

Datum
2025-10-30**Vårt dnr**
0145/2025**Ert dnr**
S2025/01127

Socialdepartementet

Ansvaret för hälso- och sjukvården (SOU 2025:62)

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys har enligt sin instruktion till uppgift att ur ett patient-, brukar-, och medborgarperspektiv följa upp och analysera verksamheter och förhållanden inom hälso- och sjukvård, tandvård och omsorg. Det är från detta perspektiv som vårt remissvar tar sin utgångspunkt.

Sammanfattning

Vi ser ett stort värde i den gedigna kunskapsgrund om bland annat centralisering och decentralisering samt huvudmannaskap som kommittén sammanställt.

Vi ser också positivt på att patientperspektivet har utgjort en del av kommitténs analyser och överväganden.

Men vi kan inte ta ställning till kommitténs bedömningar om ett helt eller delvis huvudmannaskap. Det beror dels på att kopplingen mellan underlaget i den andra volymen och bedömningarna i den första volymen är vag, dels på att det saknas en sammanvägd bedömning av om nackdelarna med ett helt eller delvis huvudmannaskap överväger fördelarna.

Vårt remissvar fokuserar på centrala frågor som rör den statliga styrningen och ansvaret för hälso- och sjukvården. Vi lyfter bland annat följande synpunkter:

- Vi ser behov av att fortsatt utreda både struktur och ansvar för hälso- och sjukvården.
- De förbättringsmål som föreslås ger begränsad vägledning om vad som behöver prioriteras framöver.
- Vi bedömer att de sex förbättringsområden som pekas ut är relevanta och att det finns behov av fortsatt utredning av dem, men vi saknar en motivering till varför de har valts ut, och varför andra viktiga områden som exempelvis beredskap och digitalisering inte ingår.
- Vi instämmer i förslagen om minskad användning av riktade statsbidrag och en mer renodlad statlig styrning.

Övergripande synpunkter

Vi välkomnar kommitténs övergripande utgångspunkt att staten på olika sätt kan behöva ta ett större ansvar för hälso- och sjukvården, i syfte att stärka jämlikhet och effektivitet. Det har vi berört i flera rapporter (se nedan). Vi ser även ett stort värde i den gedigna kunskapsgrunden om centralisering och decentralisering och i att kommittén på ett så tydligt sätt identifierat och resonerat om de olika ansvarsdelar som angår i huvudmannaskapet samt möjliga konsekvenser av förändringar.

Behov av att fortsatt utreda både struktur och ansvar för hälso- och sjukvården

Trots att denna utredning nyligen är avslutad menar vi att det är nödvändigt att fortsatt utreda både hälso- och sjukvårdens organisation och struktur samt ansvarsförhållanden inom vården. En central aspekt här är möjligheterna att på lång sikt finansiera det offentliga åtagandet. En annan aspekt är hur storleken på befolkningsunderlaget påverkar sjukvårdshuvudmännen. Dessutom behöver frågan om omotiverade geografiska skillnader i sjukvårdens utbud och kvalitet utredas och adresseras vidare.

Enligt direktivet skulle kommittén endast utreda olika ansvarsfrågor. Vi menar att det var en olycklig avgränsning, som innebar att kommittén inte kunde analysera olika scenarier med till exempel strukturer med färre regioner som tillhandahållare eller utförare. Det begränsade vilka verktyg som kommittén kunde använda.

Vi har nyligen analyserat tidigare genomförda strukturreformer i Norge, Danmark och Finland och sett att en framgångsfaktor i reformerna varit att grannländerna tagit ett helhetsgrepp om både struktur och ansvar (*Strukturreformer i Norden. Analys av hälso- och sjukvårdssystemen i Norge, Danmark och Finland. PM 2024:4*). Vi bedömer att det hade varit mer realistiskt och effektivt att diskutera olika möjliga sådana förändringar i stället för ett fullt ut statligt system-, finansierings- och tillhandahållaransvar inom ramen för huvudmannaskapet. För genomförbarheten av en större reform hade det varit en styrka om kommittén kunnat göra en mer samlad sådan analys.

