

Kommittédirektiv

Ordning och reda i vården



Dir.
2017:128

Beslut vid regeringssammanträde den 18 december 2017

Sammanfattning

Målet för hälso- och sjukvården är en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen. Vården ska ges med respekt för alla människors lika värde och för den enskilda människans värdighet. Den som har det största behovet av hälso- och sjukvård ska ges företräde till vården. Vinst som incitament kan motverka intentionerna i hälso- och sjukvårdslagen. En särskild utredare ges i uppdrag att lämna förslag som syftar till att få bort vinstjakten ur vården samt till att skattemedel används till det de är avsedda för i hälso- och sjukvårdssektorn, dvs. att på ett effektivt sätt uppnå målen i hälso- och sjukvårdslagen. Utredningen ska också ta hänsyn till de olika förutsättningar och regelverk som finns inom olika delar av hälso- och sjukvården. Utredningen ska komplettera redan genomförda samt pågående utredningar på området. Det är angeläget att regeringen får en samlad bild av hur skattemedel kan användas på ett bättre sätt för att utveckla hälso- och sjukvården. Det övergripande syftet är att, givet befintlig ansvarsfördelning för hälso- och sjukvården, säkerställa möjligheterna för en jämlik vård för dem som har de största behoven. Patientens bästa ska vara utgångspunkten för de beslut som fattas i hälso- och sjukvården.

Det är viktigt att styrsystem i hälso- och sjukvården utformas så att såväl privata som offentliga vårdgivare – även så kallade nätdoktorer – tar ansvar för att tillhandahålla vård efter behov på lika villkor. I detta ansvar ingår exempelvis förebyggande folkhälsoarbete, forskning och utbildning av personal.

Utredaren ska göra följande:

- Med utgångspunkt i tillitsbaserad styrning analysera och överväga olika alternativ när det gäller vilka styrsystem för hälso- och sjukvården som bäst överensstämmer med målsättningarna i hälso- och sjukvårdslagen, och med principen om vård efter behov på lika villkor till hela befolkningen. Det innefattar att med denna utgångspunkt även se över lagen (2008:962) om valfrihetssystem, förkortad LOV. Analys av och överväganden om hur systemen kan förändras och utvecklas ska tas fram efter dialog med professionerna, så att systemet gynnar en utveckling där deras kunskap och erfarenhet tas tillvara.
- Utifrån Tillitsdelegationens delbetänkande (SOU 2017:56) kartlägga och analysera möjligheter och begränsningar att via förändringar i vårdsystemens ersättnings- och finansieringsmodeller främja en behovsstyrd vård.
- Följa upp och redovisa om skillnader i vårdutnyttjande varierar mellan patientgrupper med olika socioekonomiska förutsättningar.
- Kartlägga och analysera användandet av stafettläkare och annan inhyrd vårdpersonal, i öppenvården såväl som i slutenvården, och lämna förslag på hur en kontinuerlig vård kan främjas genom att användandet av inhyrd vårdpersonal minskas.
- Utredda behov och förutsättningar för, samt för- och nackdelar med att införa viss tillståndsprövning eller alternativ till sådan prövning inom hälso- och sjukvårdsområdet. Utredaren ska exempelvis analysera förutsättningarna med utgångspunkt i den modell som Ägarprövningsutredningen och Valfrihetsutredningen föreslår för socialtjänstlagen (2001:453), lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade, förkortad LSS, och verksamhet enligt skollagen (2010:800).

Uppdraget ska delredovisas senast den 15 juni 2018. De delar som ska delredovisas är utgångspunkterna för mer ändamålsenliga styrsystem samt sammanställningen av skillnader i vårdutnyttjande. Uppdraget ska i övrigt redovisas senast den 31 december 2018.

