

Landstingsstyrelsens
ägarutskott**Yttrande över departementspromemoria 2003:56, ”Högspecialiserad sjukvård – kartläggning och förslag”**

ÄRENDET

Förslag till yttrande över departementspromemoria 2003:56, ”Högspecialiserad sjukvård – kartläggning och förslag”.

FÖRSLAG TILL BESLUT

Ägarutskottet föreslår landstingsstyrelsen besluta

att som yttrande över departementspromemoria 2003:56 överlämna detta tjänsteutlåtande.

BAKGRUND

Regeringen beslutade 2002 att inrätta ett projekt med uppdrag att göra en översyn av den högspecialiserade vården. Bakgrunden var de utmaningar som sjukvården står inför. Den medicinska och medicintekniska utvecklingen, en ökad internationalisering och ett allt större antal äldre driver på förändringarna. Projektets uppgift har varit att analysera förutsättningar, utmaningar samt framgångsfaktorer för att utveckla den högspecialiserade vården och den kliniska forskningen. Projektets slutrapport har remitterats till bl a Stockholms läns landsting för yttrande.

Detta tjänsteutlåtande kommer att behandlas även av landstingsstyrelsens hälso- och sjukvårdsutskott.

FÖRVALTNINGENS SYNPKUNKTER

I utredningen har en omfattande och god kartläggning gjorts av den medicinska och medicintekniska utvecklingen och de krav denna ställer på organisation och styrning av den högspecialiserade sjukvården. Avsikten har, enligt utredarna, varit att ”ge sjukvårdshuvudmännen tillgång till bättre beslutsunderlag och smidigare beslutsprocesser kring högspecialiserad sjukvård”. Utredningen och det material som presenteras svarar förhållandevis väl upp mot denna avsikt och det kommer att vara ett bra stöd för

sjukvårdshuvudmännens fortsatta planering och strukturutveckling av vården. Inriktningen av de förslag som presenteras är i flera avseenden i god överensstämmelse med de förslag till utveckling av sjukvården inom SLL som redovisas i 3S rapporten om det nya universitetssjukhuset och den framtida akutsjukvårdsstrukturen.

Författningsförslaget avseende högspecialiserad vård kommenteras nedan i anslutning till de enskilda paragraferna i förslaget. Tidpunkt för eventuellt ikraftträdande berörs inte av utredningen.

Författningsförslag

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

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

I utredningen har högspecialiserad sjukvård definierats som sjukvård som samordnas till en enhet med en sjukvårdsregion (regionsjukvård) eller hela riket (rikssjukvård) som upptagningsområde. Man påpekar i utredningen att definitionen av högspecialiserad vård varit oklar och inte varit definierad i författningstext. Begreppet högspecialiserad vård används ofta på sjukvård som ”är forskningsnära, nyskapande, modern, investeringstung eller på annat sätt intar en framskjutande position i vården”, vanligtvis med behov av en resurskoncentration som följd.

Man understryker i utredningen att högspecialiserad sjukvård inte enbart innebär behandlingar eller ingrepp utan även att ställa kvalificerad kompetens till förfogande för diagnostik medan behandling kan utföras på lägre nivå i vårdkedjan. Fokus flyttas från specialiteten till aktiviteten. Utredningens arbete har utgått från patientens intresse av högspecialiserad sjukvård av hög kvalitet med hög tillgänglighet till lägsta möjliga kostnad.

Vi delar utredningens syn på högspecialiserad vård. Med högspecialiserad vård bör avses vård som är relaterad till behov av särskild kompetens och/eller resurser och inte en specifik sjukdoms- eller diagnosgrupp. Begreppet varierar över tiden. Behandlingar och vård som under ett visst utvecklingsskede betraktas som högspecialiserade kan, då metod eller teknik utvecklats, spridas till andra vårdgivare.

Högspecialiserad vård finns inom alla specialiteter och inom både akut och elektiv vård. Den kan avse hela verksamheter, delar av verksamhet eller delar av diagnos. Även om den högspecialiserade sjukvården, enligt utredningen, endast utgör ca 6 % av det totala vårdutbudet fyller den en viktig funktion. En stor del av sjukvårdens utveckling är nära

relaterad till det högspecialiserade området. Högspecialiserad vård kännetecknas ofta av att den är multidisciplinär till sin karaktär och samverkan med annan högspecialiserad vård och forskning är viktig. Den högspecialiserade vården ställer höga och särskilda krav på såväl kompetens och erfarenhet som på övriga resurser. Därför måste den högspecialiserade vården koncentreras och universitetssjukhuset är då en lämplig organisatorisk placering. En stor del av utrustningen (ex laboratorier) och kompetensen (multidisciplinär) kan samutnyttjas och förutsättningar skapas för ett snabbt kunskapsöverförande mellan grundforskning, klinisk forskning och högspecialiserad vård.