Det hade varit värdefullt om kommittén hade utrett möjligheten för staten att ta ansvar för någon av de olika ansvarsdelar som ingår i huvudmannaskapet

Vi anser dessutom att kommitténs fokus på ett sammanhållet huvudmannaskap för vården innebar en ytterligare olycklig avgränsning. Vi menar att det hade varit värdefullt om kommittén hade utrett möjligheten för staten att ta ansvar för någon av de olika ansvarsdelar som ingår i huvudmannaskapet, särskilt system-, finansierings- och tillhandahållaransvar. Det hade gett möjligheter att diskutera ett *delvis* statligt huvudmannaskap i form av ett ansvar för någon av dessa delar. Utredningens fokus på scenarier med ett fullt ut statligt system-, finansierings- och tillhandahållaransvar inom olika *vårdområden* bedömer vi blev för snävt.

De sex förslagen till ökad statlig styrning avser främst ett ökat statligt finansieringsansvar, vilket ytterligare understryker att denna fråga borde ha utretts mer grundligt (se nedan).

Olyckligt att den kommunala hälso- och sjukvården inte omfattades av uppdraget

Den kommunala hälso- och sjukvården, som både är en växande del av hälso- och sjukvården och av kommunernas samlade uppdrag, ingick inte heller i uppdraget. Det innebar att den avgörande frågan om hur den kommunala hälso- och sjukvården ska integreras till ett sammanhållet vårdssystem inte berördes av kommittén. Vår bild är att barriärerna för en god och samordnad hälso- och sjukvård ofta är som störst mellan just kommunal och regional sjukvård till följd av att vården är uppdelad på olika huvudmän (*Från medel till mål, rapport 2017:9*). Vår analys av kommuners och regioners förmåga att klara det offentliga åtagandet fram till 2040 visar dessutom att många kommuner ser stora utmaningar med att klara att finansiera det offentliga åtagandet (*Redo för framtiden?*

Analys av hur det offentliga åtagandet i hälso- och sjukvården och äldreomsorgen kan utvecklas till år 2040, rapport 2024:1).

Otydliga förbättringsmål med oklar status för det fortsatta arbetet

Kommittén anger sex förbättringsmål för önskad förändring av hälso- och sjukvården, som tycks utgå från en analys av de största problemen i hälso- och sjukvården. Men vi saknar en beskrivning av varför kommittén prioriterat just dessa problemområden. Vi menar att det finns flera andra områden med utmaningar i hälso- och sjukvården, där frågor om ansvarsfördelning mellan statlig, regional och kommunal nivå kan vara viktiga. Det handlar till exempel om den bristande samordningen mellan olika huvudmän, vårdgivare och verksamheter, det ökade trycket på den kommunala hälso- och sjukvården och svårigheterna för kommunerna att klara åtagandet samt det otillräckliga preventiva arbetet.

Det är otydligt hur målen hänger ihop med de förslag som kommittén lägger och det är oklart vilken status målen har framåt. En viktig men obesvarad fråga är om det är dessa mål som ska vara vägledande för ambitionerna att öka det statliga ansvarstagandet inom hälso- och sjukvården.

Målen i sig är också på en mycket övergripande nivå och ger liten vägledning om vad som ska göras eller prioriteras. Målen överlappar dessutom delvis befintlig lagstiftning och andra målformuleringar för hälso- och sjukvården.

Positivt att patientperspektivet varit en del av kommitténs analyser

Vi kan konstatera att patientperspektivet har utgjort ett av flera perspektiv i kommitténs analyser av huvudmannaskapet. Kommitténs slutsats är dock att det utifrån det samlade kunskapsunderlaget inte med säkerhet går att förutsäga hur patienter och invånare skulle påverkas av ett helt statligt huvudmannaskap för hälso- och sjukvården. Samtidigt menar man att hälso- och sjukvården behöver bli mer jämlik, tillgänglig och effektiv. Vi ser positivt på att patientperspektivet har beaktats i kommitténs analyser och förbättringsmål. Det är även positivt att patientperspektivet finns med i de föreslagna förbättringsområdena. Vi delar även kommitténs slutsats att tillsyn, utökade sanktioner samt information till patienterna om deras rättigheter och möjligheter behöver stärkas.