Hälso- och sjukvården i Sverige

Utredningens uppdrag omfattar hälso- och sjukvård enligt hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), förkortad HSL. Med hälso- och sjukvård avses enligt lagen åtgärder för att medicinskt förebygga, utreda och behandla sjukdomar och skador. Även sjuktransporter och omhändertagande av avlidna utgör hälso- och sjukvård enligt lagen (2 kap. 1 § HSL). Hälso- och sjukvård delas in i sluten och öppen vård. Slutens vård ges till patienter under intagning i vårdinrättning, dvs. vanligtvis sjukhus, medan öppen vård definieras som annan hälso- och sjukvård, dvs. vård som inte ges under intagning (2 kap. 4 och 5 §§ HSL). Med primärvård avses hälso- och sjukvårdsverksamhet där öppen vård ges utan avgränsning vad gäller sjukdomar, ålder eller patientgrupper. Primärvården svarar för behovet av sådan grundläggande medicinsk behandling, omvårdnad, förebyggande arbete och rehabilitering som inte kräver sjukhusens medicinska och tekniska resurser eller annan särskild kompetens (2 kap. 6 § HSL). Vad som anses vara primärvård varierar geografiskt och över tid.

Ansvar för hälso- och sjukvården

Målet med hälso- och sjukvården är en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen. Vården ska ges med respekt för alla människors lika värde och för den enskilda människans värdighet. Den som har det största behovet av hälso- och sjukvård ska ges företräde till vården (3 kap. 1 § HSL).

Ansvar för hälso- och sjukvården delas mellan staten, landstingen och kommunerna. Det är dock landstingen som har det huvudsakliga ansvaret för att tillhandahålla hälso- och sjukvård. Landstingens ansvar omfattar både primärvården, den öppna specialiserade vården och slutenvården. Landstinget ska erbjuda en god hälso- och sjukvård åt bl.a. dem som är bosatta inom landstinget men även öppen vård åt patienter som omfattas av ett annat landstings ansvar för hälso- och sjukvård om patienterna väljer vård i landstinget, 8 kap. 1–3 §§ HSL. Landstingets ansvar omfattar emellertid inte sådan hälso- och sjukvård som en kommun har ett uttryckligt ansvar för (8 kap. 6 § HSL).

Kommunerna ansvarar för att erbjuda hälso- och sjukvård till de personer som bor i vissa särskilda boendeformer och till dem som deltar i dagverksamhet (12 kap. 1 § HSL). Alla landsting utom Stockholms läns landsting har dessutom, med stöd av 14 kap. 1 § HSL, lämnat över ansvaret att erbjuda hälso- och sjukvård som ges i hemmet, s.k. hemsjukvård, till kommunerna. I kommunernas ansvar ingår inte hälso- och sjukvård som ges av läkare (12 kap 3§ HSL).

Kommuner och landsting kan lämna över vården till privata utförare

Enligt 3 kap. 16 § kommunallagen (1991:900), förkortad KL, får kommuner och landsting, efter beslut i fullmäktige, lämna över vården av en kommunal angelägenhet till en juridisk person eller en enskild individ. I 15 kap. 1 § HSL anges dessutom att landsting och kommuner med bibehållet huvudmannaskap får sluta avtal med någon annan om att utföra de uppgifter som landstinget eller kommunen ansvarar för enligt lagen. Detta innebär att kommuner och landsting kan välja att antingen bedriva verksamheten i egen regi eller anlita en privat utförare. När det gäller primärvård så finns det emellertid särskilda regler som inskränker landstingens handlingsfrihet genom kravet i 7 kap 3 § HSL att arrangera vårdvalssystem i primärvården.

I de fall en kommun eller ett landsting överlämnar vården av en kommunal angelägenhet till en privat utförare är kommunen eller landstinget fortfarande huvudman för den kommunala angelägenheten. Huvudmannen har alltid det övergripande ansvaret för verksamheten och ska se till att verksamheten bedrivs i enlighet med de mål och riktlinjer som fullmäktige har bestämt samt de föreskrifter som gäller för verksamheten (6 kap. 7 § KL). I ansvaret ingår att bestämma verksamhetens mål, inriktning, omfattning och kvalitet. Huvudmannaskapet innebär även en skyldighet att utforma förfrågningsunderlag och avtal på ett sådant sätt att verksamheten hos de privata utförarna kvalitetsmässigt bedrivs på den av kommunen eller landstinget önskade nivån. Kommunerna och landstingen har således ett ansvar för att ställa tillräckliga och relevanta krav i avtalen med de privata

vårdgivarna. Kommunen respektive landstinget ska även, genom avtal med den privata utföraren, tillförsäkra sig information som gör det möjligt att ge allmänheten insyn i den verksamhet som lämnas över (3 kap. 19 a § KL).

