i syfte att ge vinst åt ägare och andra intressenter. För att värna de grundläggande principerna för den allmänna hälso- och sjukvården (sociala målsättningarna) fordras att det i förfrågningsunderlaget samt i avtalet uppställs som ett krav att leverantören skall verka utan att ha syfte att ge vinst åt ägare eller andra intressenter.

Begränsningen gäller vinst åt ägare, dvs. att överskott delas ut till aktieägare eller motsvarande intressenter. Med motsvarande intressenter avses här medlemmar i en ekonomisk förening och liknande. Eventuellt uppkomna överskott i sjukhusverksamheten får användas t.ex. i och för utveckling av verksamheten. Det kan handla om investeringar i teknisk och annan utrustning eller utveckling av personalens kompetens. Av bolagsordningen eller motsvarande handling samt i avtalet som tecknas mellan leverantörerna och landstinget skall det framgå att ett eventuellt överskott inte får användas för att ge ägarna vinst. Landstingen bör förvissa sig om att bestämmelserna i leverantörens bolagsordning, stadgar eller dylikt inte ger uttryck för ett annat syfte än vad avtalet gör. Landstingen bör därutöver göra en helhetsbedömning av de syften som verk-

samheten kan antas ha. Ger prövningen – grundad på arten av tidigare verksamhet m.m. – vid handen att ägarna, trots innehållet i alla relevanta handlingar, kan antas, direkt eller indirekt, komma att ta ut vinst ur verksamheten, får något överlämnande av driften av sjukhuset inte ske.

Bestämmelsen kan jämföras med den så kallade kommunala självkostnadsprincipen. Landstingens krav innebär att utförandet av uppdraget endast får täcka verksamhetens faktiska kostnader, dvs. självkostnaden. I 2 kap. 7 § kommunallagen (1991:900) stadgas som en förutsättning, för att kommunerna och landstingen skall få bedriva sedvanlig kommunal affärsverksamhet, att det sker utan vinstsyfte. Genom att ange denna förutsättning framträder skillnaden tydligt mellan det privata näringslivets klart uttalade vinstsyfte och den kommunala verksamheten, som har till uppgift att bära upp ett allmänt och samhälleligt intresse.

Någon avgränsning har inte gjorts i bestämmelsen till vilken eller vilka företagsformer som en leverantör kan ha för att kunna få uppdraget att bedriva hälso- och sjukvård som ges vid ett sjukhus för landstingets räkning.

För att ett landsting skall få överlämna uppgiften att bedriva hälso- och sjukvård som ges vid ett sjukhus till någon annan krävs vidare att den som uppgiften överlämnas till i avtal förbinder sig att uteslutande bedriva denna vård med offentlig finansiering och vårdavgifter enligt 26 §. Detta innebär att endast offentligt finansierad vård får erbjudas vid sjukhuset.

Med vård som bedrivs med offentlig finansiering avses hälso- och sjukvård som landstinget ersätter till följd av sitt ansvar enligt denna lag. Här avses även sådan vård som finansieras av annan men som landsting är skyldiga att erbjuda enligt hälso- och sjukvårdslagen (1982:763), t.ex. omedelbar vård till utländska medborgare. Som en konsekvens härav skall även vård som ges enligt bilaterala överenskommelser avses. Bestämmelsen hindrar dock inte att entreprenören tar ut vårdavgifter av patienten enligt 26 §. Entreprenören får dock inte ta ut högre vårdavgifter än landstinget tar ut för motsvarande vård. Landstinget bestämmer grunderna för vårdavgiften.

Av det nya *femte stycket*, som utformats enligt Lagrådets förslag, framgår att landstinget inte får överlämna uppgiften att bedriva hälso- och sjukvård som ges vid ett regionsjukhus till någon annan. Ett regionsjukhus skall ha resurser för att bedriva regionsjukvård, länssjukvård, länsdelssjukvård och i vissa fall rikssjukvård. Med regionsjukvård avses sjukvård som samordnas för invånarna i minst två av regionens landsting. En viktig del av regionsjukvården är högspecialiserad vård dvs. sjukvård som är forskningsnära, nyskapande, modern, investeringstung eller på annat sätt intar en framskjutande position i vården, vanligtvis med ett behov av resurskoncentration som följd. Den hälso- och sjukvård som samordnas till följd av samverkan mellan landstingen enligt bestämmelserna i 9 § är ofta sådan vård som bedrivs vid regionsjukhusen. En närmare beskrivning av begreppet regionsjukvård görs i avsnitt 7.1.