Synpunkter på enskilda förslag och bedömningar

3.1 och 3.2 Kommitténs bedömningar av ett helt och delvis statligt huvudmannaskap för hälso- och sjukvården

Vi kan inte ta ställning till kommitténs bedömningar. Vi ser en grundläggande brist i betänkandet att kopplingen mellan det omfattande underlaget i den andra volymen och de bedömningar och förslag som kommittén presenterar i den första volymen är vag, och det är svårt att följa motiven till kommitténs bedömningar och förslag. Det gör det också svårt att ta ställning till dessa.

Huvuduppdraget till kommittén var att analysera och belysa för- och nackdelar med ett helt eller delvis statligt huvudmannaskap. Vi uppfattar också att detta delvis präglar kommitténs analys i den andra volymen, där konsekvenser på kort och lång sikt av ett

statligt huvudmannaskap analyseras. Men som motiv till kommitténs ställningstaganden menar vi att kommittén utifrån dessa konsekvensbeskrivningar hade behövt göra en fördjupad analys av för- och nackdelar av ett statligt huvudmannaskap och sedan en transparent sammanvägd bedömning av om nackdelarna med ett helt eller delvis huvudmannaskap överväger fördelarna. Det menar vi saknas i betänkandet.

Istället för att väga för- och nackdelar mot varandra uppfattar vi att kommittén i frågan om ett statligt huvudmannaskap efterfrågar högt ställda krav på evidens. Kommittén anger återkommande bristen på säkra kausala samband som skäl mot ett statligt huvudmannaskap. Men vi menar att sådana kausala samband inte kommer att föreligga vid denna typ av genomgripande förändringar där kontexten inte fullt ut kan överföras från vare sig andra sektorer, länder eller över tid. Istället måste denna typ av reformering baseras på en samlad bedömning av rationaliteter, logiker och empiriska samband och där orsakssamband kan föreligga inom vissa delaspekter.

3.4 Kommitténs bedömning av ett utökat statligt ansvar för hälso- och sjukvården

Vi kan inte ta ställning till kommitténs bedömning. Vi ser visserligen att de sex områdena i sig kan vara relevanta. Men vi ser också flera brister när det gäller underlaget och motiven för bedömningen, framför allt uppfattar vi att denna fråga endast i begränsad utsträckning har utretts av kommittén.

Saknas en samlad utredning av vilka områden som staten bör ta ett ökat ansvar för

Vi anser att de sex områden som kommittén pekar ut för ett utökat statligt ansvar för hälso- och sjukvården i sig kan vara relevanta, och vi har i flera rapporter också bedömt att det behövs ett ökat statligt ansvarstagande på vissa av dessa områden. Samtidigt är motiven till både bedömningen och de förslag som följer för de sex områdena så allmänt hållna att det ännu är svårt att se hur och på vilket sätt staten kommer att kunna bidra inom dessa områden.

Men vi ser också flera brister när det gäller underlaget och motiven för bedömningen. I betänkandet konstateras att dessa områden inte har varit föremål för en så grundlig genomlysning som krävs för att kommittén ska kunna lämna väl utvecklade och underbyggda förslag. Vi delar den bilden och vi saknar också en beskrivning av vad som motiverar att dessa områden har valts ut och varför de har prioriterats framför andra områden, till exempel om det är på dessa områden som staten kan göra störst nytta genom att ökat ansvarstagande. Vi ser att det finns flera andra områden som borde ha lyfts fram och utretts i detta sammanhang, inte minst områden där det finns en stark koppling till ett närliggande befintligt statligt ansvar, till exempel totalförsvar och hälso- och sjukvårdens beredskap, men också områden där det finns nationella intressen och effektivitetsskäl som talar för ett ökat statligt ansvarstagande, till exempel vårdinfrastruktur och digital infrastruktur (se till exempel *SOU 2021:71 Riksinintressen i hälso- och sjukvården – stärkt statlig styrning för hållbar vårdinfrastruktur*). Sammantaget ser vi att staten skulle kunna ta ett större ansvar inom vissa av de områden som pekas ut här. Men det behövs fördjupad utredning för att vi ska kunna ta ställning till hur ansvaret skulle kunna utformas.