Arbetsgivaren har ansvar för att rekrytera, behålla och utveckla sin personal.

Privata aktörer i hälso- och sjukvården

Landsting och kommuner kan överlämna uppgiften att bedriva hälso- och sjukvårdsverksamhet till privata utförare genom upphandling enligt lagen (2016:1145) om offentlig upphandling eller genom att införa ett valfrihetssystem enligt lagen (2008:962) om valfrihetssystem. Sedan 2010 är det obligatoriskt för landstingen att ha vårdvalssystem inom primärvården (mer om detta i kommande avsnitt). Landstingen kan även sluta samverkansavtal med stöd av lagen (1993:1651) om läkarvårdsersättning eller lagen (1993:1652) om ersättning för fysioterapi. Vid en upphandling och inom valfrihetssystem följer ersättningen av avtalet och bestäms därmed lokalt. När det gäller läkarvårdsersättning och ersättning för fysioterapi så följer ersättningen av nationella taxor. Inom ett vårdvalssystem följer ersättningen patientens val.

Under 2000-talet har andelen verksamhet som bedrivs i enskild regi ökat. Landstingens köp av hälso- och sjukvård av privata leverantörer ökade exempelvis från 10,2 procent av nettokostnaderna 2006 till 13,7 procent 2015. Motsvarande siffror för kommunernas köp av vård och omsorg från privata leverantörer var 11,6 respektive 17,4 procent. Andelen privata utförare varierar såväl mellan olika kommuner och landsting som mellan de olika verksamheterna.

Inom hälso- och sjukvården svarade de tre största privata aktörerna, Capio, Praktikertjänst och Aleris, för 51 procent av landstingens köp av privata hälso- och sjukvårdstjänster 2013. Inom hälso- och sjukvården finns det också många mindre privata aktörer, bl.a. de s.k. taxeläkarna. Enligt en rapport från Vårdföretagarna hade 2013 över 11 000 av företagen 0–19 anställda medan 59 stycken hade fler än 250 anställda. Inom den vård och omsorg som kommunerna köper av privata företag dominerade

2013 sju koncerner där de största var Attendo, Ambea och Humana. De tio största företagen stod för cirka 62 procent av kommunernas totala köp av omsorgstjänster 2013.

Kontroll av privata utförare – huvudmännens uppföljningsansvar

När vården av en kommunal angelägenhet har lämnats över till en privat utförare genom avtal ska kommunen respektive landstinget kontrollera och följa upp verksamheten (3 kap. 19 § KL). För att fullgöra det ansvar som följer av huvudmannaskapet måste kommunerna och landstingen kontrollera och följa upp att verksamhet som bedrivs av privata utförare följer de föreskrifter som finns på området samt övriga krav som följer av det avtal som slutits med den privata utföraren. Den exakta omfattningen av denna kontroll kan variera mellan olika områden, men huvudmannaskapet innebär att kommunen eller landstinget alltid måste utöva någon form av kontroll för att kunna uppfylla sina skyldigheter.

Kontroll av privata utförare – tillståndskrav

Det krävs som huvudregel inte tillstånd för att enskilda ska få bedriva verksamhet inom hälso- och sjukvårdens område. Tillstånd krävs emellertid för blodverksamhet, inrättningar som utför aborter, vävnadsinrättningar och verksamhet för sprututbyte. Såväl offentliga som privata utförare ska anmäla sin verksamhet till Inspektionen för vård och omsorg (IVO). IVO ska föra register över de aktörer som har anmält att de ska bedriva hälso- och sjukvårdsverksamhet (2 kap. 1 och 4 §§ patientsäkerhetslagen [2010:659]).

Krav på tillstånd är vanligt inom välfärden

Krav på tillstånd för att vara aktiv inom välfärdsområdet är vanliga inom flera andra delar av välfärdssektorn. Vad som krävs för ett tillstånd skiljer sig åt mellan de olika sektorerna. Inom socialtjänstområdet ställs krav på tillstånd för att bedriva viss typ av verksamhet, t.ex. hem för vård eller boende (HVB). För

exempelvis hemtjänst råder idag ingen tillståndsplikt. Sedan 15 april 2017 råder tillståndsplikt för entreprenader och konsulentstöd till familje- och jourhem i socialtjänsten. För stora delar av den verksamhet som bedrivs enligt LSS ställs krav i en tillståndsprövning.