Regionsjukvård

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

Enligt officiell statistik finns det nio sjukhus benämnda regionsjukhus: Huddinge sjukhus, Karolinska sjukhuset, Akademiska sjukhuset, Norrlands Universitetssjukhus, Universitetssjukhuset i Linköping, Universitetssjukhuset i Lund, Universitetssjukhuset MAS, Sahlgrenska Universitetssjukhuset, Universitetssjukhuset Örebro. De medicinska fakulteterna har genom åren blivit sex och läkare utbildas vid Karolinska institutet (KI) samt vid universiteten i Uppsala, Lund, Göteborg, Linköping och Umeå.

I utredningen påpekas att den ursprungliga tanken med regionerna att de skulle innefatta vardera ca 1 miljon invånare och ha en medicinsk fakultet inte längre gäller. Utredarna har prövat frågan om en ändring av indelningen i sjukvårdsregioner men funnit att det bland landstingen helt saknas intresse för en sådan förändring. Man avstår därför från att lägga fram något förslag.

En indelning i sjukvårdsregioner är nödvändig med tanke på hur dagens indelning i landsting är utformad. Förvaltningen beklagar att utredningen inte tydligt tar ställning i denna fråga då en reformering av region/landstingsindelningen är av stor betydelse för bl a den högspecialiserade vårdens framtid. En översyn bör därför ske. Som förvaltningen pekat på i sitt yttrande över Ansvarskommitténs betänkande är det angeläget att det sker en översyn av indelningen på regional nivå eftersom nuvarande regionindelning bl a inte motsvarar rationalitetskraven för en optimal sjukvårdsstruktur. Behovet av samverkan över de nuvarande landstingsgränserna kommer att öka både inom den sjukhusbundna bassjukvården och den högspecialiserade vården. Därför krävs en ny indelning som underlättar för huvudmännen att genomföra nödvändiga förändringar i sjukvårdens struktur. För vårt landsting är det naturligt att se framtida utvecklingsmöjligheter genom samverkan med övriga landsting i Mälardalen.

3 § Som regionsjukvård anses sjukvård som samordnas med en sjukvårdsregion som upptagningsområde

Sjukvårdsregionens roll är enligt förslaget att garantera invånarna i de landsting som ingår i regionen tillgång till sjukvård av hög kvalitet även inom de specialiteter som av olika skäl inte kan erbjudas av de enskilda landstingen.

Förvaltningen stödjer denna målsättning men menar att det förutsätter en reformering av regionindelningen. Annars kan interregionala skillnader i vårdkvalitet och kostnadseffektivitet bli påtagliga för regionsjukvården. Alternativt kommer en större andel högspecialiserad vård behöva klassas som rikssjukvård och inte som regionsjukvård.

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

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

6 § Regionsjukvårdsnämnden beslutar om vilken sjukvård som skall samordnas inom regionen samt till vilken enhet den skall samordnas. Regionsjukvård kan även bedrivas vid en enhet utanför regionen.

Enligt förslaget skall det bli en lagreglerad skyldighet för de i en sjukvårdsregion ingående landstingen att bilda en gemensam nämnd för handhavande av sjukvårdsregionens angelägenheter. Den gemensamma nämnden skall vara en egen myndighet men inte en ny juridisk person. Den skall företräda samtliga huvudmän och ingå avtal för deras räkning. För den gemensamma nämnden skall finnas ett reglemente. Avsikten är att i en förordning lägga fast bl a antalet ledamöter i nämnden, dess arbetsformer, verksamhetens omfattning och hur denna skall finansieras och nämndens beslutskompetens så som man beskrivit dessa frågor i författningskommentarerna till 4 - 6 §§ i den föreslagna lagen.

Syftet med förslaget anges vara att man vill skapa en grund för ett utökat samarbete i sjukvårdsregionen och därmed för fortsatt utveckling av vården. Genom den reglering av den högspecialiserade rikssjukvården som utredningen föreslår kommer krav att ställas på ökad samverkan inom de olika sjukvårdsregionerna avseende olika vårdaktiviteter. Den regionala samverkan skall därför ges en fastare struktur och samverkan skall inte bara avse regionsjukhusets roll och ansvar utan även samverkan inom specialiteter. Gemensamma vårdprogram skall utarbetas.