Oklart om det finns särskilda skäl för ett utökat statligt ansvar inom vissa områden

Vi menar att det är oklart varför ett ökat statligt ansvarstagande inom dessa områden är att föredra framför ett statligt ansvar för hälso- och sjukvården som helhet. Som motiv till ökad statlig styrning inom de sex områdena framförs en rad jämlikhets- och effektivitetsargument, till exempel inom läkemedelsområdet. Dessa är i grunden desamma som gäller för ett helt statligt huvudmannaskap, men här framförs istället främst risker vid ett förstatligande. Vi ser i grunden att geografiska skillnader i väntetider för vård och behandling i sak är lika problematiska som geografiska skillnader i läkemedelsbehandling eller tillgång till ambulansflyg.

Vi ser risker med ett utökat statligt ansvar inom vissa områden

Vi vill även lyfta fram att det finns risker med ett utökat statligt ansvar inom vissa områden av hälso- och sjukvården, som skulle behöva belysas samlat i den fortsatta beredningen. Det utökade ansvaret verkar främst bestå i ett statligt finansieringsansvar. Vi saknar en analys av fördelar med att begränsa finansieringsansvaret till vissa områden jämfört med att ta ett samlat sådant ansvar, och vilka dynamiska effekter som kan uppstå med ett statligt finansieringsansvar inom vissa områden. Ett utökat statligt ansvar inom vissa områden kan innebära ytterligare steg mot en allt mer blandad modell för styrning av hälso- och sjukvården, som riskerar att bidra till ökad otydlighet och fragmentering i systemet. Det finns också risk för en ökad ojämlikhet i systemet som helhet.

3.4.2 Kompetensförsörjning

Vi kan inte ta ställning till kommitténs förslag om att staten bör ta ett utökat ansvar för hälso- och sjukvårdens kompetensförsörjning, eftersom vi bedömer att frågan är otillräckligt utredd och motiven bakom förslaget är svåra att följa.

Men *vi instämmer i förslaget* att formerna för ett utökat statligt ansvar för hälso- och sjukvårdens kompetensförsörjning bör utredas vidare, under förutsättning att en sådan utredning har en bred ingång som innefattar en utredning av frågan om det är lämpligt att staten tar ett större ansvar på området och som belyser både för- och nackdelar med det. Vi delar problembilden om kompetensförsörjningen som en av de främsta utmaningarna för hälso- och sjukvårdssystemet och ser liksom kommittén behovet av nationell samordning på området.

Det är relevant att kommittén särskilt lyfter behovet av att närmare undersöka hur platser för verksamhetsförlagd utbildning (VFU) samt tjänster för allmäntjänstgöring, bastjänstgöring och specialisttjänstgöring (AT-, BT- och ST-tjänster) i hälso- och sjukvården kan fördelas utifrån en nationell behovsanalys. Vi ser en utmaning med avsaknaden av en långsiktig kompetensförsörjningsstrategi och samordning av läkarförsörjningen på nationell nivå (*Allmän tillgång? Rapport 2018:5*), och vi anser därför, likt kommittén, att det finns ett behov av ökad samordning för en ändamålsenlig fördelning av utbildnings- och tjänstgöringsplatser över landet och mellan olika specialiteter.

Det är även relevant att behovet av en förbättrad arbetsmiljö för anställda inom hälso- och sjukvården lyfts särskilt i betänkandet. Vi ser att det finns betydande arbetsmiljöproblem för personalen inom vården, och det är därför viktigt att genomföra insatser för att förbättra

arbetsmiljön. Detta ligger i linje med flera av våra rapporter, där vi särskilt lyfter utmaningar med arbetsmiljön inom primärvården (se till exempel *Omtag för omställning, rapport 2025:1*).