Krav på tillstånd inom hälso- och sjukvårdssektorn har utretts förut

Frågan om tillstånd inom hälso- och sjukvårdssektorn har utretts förut: Ägarprövningsutredningen (Krav på privata aktörer i välfärden, SOU 2015:7) konstaterade att när det gäller utförare av hälso- och sjukvård fanns det vid den tidpunkten inte tillräckliga skäl att föreslå en tillståndsplikt. Inom hälso- och sjukvården finns reglerade yrken och mer självständiga professioner med ett personligt ansvar, som på ett annat sätt kan förväntas säkra kvaliteten än inom exempelvis hemtjänsten, konstaterar utredningen. Landstingen har dessutom bl.a. på grund av sin storlek generellt sett bättre förutsättningar att skapa en väl fungerande upphandlings- och uppföljningsorganisation än vad som kan vara fallet för exempelvis mindre kommuner. Att samtliga utförare inom hälso- och sjukvården ska anmäla sig till IVO innebär att det även finns förutsättningar för statlig tillsyn inom hälso- och sjukvården. Ägarprövningsutredningen lyfter därmed fram flera skäl till att inte föreslå en tillståndsplikt inom hälso- och sjukvården. Samtidigt framhåller utredningen att hälso- och sjukvård i flera länder omfattas av tillståndsplikt, och att det kan finnas skäl att överväga ett krav på tillstånd även i Sverige om behov uppstår.

Vårdvalsreform

Landstingen fick 2009 möjlighet att organisera ett fritt vårdval i primärvården genom lagen om valfrihetssystem, förkortad LOV. Det blev obligatoriskt att genomföra vårdvalssystem i primärvården 2010. I 7 kap. 3 § HSL anges att landstinget ska organisera primärvården så att alla som omfattas av landstingets ansvar för hälso- och sjukvård kan välja utförare av hälso- och sjukvårdstjänster samt få tillgång till och välja en fast läkarkontakt

(vårdvalssystem). Landstinget får inte begränsa den enskildes val till ett visst geografiskt område inom landstinget. Landstinget ska utforma vårdvalssystemet så att alla utförare behandlas lika, om det inte finns skäl för något annat. Ersättningen från landstinget till utförare inom ett vårdvalssystem ska följa den enskildes val av utförare. När landstinget beslutat att införa ett vårdvalssystem ska LOV tillämpas.

LOV fastställer bl.a. den upphandlande myndighetens informationsansvar: Den upphandlande myndigheten ska till enskilda lämna information om samtliga leverantörer som myndigheten tecknat kontrakt med inom ramen för valfrihetssystemet. Informationen ska vara saklig, relevant, jämförbar, lättförståelig och lättillgänglig. För den enskilde som inte väljer leverantör ska den upphandlande myndigheten tillhandahålla ett ickevalsalternativ (9 kap. 1 och 2 §§ LOV).

Villkoren enligt LOV innebär, till skillnad från upphandling enligt lagen om offentlig upphandling (2016:1145), att alla leverantörer som uppfyller lagens och landstingets krav fritt får etablera sig. Detta innebär i praktiken att utförarna konkurrerar om patienterna och att landstinget endast definierar primärvårdsuppdraget, vad som ersätts och ersättningsnivåer. Landstinget kan alltså inte bestämma vem som utför vården eller var den ska utföras.

Andra utredningar och insatser inom hälso- och sjukvårdssektorn

Den nationella samordnaren för effektivare resursutnyttjande inom hälso- och sjukvården överlämnade 2016 betänkandet Effektiv vård (SOU 2016:2) till Socialdepartementet. Utredaren pekade bl.a. på att det behövs en omfattande strukturreform där primärvården blir den verkliga basen och första linjen i hälso- och sjukvården. Regeringen beslutade i mars 2017 att ge en särskild utredare i uppdrag att utifrån förslagen i betänkandet stödja landstingen, berörda myndigheter och organisationer i arbetet med att samordnat utveckla en modern, jämlik, tillgänglig och effektiv hälso- och sjukvård med fokus på primärvården (dir. 2017:24). Utredningen har tagit namnet Samordnad utveckling

för god och nära vård (S 2017:01) och lämnade sitt första delbetänkande i juni 2017 (SOU 2017:53). Uppdraget ska slutredovisas senast den 31 mars 2019.