Bestämmelsen tillämpas också på regionklinker som bedriver regionsjukvård vid andra sjukhus i regionen. Med regionklinik förstås vårdenhet vid annat sjukhus än regionsjukhus som har hela sjukvårdsregionen som sitt upptagningsområde och som bedriver forskning och utvecklingsarbete. Ett länssjukhus t.ex. har sitt huvudsakliga upptagningsom-

råde i länet men vissa vårdenheter vid länssjukhuset har ett övergripande ansvar för regionsjukvård. Prop. 2004/05:145

5 §

Ändringen behandlas i avsnitt 7.3.

Genom lagändringen i *första stycket*, som utformats i enlighet med Lagrådets förslag, ställs krav på att varje landsting skall bedriva hälso- och sjukvård vid minst ett sjukhus i egen regi för att meddela sådan vård som endast kan tillgodoses genom att patienten tas in på en vårdinrättning. Ett landsting är således förhindrat att överlämna driften av samtliga sina sjukhus till annan. I detta sammanhang innefattas även regionsjukhus i begreppet sjukhus.

Ikraftträdande och övergångsbestämmelser.

Dessa frågor behandlas i avsnitt 12.

Förslag till
lag om ändring i hälso- sjukvårdslagen (1982:63)

Härigenom föreskrivs i fråga om hälso- och sjukvårdslagen (1982:763)
dels att 3 skall ska ha följande lydelse,
dels att det i lagen skall införas två nya bestämmelser, 9 och
9 §§, av följande lydelse.

Nuvarande lydelse

Föreslagen lydelse

3§

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

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

Ett landsting får sluta avtal med någon annan om att utföra de uppgifter som landstinget ansvarar för enligt denna lag. En uppgift som innefattar myndighetsutövning får dock inte med stöd av denna bestämmelse överlämnas till ett bolag, en förening, en samfällighet, en stiftelse eller en enskild individ.

Landstinget får även träffa överenskommelse med kommun, den allmänna försäkringskassan och länsarbetsnämnden om att inom ramen för landstingets uppgifter enligt denna lag samverka i syfte att uppnå en effektivare användning av tillgängliga resurser. Landstinget skall bidra till finansieringen av sådan verksamhet som bedrivs i samverkan.

Riksrevisionen får granska sådan verksamhet som bedrivits i samverkan med och delvis finansierats av försäkringskassan eller länsarbets-

nämnden. Vid en sådan granskning har Riksrevisionen rätt att ta del av de uppgifter som behövs för att granska verksamheten.

Prop. 2004/05:145
Bilaga 1

9 a §

Ett landsting får sluta avtal med någon annan om att utföra de uppgifter som landstinget ansvarar för enligt denna lag. En uppgift som innefattar myndighetsutövning får dock inte med stöd av denna bestämmelse överlämnas till ett bolag, en förening, en samfällighet, en stiftelse eller en enskild individ.

Landstinget får även träffa överenskommelse med kommun, den allmänna försäkringskassan och länsarbetsnämnden om att inom ramen för landstingets uppgifter enligt denna lag samverka i syfte att uppnå en effektivare användning av tillgängliga resurser. Landstinget skall bidra till finansieringen av sådan verksamhet som bedrivs i samverkan.

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

9 b §

Uppgiften att ansvara för driften av hälso- och sjukvårdsverksamhet som etablerats av landsting, får endast överlämnas till den som i avtal förbinder sig att inom ramen för verksamheten, uteslutande ge vård som finansieras av landsting, kommun eller utländskt rättssubjekt med motsvarande uppdrag. Vad som sägs i första stycket gäller inte när uppgiften att ansvara för driften av primärvård överlämnas.

Uppgiften att ansvara för driften av hälso- och sjukvårdsverksamhet som samordnas inom en eller mel-

lan flera sjukvårdsregioner får dock inte överlämnas till någon annan än som avses i 3 kap 17 § kommunallagen (1991:900).

Prop. 2004/05:145

Bilaga 1

På avtal som ingås före ikraftträdandet tillämpas inte 9 b §.