Förvaltningen avstyrker en lagstiftning i den föreslagna formen. Den kommunala självstyrelsen, som är grundlagsfäst i regeringsformen och lagfäst i kommunallagen, är visserligen inte absolut eller klart definierad, men skall ändå väga tungt vid avvägningen

mellan olika intressen, när man överväger att inskränka den genom lagstiftning. Allmänintresset av att sjukvårdregionerna skall ha möjlighet att agera samfällt, som det sägs i författningskommentaren, är enligt förvaltningens mening inte ett tillräckligt tungt vägande skäl för att motivera en inskränkning i landstingens rätt att bestämma om vilka nämnder landstinget skall ha.

Det kan påpekas att i artikel 6 i den europeiska konventionen om kommunal självstyrelse slås fast, att kommunerna själva ska kunna bestämma om sin inre organisation för att anpassa den till de lokala behoven och säkerställa en effektiv förvaltning. Den nya kommunallagen, som lagfäste principen om den fria kommunala nämndorganisationen innebar en förstärkning av självstyrelsen i detta hänseende, varför det måste finnas synnerligen starka skäl för att göra inskränkningar i landstingsfullmäktiges rätt att själv besluta om nämndorganisationen, nämndens arbetsformer, antal ledamöter mm. De frågor, som den gemensamma nämnden förslås få kompetens att besluta om (6 §), är sådana, som enligt kommunallagen, bör vara förbehållna fullmäktiges beslutanderätt och som fullmäktige eventuellt kan delegera till en nämnd.

En samverkansnämnd med de omfattande befogenheter som utredningen föreslår kommer i praktiken innebära att de enskilda landstingens ansvar för den högspecialiserade vården blir mycket begränsat. Då den högspecialiserade vården och forskningen samtidigt är en drivkraft och motor för utvecklingen av den övriga vården i regionen blir landstingens roll och befogenheter starkt ifrågasatta.

En gemensam nämnd eller ett kommunalförbund kan vara ändamålsenliga samverkansformer, men knappast ett aktiebolag, som är en form avpassad för en affärsmässig eller operativ/producerande verksamhet.

Den nuvarande samarbetsformen genom en samarbetsnämnd på avtalsgrund men utan juridisk status bör behållas.

Enligt förslaget ankommer det på regionen att fatta beslut om vilket sjukhus som skall utgöra regionsjukhus och vilka kliniker som skall vara regionkliniker. I fråga om beslut om regionkliniker skall dessa kunna överprövas av Socialstyrelsen om det finns ekonomiska eller vårdkvalitativa skäl för detta. Regionsjukhuset skall ha ett centralt ansvar för utveckling av nya vårdmetoder samt implementering av nya metoder i sjukvården. Regionsjukhusets skall också ha ett centralt ansvar för samordning av klinisk forskning inom regionens specialiteter och var ett nav för det centrala vårdarbetet i regionen.

När det gäller det materiella innehållet i paragrafen 6 ovan kan förvaltningen stödja huvudinriktningen förutom vad gäller regionsjukvårdsnämndens beslutsrätt. I övrigt ligger förslaget i linje med den utveckling som nu drivs inom ramen för landstingets 3S –

utredning. Samtidigt som en koncentration av högspecialiserad vård sker till Karolinska Universitetssjukhuset kommer inom universitetssjukhuset en samordning av verksamheter ske mellan de båda enheterna vid Solna respektive Huddinge. Karolinska Universitetssjukhusets ansvar som kompetenscentrum för regionens sjukvård betonas.

7 § Inom varje sjukvårdsregion skall finnas ett eller flera regionsjukhus i nära samverkan med den medicinska fakulteten vid ett universitet. Vid andra sjukhus i regionen kan också finnas regionkliniker med ett övergripande ansvar för en samordnad verksamhet med högspecialiserad vård.

Regionsjukvårdsnämnden beslutar om regionsjukhus och regionkliniker.

I utredningen betonas betydelsen av samverkan mellan sjukvård och fakultet och att forskningens närvaro i vården är central för en utvecklad vårdkvalitet. Vidare framhålls att den kliniska forskningen bör samordnas från universitetssjukhuset och att forskarutbildning måste vara en av universitetssjukhusets viktiga uppgifter. Universitetssjukhuset skall också inom regionen vara drivande när det gäller etablering av nya vårdmetoder, vårdkvalitet och effektivitet.