I juni 2017 tog regeringen även emot betänkandet Kunskapsbaserad och jämlik vård (SOU 2017:48). I betänkandet har Kunskapsstödsutredningen (S 2015:07) lämnat förslag som bl.a. syftar till att stärka förutsättningarna för ett kunskapsbaserat arbete i vården.

Den nya lagen (2017:612) om samverkan vid utskrivning från sluten hälso- och sjukvård träder i kraft den 1 januari 2018. Lagen syftar bl.a. till att möjliggöra för fler patienter att snabbare komma hem efter sin sjukhusvistelse. Den nya lagen kan däri-genom även bidra till att skapa plats för väntande patienter i behov av sjukhusvård.

Utgångspunkter för utredningen

Vård efter behov och tillitsbaserad styrning

Utgångspunkten för svensk hälso- och sjukvård är att vården ska ges utifrån patientens behov. Det gäller såväl privata som offentliga aktörer. Vården ska vara jämlik, jämställd och tillgänglig. Vården ska ges med respekt för alla människors lika värde och för den enskilda människans värdighet. Den som har det största behovet av hälso- och sjukvård ska ges företräde till vården. Patientens bästa ska vara utgångspunkten för de beslut som fattas i hälso- och sjukvården.

Det är en prioriterad fråga för regeringen att förbättra styrningen i den offentliga sektorn i syfte att skapa mer effektiva verksamheter och större nytta för medborgarna. Det finns ett behov av att vidareutveckla en tillitsfull styrning av välfärdstjänsterna, som bygger på ett ömsesidigt förtroende mellan berörda aktörer. Detta gäller både statens styrning av kommuner och landsting och de senares egen styrning av verksamheten. Den aktör som ansvarar för verksamheten måste ha utrymme att utveckla den och den aktör som styr måste kunna lita på att verksamheter utvecklas på ett rättssäkert sätt och i enlighet med uppsatta mål och att välfärdstjänster av god kvalitet levereras till

medborgarna. För att belysa frågor i sammanhanget liksom främjandet av ändamålsenliga regelverk tillsatte regeringen Välfärdsutredningen (Fi 2015:01). Som ett led i arbetet med att utveckla styrningen i den offentliga sektorn har regeringen även inrättat en Tillitsdelegation (Fi 2016:03).

Ersättningsmodeller utgör en del av styrningen av offentlig sektor

Vårdsystemens ersättnings- och finansieringsmodeller bör ses som en del av den totala styrningen av offentlig sektor. Detta framhålls även i det delbetänkande om ersättningsmodeller som Tillitsdelegationen lämnade till regeringen i juni 2017. Ersättningsmodellens betydelse bör inte överdrivas. Samtidigt kan ersättningsmodeller få oavsiktliga negativa effekter i verksamheterna och vid utformningen av ersättningsmodeller bör dessa övervägas noggrant.

Riksrevisionen granskade 2014 hur de statliga reformerna om vårdval och vårdgaranti påverkat möjligheterna för primärvården att verka för en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen (Primärvårdens styrning – efter behov eller efterfrågan?, RiR 2014:22). Riksrevisionen konstaterar att vårdvalsreformen har inneburit att makt förskjutits från politiker och tjänstemän till medborgarna som det var tänkt.

Landstingen har dock, enligt Riksrevisionen, inte utformat sina vårdvalssystem så att förutsättningarna för en likvärdig vård har ökat. Det finns fortfarande skillnader mellan landstingen när det gäller både uppdrag och ersättningsvillkor. Det är svårt att se att skillnaderna är motiverade av regionala skillnader mellan landets olika delar. Fokus på tillgänglighet och ökad detaljstyrning riskerar att missgynna patienter med stora vårdbehov.

Landstingen ska utforma ersättningsystem som styr beteendet hos vårdgivarna. Krav och villkor som ställs ska vara möjliga att kontrollera och följa upp. Riksrevisionen konstaterar dock att det är svårt att operationalisera krav på den medicinska kvaliteten. Styrsystem konstrueras därför ofta så att de styr beteendet hos vårdcentralerna mot sådant som är relativt lätt att mäta, inte den medicinska kvaliteten, menar Riksrevisionen.