Remissinstanser till betänkandet Vårda Vården (SOU 2003:23)

Prop. 2004/05:145
Bilaga 2

Regeringsrätten, Svea hovrätt, Kammarrätten i Stockholm, Statskontoret, Riksförsäkringsverket, Socialstyrelsen, Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd, Statens folkhälsoinstitut, Statens beredning för medicinsk utvärdering, Nämnden för offentlig upphandling, Nutek, Konkurrensverket, Medicinska forskningsrådet, Länsstyrelsen i Stockholms län, Länsstyrelsen i Skåne län, Karolinska institutet, Stockholms universitet, Uppsala universitet, Örebro universitet, Linköpings universitet, Lunds universitet, Göteborgs universitet, Umeå universitet, Handelshögskolan i Stockholm, Stockholms kommun, Enköpings kommun, Jönköpings kommun, Kungsbacka kommun, Malmö kommun, Karlstads kommun, Västerås kommun, Östersunds kommun, Skellefteå kommun, Gotlands kommun, Landstinget i Stockholms län, Landstinget i Uppsala län, Landstinget i Södermanlands län, Landstinget i Östergötlands län, Landstinget i Jönköpings län, Landstinget i Kronobergs län, Landstinget i Kalmar län, Landstinget i Blekinge län, Landstinget i Skåne län, Landstinget i Hallands län, Landstinget i Västra Götalands län, Landstinget i Värmlands län, Landstinget i Örebro län, Landstinget i Västmanlands län, Landstinget i Dalarnas län, Landstinget i Gävleborgs län, Landstinget i Västernorrlands län, Landstinget i Jämtlands län, Landstinget i Västerbottens län, Landstinget i Norrbottens län, Landstingsförbundet, Svenska Kommunalarbetsförbundet, SACO, TCO, LO, Vårdförbundet, Svenska Kommunalarbetsförbundet, Sveriges läkarförbund, Svenska privatläkarföreningen, Svensk Sjuksköterskeförening, Svenska läkaresällskapet, Arbetsgivaralliansen, Företagarnas riksorganisation, Svenskt näringsliv, Vårdföretagarna, Föreningen auktoriserade revisorer, Svenska revisors-samfundet, Sveriges redovisningskonsulters förbund, Försäkringsförbundet, Handikappförbundens Samarbetsorgan, Beställarnätverket, Bräcke Diakonigård, CAPIO AB, Carema, Ersta diakonisällskap, Länsförsäkringar, Kooperativa institutet, M & M Medical, Praktikertjänst AB

Författningsförslag från promemorian om överlämnande av ansvaret för driften av sjukhus till privata entreprenörer

Prop. 2004/05:145
Bilaga 3

Härigenom föreskrivs att 3 och 5 §§ hälso- och sjukvårdslagen (1982:763)¹ skall ha följande lydelse

Nuvarande lydelse

Föreslagen lydelse

3 §²

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

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

Ett landsting får sluta avtal med någon annan om att utföra de uppgifter som landstinget ansvarar för enligt denna lag. En uppgift som innefattar myndighetsutövning får dock inte med stöd av denna bestämmelse överlämnas till ett bolag, en förening, en samfällighet, en stiftelse eller en enskild individ.

Om landstinget överlämnar ansvaret för driften av hälso- och sjukvård som ges vid ett sjukhus till annan skall avtalet innehålla villkor om att verksamheten inte får drivas med syfte att skapa vinst åt ägare eller motsvarande intressent.

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

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

¹ Lagen omtryckt 1992:567.

² Lydelse enligt prop.2003/04:152.

För hälso- och sjukvård som kräver intagning i vårdinrättning skall det finnas sjukhus. Vård som ges under sådan intagning benämns sluten vård. Annan hälso- och sjukvård benämns öppen vård. Primärvården skall som en del av den öppna vården utan avgränsning vad gäller sjukdomar, ålder eller patientgrupper svara för befolkningens behov av sådan grundläggande medicinsk behandling, omvårdnad, förebyggande arbete och rehabilitering som inte kräver sjukhusens medicinska och tekniska resurser eller annan särskild kompetens.

Varje landsting skall ansvara för driften av minst ett sjukhus.

Landstinget skall organisera primärvården så att alla som är bosatta inom landstinget får tillgång till och kan välja en fast läkarkontakt. En sådan läkare skall ha specialistkompetens i allmänmedicin. Landstinget får inte begränsa den enskildes val till ett visst geografiskt område inom landstinget.