I den fortsatta beredningen av kommitténs förslag är det viktigt att uppmärksamma behovet av adekvat statistik som är tillgänglig på nationell nivå. Det krävs för att göra en fullständig planering och bedömning av kompetensförsörjningen. Det är möjligt att ett ökat statligt ansvar på detta område skulle kunna leda till ökad tillgång till personalstatistik på nationell nivå.

3.4.3 Läkemedel

Vi kan inte ta ställning till kommitténs bedömning om ett ökat statligt ansvar på läkemedelsområdet, eftersom vi bedömer att frågan är otillräckligt utredd.

Vi instämmer dock i kommitténs förslag att det bör tillsättas en läkemedelsutredning. En sådan utredning bör ha ett brett perspektiv och omfatta prissättning, finansiering, subvention, införande och uppföljning av läkemedel och analysera vilken roll staten respektive regionerna ska ha. Vi anser att det är viktigt att det utreds och lämnas förslag på hur ett långsiktigt hållbart system kan utformas som balanserar behovet av god och snabb tillgång till läkemedel i hela landet mot andra värden, till exempel kostnadseffektivitet och kostnadskontroll samt möjligheter för regionerna att planera och prioritera. En läkemedelsutredning bör även analysera hur ökade kostnader på läkemedelsområdet kan tränga undan finansiering av andra angelägna områden inom hälso- och sjukvården.

3.4.4 Vaccinationer

Vi kan inte ta ställning till kommitténs förslag om att staten bör ta ett utökat ansvar för vaccinationer genom de nationella vaccinationsprogrammen, eftersom vi anser att frågan är otillräckligt utredd och motiven till förslaget är svåra att följa.

Men vi delar kommitténs problembeskrivning av omotiverade skillnader mellan regionerna när det gäller tillgången till och kostnaden för vaccin. Vi anser att det är motiverat att framöver utreda frågan gällande statens ansvar för vaccinationer och möjligheterna att öka jämlikheten i vården och vaccinationstäckningen. Vi ser att det är viktigt att en sådan utredning ger tydlighet vad gäller ansvarsfrågorna på vaccinationsområdet. I vår rapport om vaccinationer vid covid-19 rekommenderade vi att regeringen bör tydliggöra ansvars- och rollfördelningen mellan myndigheter och mellan den nationella och regionala nivån för att skapa bättre förutsättningar för framtida vaccinationsarbete. Regeringen bör tydliggöra vilket stöd den nationella nivån (Folkhälsomyndigheten) kan och bör ge regionerna vad gäller metoder och arbetssätt för att nå mer svårnådda och/eller utsatta grupper vid vaccinering, men även för folkhälsoarbete i stort. (*Riktade vaccinationsinsatser. Lärdomar från regionernas arbete för en hög och jämlik vaccintäckning mot covid-19. Rapport 2022:5*)

3.4.5 Screening

Vi kan inte ta ställning till kommitténs förslag om att staten bör ta ett utökat ansvar för screening, eftersom vi bedömer att frågan är otillräckligt utredd och motiven till förslaget är svåra att följa.

Samtidigt *instämmer vi i förslaget* att formerna för ett utökat statligt ansvar för screening bör utredas vidare, under förutsättning att en sådan utredning har en bred ingång som innefattar en utredning av frågan om det är lämpligt att staten tar ett större ansvar på området och som belyser både för- och nackdelar med ett ökat statligt ansvar på området. Vi delar i stort kommitténs beskrivning av tillgången till screening som ojämlig mellan regioner. Vi vill understryka vikten av att en sådan utredning uppmärksammar att en mer likartad styrning inte per automatik ökar jämlikheten. I vår utvärdering av avgiftsfri mammografiscreening konstaterade vi att två år efter avgiftsfrihetens införande hade avgiftsfriheten som mest lett till en liten ökning av deltagandet i vissa grupper och deltagandet var fortfarande ojämnt. Arbete för stärkt deltagande, i synnerhet i socioekonomiskt utsatta grupper, var därför fortfarande angeläget (*Avgiftsfri mammografi. En uppföljning av satsningen på kvinnors hälsa. Rapport 2020:12*).