Riksrevisionen lyfter vidare fram att diagnosställningen har blivit ett instrument som påverkar ersättningen i flera landsting. Detta faktum kan innebära att patienter får irrelevanta diagnoser och att patientsäkerheten riskeras. Detta kan i sin tur påverka värdet av journalföringen. Med felaktiga diagnoser i journalerna minskar journalernas värde som källor till kunskap om patienten vid kommande medicinska bedömningar.

Riksrevisionen menar att inget landsting än så länge tycks ha lyckats skapa en vårdvalsmodell som styr primärvården i riktning mot vårdens etiska principer. Myndigheten konstaterar vidare att de försök som hittills gjorts med att vikta ersättningar utifrån sjuklighet och ekonomisk standard inte verkar ha lyckats påverka prioriteringarna i tillräckligt hög grad.

Tillgång till information och vårdutnyttjande kan variera med socioekonomiska skillnader

Sedan 2010 gäller som tidigare nämnts en skyldighet för landstingen att införa vårdvalssystem, som innebär att den enskilda patienten har rätt att själv välja utförare i primärvården. En förutsättning för att ett sådant system ska få positiva effekter på kvalitet, patientinflytande och kostnadseffektivitet är att det finns en reell möjlighet att välja utförare. För att människor ska ha likvärdiga valmöjligheter krävs i sin tur tillgänglig information som stöder ett informerat val. Tidigare studier, gjorda av bl.a. Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, visar att olika grupper i befolkningen känner till och utnyttjar valmöjligheterna i vården i olika stor utsträckning.

Riksrevisionen konstaterar (2014) att reformerna har gett positiva resultat i form av förbättrade kontaktmöjligheter, fler vårdcentraler och ökade besöksfrekvenser. De positiva effekterna förefaller dock i högre utsträckning ha kommit patienter med mindre vårdbehov och högre socioekonomisk status till del. Nedläggning av vårdcentraler, däremot, har enligt Riksrevisionen främst drabbat områden där vårdbehovet är större och där behovet av en vårdcentral i närheten av hemmet kan antas

vara större. Riksrevisionen finner även att tillgänglighetsreformerna har fått stark styreffekt i primärvården och att det har blivit svårare att upprätthålla vårdens etiska principer.

Bättre läkarbemanning i socioekonomiskt starka områden med lägre vårdbehov

Enligt hälso- och sjukvårdslagen ska vården tillgodose patientens behov av kontinuitet och säkerhet. I primärvården ska kontinuiteten säkerställas genom att patienterna får tillgång till och möjlighet att välja en fast läkarkontakt. Vidare är det verksamhetschefens skyldighet att tillgodose patientens behov av trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet genom att utse en fast vårdkontakt till de patienter som behöver eller själva begär att få en sådan.

Regeringen konstaterar att många verksamheter inom hälso- och sjukvården har svårt att rekrytera rätt kompetens. Det har lett till att ett system med s.k. stafettläkare har utvecklats. Många landsting klarar därför inte av att uppfylla hälso- och sjukvårdslagens bestämmelser om att vården ska tillgodose patientens behov av kontinuitet och att alla patienter ska ha tillgång till en fast läkarkontakt i primärvården.

Riksrevisionen konstaterar i sin granskning 2014 (Primärvårdens styrning – efter behov eller efterfrågan?, RiR 2014:22) att primärvårdens förutsättningar att leva upp till lagens krav på en kontinuerlig vård varierar starkt mellan landets vårdcentraler och att dessa skillnader delvis hänger samman med områdets socioekonomiska status. Vårdcentraler i glesbygden och i områden där vårdbehovet är stort tycks exempelvis ha sämre förutsättningar att erbjuda patienterna en kontinuerlig vård än vårdcentraler i socioekonomiskt starka områden. Läkarbemanningen är mer instabil i glesbygd och i socioekonomiskt svagare områden med mer vårdkrävande patienter.

Det finns för- och nackdelar med en tillståndsprövning

Ett sätt att säkerställa att medel används till det de är avsedda för inom offentlig sektor kan vara att inom ramen för en tillståndsprövning ställa krav på utföraren som bl.a. begränsar möjligheterna till vinstutdelning.