Denna lag träder i kraft den 1 mars 2005. Bestämmelsen i 3 § fjärde stycket gäller inte hälso- och sjukvårdsverksamhet som vid ikraftträdandet drivs enligt avtal med landstinget så länge detta avtal gäller.

³ Senaste lydelse 1998:1654.

Remissinstanser till promemorian Överlämnande av ansvaret för driften av sjukhus till privata entreprenörer S2004/4905/HS

Prop. 2004/05:145
Bilaga 4

Kammarrätten i Stockholm, Kammarrätten i Sundsvall, Statskontoret, Socialstyrelsen, Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd, Statens folkhälsoinstitut, Statens beredning för medicinsk utvärdering, Nämnden för offentlig upphandling, Nutek, Konkurrensverket, Kommerskollegium, Karolinska institutet, Stockholms universitet – juridiska fakulteten, Linköpings universitet, Lunds universitet – juridiska fakulteten, Umeå universitet, Handelshögskolan i Stockholm, 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 Götalands läns landsting, Värmlands läns landsting, Örebro läns landsting, Västmanlands läns landsting, Dalarnas läns landsting, Gävleborgs läns landsting, Västernorrlands läns landsting, Jämtlands läns landsting, Västerbottens läns landsting, Norrbottens läns landsting, Landstingsförbundet, Svenska Kommunförbundet, SACO, TCO, LO, Vårdförbundet, Svenska Kommunalarbetsareförbundet, Sveriges läkarförbund, Svenska privatläkarföreningen, Arbetsgivaralliansen, Företagarnas riksorganisation, Svenskt näringsliv, Vårdföretagarna, Föreningen auktoriserade revisorer, Svenska revisorssamfundet, Sveriges redovisningskonsulters förbund, Försäkringsförbundet, Handikappförbundens Samarbetsorgan, Beställarnätverket, Bräcke Diakonigård, CAPIO AB, Carema, Ersta diakonisällskap, Riksföreningen för vård- och omsorgsföretag utan vinstutdelning, Möseberg Kurort AB, Kooperativa institutet, M & M Medical, Praktiker-tjänst AB, Spenshult, Sophiahemmet, Röda Korsets sjukhus, Svenska Röda Korset

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

Härigenom föreskrivs att 3 och 5 §§ hälso- och sjukvårdslagen (1982:763)¹ skall ha följande lydelse.

Nuvarande lydelse

Föreslagen lydelse

3 §²

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

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

Ett landsting får sluta avtal med någon annan om att utföra de uppgifter som landstinget ansvarar för enligt denna lag. En uppgift som innefattar myndighetsutövning får dock inte med stöd av denna bestämmelse överlämnas till ett bolag, en förening, en samfällighet, en stiftelse eller en enskild individ.

Överlämnar landstinget ansvaret för driften av hälso- och sjukvård som ges vid ett sjukhus till någon annan, skall avtalet innehålla villkor om

1. att verksamheten skall drivas utan syfte att skapa vinst åt ägare eller motsvarande intressent, och

2. att vården skall bedrivas uteslutande med offentlig finansiering och vårdavgifter enligt 26 §.

Ansvaret för driften av hälso- och sjukvård som ges vid ett regionsjukhus eller en regionklinik får inte överlämnas till någon annan.

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

¹ Lagen omtryckt 1992:567.

² Senaste lydelse 2004:812.

ser får landstinget delta i finansiell samordning inom rehabiliteringsområdet.

Prop. 2004/05:145
Bilaga 5

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

5 §³

För hälso- och sjukvård som kräver intagning i vårdinrättning skall det finnas sjukhus. Vård som ges under *sådan* intagning benämns slutna vård. Annan hälso- och sjukvård benämns öppen vård. Primärvården skall som en del av den öppna vården utan avgränsning vad gäller sjukdomar, ålder eller patientgrupper svara för befolkningens behov av sådan grundläggande medicinsk behandling, omvårdnad, förebyggande arbete och rehabilitering som inte kräver sjukhusens medicinska och tekniska resurser eller annan särskild kompetens.

För hälso- och sjukvård som kräver intagning i vårdinrättning skall det finnas sjukhus. *Varje landsting skall ansvara för driften av minst ett sjukhus.* Vård som ges under intagning benämns slutna vård. Annan hälso- och sjukvård benämns öppen vård. Primärvården skall som en del av den öppna vården utan avgränsning vad gäller sjukdomar, ålder eller patientgrupper svara för befolkningens behov av sådan grundläggande medicinsk behandling, omvårdnad, förebyggande arbete och rehabilitering som inte kräver sjukhusens medicinska och tekniska resurser eller annan särskild kompetens.