3.4.6 Rättspsykiatrisk vård

Vi delar utredningens bedömning att statens ansvar för finansieringen av den rättspsykiatriska vården bör stärkas. *Vi instämmer även i förslaget* att det bör tillsättas en utredning om hur finansieringsansvaret bör utvecklas.

Vi delar problembilden som kommittén presenterar för rättspsykiatrin, med brist på vårdplatser, stora regionala skillnader, samverkansutmaningar mellan rättspsykiatrin och annan vård och omsorg samt att patienter som är utskrivningsklara inte skrivs ut i tid (se även *Utvärdering av satsningen på vårdplatser inom hälso- och sjukvården. PM 2025:3* samt *Laga efter läge. Rapport 2020:4*).

Vi bedömer att staten kan skapa långsiktiga finansieringsförutsättningar och utjämna regionala skillnader inom rättspsykiatrin. Andra motiv till ett ökat statligt systemansvar är att rättspsykiatrin skiljer sig från annan vård och att staten redan idag har ett omfattande ansvar genom tvångslagstiftningen. *Vi delar även kommitténs bedömning* att det finns fördelar med att regionerna behåller tillhandhållaransvaret för rättspsykiatrin. Om staten även skulle ta över ansvaret att tillhandahålla vård, ser vi risker att vården skulle bli ännu mer fragmenterad än den är idag.

Frågan om hur statens finansieringsansvar ska stärkas behöver dock utredare vidare. Det är angeläget att en sådan utredning tar ett brett grepp om rättspsykiatrin och ser över hur samverkan mellan rättspsykiatrin, psykiatrin, den somatiska vården och kommunerna kan stärkas samt hur det kan skapas bättre incitament för en snabbare utskrivning av utskrivningsklara patienter.

3.5 Stärkt och förbättrad statlig styrning

Vi delar kommitténs övergripande bedömning att statens styrning behöver bli mer långsiktig och mindre splittrad.

Vi instämmer i förslaget om de riktade statsbidragens användning. Det ligger väl i linje med tidigare beslut från riksdagen och våra slutsatser i en kunskapssammanställning om riktade statsbidrag (*I rätt riktning? Rapport 2022:3*). Där konstaterar vi att även om användningen av de riktade statsbidragen minskar och regeringen beslutar om principer för när och hur bidragen ska användas, ser vi att det finns många andra åtgärder som kan genomföras för att förbättra användningen av de riktade statsbidragen, avseende

förberedelser, genomförande samt uppföljning och lärande, vilket stämmer väl överens med inriktningen mot en mer långsiktig och mindre splittrad styrning.

Vi instämmer i förslaget att renodla den statliga styrningen och att en utredning bör tillsättas för att tydliggöra formerna för detta. Vi vill i det sammanhanget lyfta behovet av att uppmärksamma förutsättningarna för huvudmän och verksamheter att omsätta den statliga styrningen, till exempel att tillämpa ny lagstiftning på det sätt som lagstiftaren avser. Det kan innebära både en kombination av olika statliga styrmedel men också att staten söker former för att samarbeta med regioner och kommuner för att åstadkomma en mer synkroniserad styrning. Vi har lämnat flera rekommendationer om hur det skulle kunna genomföras i vår utvärdering av patientlagens genomslag (*En lag som kräver omtag. Rapport 2021:10*), vilket ligger i linje med utredningens förslag om en utvecklad statlig tillsyn.

Vi delar utredningens bedömning att det finns behov av att förbättra och utveckla uppföljning och utvärdering, inte bara av hälso- och sjukvård utan även socialtjänst och tandvård. Vi har beskrivit kunskapsluckorna bland annat i myndighetens Analysplan 2025.

Beslut om detta yttrande har fattats av stabschefen och chefsjuristen Catarina Eklundh Ahlgren. Utredaren Daniel Zetterberg har varit föredragande. I den slutliga handläggningen har analyschefen Hanna Larheden, projektdirektörerna Marianne Svensson, Åsa Ljungvall och Johan Strömblad, utvecklingsansvarige Nils Janlöv, utredaren Carl Lundgren samt analytikern Ida Hedenskog deltagit.

Catarina Eklundh Ahlgren

Daniel Zetterberg