En fördel med att ställa krav inom en tillståndsprocess är att det därigenom är möjligt att göra en allsidig och likvärdig prövning av hur den aktuella aktören uppfyller kraven. En tillståndsprocess som kompletteras med en möjlighet till överklagande bidrar också till en rättssäker process. De krav som ställts i en tillståndsprövning kan dessutom löpande följas upp inom ramen för en tillsynsprocess. Visar det sig då att kraven inte längre uppfylls kan detta utgöra grund för att återkalla tillståndet.

En nackdel med att införa ett tillståndskrav är att detta innebär en ökad administration och att myndigheter inom området kommer att behöva avsätta resurser för att göra denna prövning. De privata aktörerna måste också avsätta resurser för att ansöka om tillstånd.

Regeringen avser att under mandatperioden lämna förslag om krav på tillstånd att ta emot offentliga medel med utgångspunkt i de förslag som lämnats av Valfärdsutredningen (SOU 2016:78, Ordning och reda i välfärden). Hälso- och sjukvården ingår inte i regeringens förslag om tillstånd att ta emot offentliga medel. Regeringen beslutar i stället genom dessa direktiv att låta frågan om ett effektivt utnyttjande av skattemedel inom hälso- och sjukvårdssektorn utgöra grunden för en separat utredning. Regeringen ser behov av ett differentierat angreppssätt som kan säkerställa att skattemedel används effektivt och till det de är avsedda för inom vårdens olika verksamheter. Det är viktigt att styrsystemen inte har negativ påverkan på förutsättningar för exempelvis forskning och utveckling i hälso- och sjukvården.

Uppdraget

Utredaren ska, mot den bakgrund som beskrivits ovan göra följande:

- Med utgångspunkt i tillitsbaserad styrning analysera och överväga olika alternativ när det gäller vilka styrsystem för hälso- och sjukvården som bäst överensstämmer med målsättningarna i hälso- och sjukvårdslagen, och med principen om vård efter behov på lika villkor till hela befolkningen. Det innefattar att med denna utgångspunkt även se över lagen (2008:962) om valfrihetssystem, förkortad LOV. Analys av och överväganden om hur systemen kan förändras och utvecklas ska tas fram efter dialog med professionerna, så att systemet gynnar en utveckling där deras kunskap och erfarenhet tas tillvara.
- Utifrån Tillitsdelegationens delbetänkande (SOU 2017:56) kartlägga och analysera möjligheter att via förändringar i vårdsystemens ersättnings- och finansieringsmodeller främja en behovsstyrd vård.
- Följa upp och redovisa om skillnader i vårdutnyttjande varierar mellan patientgrupper med olika socioekonomiska förutsättningar.
- Kartlägga och analysera användandet av stafettläkare och annan inhyrd vårdpersonal, i öppenvården såväl som i slutenvården och lämna förslag på hur en kontinuerlig vård kan främjas genom att användandet av inhyrd vårdpersonal minskas.
- Utredda behov och förutsättningar för, samt för- och nackdelar med att införa viss tillståndsprövning eller alternativ till sådan prövning inom hälso- och sjukvårdsområdet. Utredaren ska exempelvis analysera förutsättningarna med utgångspunkt i den modell som Ägarprövningsutredningen och Valfärdsutredningen föreslår för socialtjänstlagen (2001:453), lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade, förkortad LSS, och verksamhet enligt skollagen (2010:800).

Konsekvensbeskrivningar

Utredaren ska redovisa förslagets konsekvenser i enlighet med kommittéförordningen (1998:1474). Utredaren ska i enlighet

med 14 kap. 3 § regeringsformen beakta proportionalitetsprincipen beträffande eventuella inskränkningar av den kommunala självstyrelsen i sina redogörelser, analyser och förslag.

Konsekvenserna ska anges enligt 6 och 7 §§ förordningen (2007:1244) om konsekvensutredning vid regelgivning.

Genomförande och redovisning av uppdraget

Uppdraget ska delredovisas senast den 15 juni 2018. De delar som ska delredovisas är utgångspunkterna för mer ändamålsenliga styrsystem samt sammanställningen av skillnader i vårdutnyttjande. Uppdraget ska i övrigt redovisas senast den 31 december 2018.

(Socialdepartementet)