Landstinget skall organisera primärvården så att alla som är bosatta inom landstinget får tillgång till och kan välja en fast läkarkontakt. En sådan läkare skall ha specialistkompetens i allmänmedicin. Landstinget får inte begränsa den enskildes val till ett visst geografiskt område inom landstinget.

1. Denna lag träder i kraft den 1 juli 2005.

2. Bestämmelsen i 3 § fjärde stycket 1 gäller inte hälso- och sjukvård som vid ikraftträdandet drivs enligt avtal med landstinget så länge detta avtal gäller. Avtalet får förlängas, dock inte efter utgången av år 2011.

3. Bestämmelsen i 3 § fjärde stycket 2 gäller inte hälso- och sjukvård som vid ikraftträdandet drivs enligt avtal med landstinget så länge detta avtal gäller. Ett avtal som förlängs får inte stå i strid med villkoret i 3 § fjärde stycket 2.

Utdrag ur protokoll vid sammanträde 2005-04-04

Närvarande: f.d. regeringsrådet Karl-Ingvar Rundqvist, justitierådet Torgny Håstad och regeringsrådet Göran Schäder.

Driftsformer för offentligt finansierade sjukhus

Enligt en lagrådsremiss den 10 mars 2005 (Socialdepartementet) har regeringen beslutat inhämta Lagrådets yttrande över förslag till lag om ändring i hälso- och sjukvårdslagen (1982:763).

Förslaget har inför Lagrådet föredragits av ämnessakkunniga Annette Norman, biträdd av kanslirådet Mats Nilsson.

Förslaget föranleder följande yttrande av Lagrådet:

Allmänt

Med verkan fr.o.m. år 1993 infördes i hälso- och sjukvårdslagen i konkurrensfrämjande och klaggörande syfte bestämmelser som ger stöd för att ett landsting eller en kommun träffar avtal med annan om att utföra uppgifter som landstinget respektive kommunen svarar för enligt lagen. Undantag görs därvid för uppgifter som innefattar myndighetsutövning. Motsvarande reglering infördes samtidigt i socialtjänstlagen, tandvårdslagen och den dåvarande lagen om försöksverksamhet med kommunal primärvård. Till bakgrunden hör vidare att en tidsbegränsad lag – lagen (2000:1440) om inskränkning i landstingens rätt att överlämna driften av akutsjukhus till annan – var gällande åren 2001 och 2002, men därefter inte förlängdes. Den inskränkning som det gällde var formulerad så, att uppgiften att ansvara för driften av akutsjukhus inte fick överlämnas till den som avsåg att driva verksamheten med syfte att skapa vinst åt ägare eller motsvarande intressent.

I lagrådsremissen föreslås nu att kompletterande bestämmelser tas in i hälso- och sjukvårdslagen för att inskränka landstingens möjligheter att genom avtal med någon annan överlämna driften av hälso- och sjukvård som ges vid sjukhus. Med avseende på hälso- och sjukvård som ges vid regionsjukhus eller en regionklinik förbjuds sådant överlämnande helt. För hälso- och sjukvård vid övriga sjukhus föreslås den begränsningen att avtalet, för att överlämnande skall få ske, måste innehålla villkor om att den överlämnade verksamheten skall drivas utan vinstsyfte och att vården skall bedrivas uteslutande med offentlig finansiering och vårdavgifter som är maximerade enligt lagens 26 §. Det föreslås där jämte att krav skall ställas på varje landsting att det skall ansvara för driften av hälso- och sjukvård vid minst ett sjukhus.

Remissens förslag beträffande regionsjukvården motiveras med att karaktären på denna vård – till stor del högspecialiserad vård – gör att den måste koncentreras till få platser i landet, hålla hög beredskap för små patientgrupper, styras i samklang med inriktningen på den medicinska

forskningen samt utnyttjas för grundutbildning av läkare. Förslaget i denna del kan möjligen ge upphov till tvekan med hänsyn till användningen av begreppen regionsjukhus och regionklinik som inte är författningsmässigt definierade. I den mån detta skulle leda till en icke avsedd tillämpning vid tolkning av förbudets omfattning kan det som sägs i det följande om avsaknad av sanktionsmöjligheter vara av betydelse.

För annan vård som ges på sjukhus (såväl sluten vård som öppen vård) framstår det som osäkert huruvida lagförslaget kommer att få åsyftad effekt. Bakom förslaget i denna del ligger framför allt tanken att vinstutdelande entreprenader på området kan leda till en utveckling i riktning bort från de grundläggande mål och principer som hälso- och sjukvårdslagstiftningen nu bygger på och att sådana entreprenader därför inte bör godtas. En reglering i föreslagen utformning utifrån villkor om avsaknad av vinstsyfte kan enligt Lagrådets mening ge tillämpnings- och kontrollproblem. Jfr Lagrådets synpunkter på kringgående av ett motsvarande rekvisit beträffande vinstsyfte som upptogs i det tidigare lagstiftningsärendet om driften av akutsjukhus (prop. 2000/01:36 s. 33). I förevarande remiss anförs i motiven (avsnitt 7.2.1) att det vid sidan av vinstmedelsöverföring genom aktieutdelning finns andra situationer som i sammanhanget kan jämföras med vinstutdelning, varvid olika exempel på sådana situationer omnämns. Remissen hänvisar härvidlag till att risken för kringgående från entreprenörens sida minskar betydligt om landstingen på lämpligt sätt försäkras om att den tilltänkte entreprenören inte avser att tillgodogöra sig vinst och sedan under avtalstiden noga kontrollerar den överlämnade verksamheten. Som Lagrådet ser det kan det inte genom förarbetsuttalanden av detta slag säkerställas att en enhetlig och konsekvent tillämpning av rekvisitet om frånvaro av vinstsyfte uppnås. Beaktas bör bl.a. att det inte bara är på entreprenörssidan utan också i vissa fall på landstingssidan (jfr utfallet av remissbehandlingen i ärendet) som det kan tänkas finnas ett intresse av en snäv uttolkning av lagtextens rekvisit.

Lagrådet vill vidare framhålla att det med hänsyn till landstingens principiella frihet att i övrigt bestämma hur hälso- och sjukvårdsverksamhet skall organiseras synes finnas betydande möjligheter att arrangera och avtala om ändringar i vårdformer som gör att vården eller delar av den inte säkert kan hänföras till sjukhusvård och därför undgår att träffas av regleringen.

I anslutning till det sagda kan konstateras att några direkta sanktioner inte har kopplats till överträdelse av förbuds- och villkorsbestämmelserna. I remissen hänvisas till att de möjligheter till överprövning som finns inom ramen för laglighetsprövning enligt kommunallagen och prövning enligt lagen om offentlig upphandling bedöms som tillräckliga för att säkerställa att den föreslagna regleringen efterlevs. Vad gäller laglighetsprövningen kan noteras, så som också skett i remissen, att denna är begränsad i olika avseenden. En grundläggande begränsning är att domstols upphävande av ett överklagat kommunalt beslut inte medför att något annat beslut sätts i det upphävda beslutets ställe. Har verkställighet redan skett skall beslutsorganet visserligen se till att verkställigheten rättas, men med den reservationen att så skall ske i den utsträckning som det är möjligt. Av detta följer att ett civilrättsligt entreprenadavtal som upptar villkor som inte är förenliga

med remissförslaget inte kan förutsättas bli hävt av landstinget (jfr Konkurrensverkets remissyttrande som redovisats i detta avseende på s. 43). Om ett verkningsfullt remedium mot överträdelse av föreslagna förbud eller villkor saknas, bäddar det gärna för bristande likformighet i tillämpningen. Begränsningar i kommunallagens överprövningssystem finns för övrigt också i fråga om klagorätten (såväl beträffande vem som är klagoberättigad som beträffande den tidsfrist inom vilken överklagande skall ske). Såvitt angår lagen om offentlig upphandling är särskilt att märka att klagorätt finns endast för kretsen av potentiella leverantörer och att överprövningen givetvis omfattar endast brott mot lagens upphandlingsregler. Slutligen kan tillfogas att hälso- och sjukvårdslagen inte upptar någon bestämmelse om tillsyn över lagens efterlevnad; Socialstyrelsens tillsyn vad gäller hälso- och sjukvård grundar sig främst på lagen om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område och är inte inriktad på sådana frågor det nu gäller.

Sammanfattningsvis finner Lagrådet att förslaget ger upphov till tvekan om det är konstruerat så att en väsentligen likartad tillämpning uppnås i landstingen. Lagrådets tveksamhet understryks av vad som i det följande anförs om den föreslagna övergångsregleringen.

Förslagets närmare utformning

Lagrådet finner anledning att peka på behovet av att anpassa de nya bestämmelserna till hälso- och sjukvårdslagens grundläggande reglering av landstingens vårdskyldighet liksom till den år 1993 införda regleringen av möjligheten att lägga ut verksamhet på entreprenad. Som lagen är uppbyggd är landstingets allmänna ansvar för att erbjuda en god hälso- och sjukvård åt dem som är bosatta inom landstinget eller är kvarskrivna och stadigvarande vistas där (3 § första stycket) fullt och odelat, med undantag bara för sådan vård som en kommun inom landstinget svarar för enligt särskilda bestämmelser i lagen. När ett landsting utnyttjar möjligheten att träffa entreprenadavtal med annan (3 § tredje stycket) innebär det inte att det lagfästa ansvaret i något avseende frångår landstinget och förs över på entreprenören. I enlighet härmed är bestämmelsen i 3 § tredje stycket formulerad så, att ett landsting får sluta avtal med någon annan ”om att utföra de uppgifter landstinget ansvarar för enligt denna lag.” Vid sådant förhållande bör undvikas att, på sätt som skett i de föreslagna nya fjärde och femte styckena i samma paragraf, föreskriva att ansvaret för driften av hälso- och sjukvård överlämnas respektive inte får överlämnas. Bestämmelsen i nya fjärde stycket skulle i stället kunna inledas enligt följande: ”Överlämnar landstinget enligt tredje stycket till någon annan att bedriva hälso- och sjukvård som ges vid ett sjukhus, skall avtalet ...”. Det nya femte stycket kunde då inledas med orden: ”Uppgiften att bedriva hälso- och sjukvård som ges vid ett regionsjukhus ...”. I fråga om den enligt förslaget i 5 § infogade bestämmelsen bör också en omformulering ske, förslagsvis så att den ges lydelsen: ”Varje landsting skall bedriva hälso- och sjukvård vid minst ett sjukhus utan att uppgift överlämnas enligt 3 § tredje och fjärde styckena.”

Enligt övergångsbestämmelserna (punkterna 2 och 3) skall bestämmelserna i det nya fjärde stycket i 3 § inte gälla hälso- och sjukvård som vid

ikraftträdandet drivs (bör nog vara ”bedrivs”) enligt avtal med landstinget så länge detta avtal gäller. Avtalet får förlängas. Förlängning får enligt punkt 2 dock inte avtalas efter utgången av år 2011. Sker förlängning får avtalet därom enligt punkt 3 inte strida mot villkoret i 3 § fjärde stycket 2 om offentlig finansiering och maximerade vårdavgifter.

Den föreslagna övergångsregleringen ger således möjlighet för de landsting och entreprenörer som vid ikraftträdandet av lagändringarna har entreprenadavtal av aktuellt slag att under avtalsperioden, sådan den då kan vara bestämd, bedriva verksamheten på de villkor och med den inriktning som gällde vid samma tillfälle. Möjlighet ges därtill att intill år 2012 förlänga träffade avtal. Därvid görs ingen begränsning av den tid ett förlängningsavtal får avse; förlängning skulle i vart fall teoretiskt kunna ske för obegränsad tid.

En följd av förlängningsreglerna i föreslagen utformning synes kunna bli att driftsformerna för sjukhusvård kan komma att uppvisa sådana variationer såväl inom ett landsting som mellan olika landsting under lång tid framöver, att lagstiftningsingripandets effektivitet rättsligt kan te sig diskutabel. Ett särskilt problem i samband med möjligheterna till förlängning är att det kan vara ovisst i vilken utsträckning – bortsett från det övergångsvis reglerade villkoret om finansieringen – villkor i ett ursprungligt avtal kan ändras vid en förlängning. Ur tillämpningens synvinkel bör frågan vara förtjänt av att belysas under ärendets fortsatta behandling.

Utdrag ur protokoll vid regeringssammanträde den 21 april 2005

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

Föredragande: Statsrådet Y. Johansson

Regeringen beslutar proposition 2004/05:145 Driftsformer för offentligt finansierade sjukhus