I det nationella ALF avtalet mellan staten och några av landstingen om samarbete om grundutbildningen av läkare och medicinsk forskning och utveckling sägs också att landsting och fakultet skall utveckla organisatoriska lösningar för det fördjupade samarbetet. Gemensamma ledningsorgan skall utvecklas där landstingets och universitetets ledningsnivåer är representerade och verkar på jämbördiga villkor. ALF-avtalet syftar till att stärka samverkan mellan sjukvård och fakultet.

I utredningen påtalas att det idag finns tre sjukvårdsregioner (efter 1 januari 2004 två regioner) med två större sjukhus med dominerande ställning i vården och med roll som regionsjukhus. Man ställer sig tveksam till denna tudelning som skapar konkurrens om resurser och projekt och knappast är optimal ur kvalitativ synpunkt. Man säger dock att i de regioner där det finns två enheter som bedriver högspecialiserad vård ”är det vår förhoppning” att en samordning sker.

Förvaltningen stödjer utredarens förslag att den högspecialiserade vården och forskningen samlas till ett (1) regionsjukhus inom respektive region. Samtidigt bör samverkan mellan detta regionsjukhus och den medicinska fakulteten fördjupas. Det är bl a mot denna bakgrund som de båda universitetssjukhusen i Stockholm – Huddinge universitetssjukhus och Karolinska sjukhuset – fusionerats till Karolinska Universitetssjukhuset. Genom fusionen ges den högspecialiserade vården inom Stockholmsregionen ett samlat sjukvårdsunderlag med 1 900 miljoner invånare vilket torde vara nödvändigt om en framgångsrik verksamhet med hög kvalitet och kostnadseffektivitet skall kunna utvecklas. Samtidigt fördjupas samverkan mellan Karolinska institutet och Karolinska universitetssjukhuset enligt ALF avtalets intentioner.

Om organisationsformen gemensam nämnd väljs, måste det vara förbehållet de i regionen samverkande landstingens fullmäktigeförsamlingar att besluta om vilka sjukhus eller kliniker som skall vara regionsjukhus eller regionkliniker. Att genom lag tilldela en kommunal nämnd sådan beslutskompetens är, som framhållits tidigare, ett allvarligt ingrepp i den kommunala självstyrelsen. Det föreslagna andra stycket i 7 § avstyrks således.

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

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

I utredningen fastslås att specialitetsvisa vårdprogram bör utarbetas där man klagör ansvarsförhållandena för vissa vårdaktiviteter av central betydelse för den högspecialiserade vården. Utredarna föreslår att detta skall bli obligatoriskt för sjukvårdsregionerna.

Vi stödjer syftet med detta förslag som också ligger i linje med de förslag som tagits fram i 3S utredningen. Vi ställer oss dock tveksamma till att de särskilda vårdprogrammen skall vara ett obligatorium för sjukvårdsregionerna i de fall vårdprogrammen endast avser regionsjukvård och inte rikssjukvård. Det måste vara en uppgift för samverkansnämnden att ta ställning till vilka vårdprogram som skall utformas och vilken form och omfattning dessa skall ha.

Rikssjukvård

9 § Med rikssjukvård avses sjukvård som samordnas med riket som upptagningsområde.

I utredningen föreslås att Socialstyrelsen får i uppgift att identifiera den sjukvård och de vårdaktiviteter som bör utföras med hela riket som upptagningsområde. Bedömningarna skall grunda sig på behov av volymer för vissa aktiviteter, särskilda investeringsbehov eller kompetenskrav. Socialstyrelsen bör ansvara för att det finns adekvat behandling även för sällsynta sjukdomstillfällen där det finns behov av särskild kompetens eller särskild erfarenhet.

Beslut om vilka delar av vården som skall klassas som rikssjukvård grundas enligt förslaget på följande tre delar

- högspecialiserad vård som kräver betydande och långsiktiga investeringar i kompetens och kapital
- högspecialiserad vård som är knuten till specifik läkares kompetens eller metodutveckling som har stark forskningsanknytning
- högspecialiserad vård för diagnostik och behandling av sällsynta sjukdomar.

En prövning av vilken verksamhet som skall vara rikssjukvård bör enligt förslaget vara tidsbegränsad och en åtgärd som i ett skede betraktas som rikssjukvård kan senare komma att föras ut i systemet som region- eller landstingsvård.

Förvaltningen stödjer denna syn på rikssjukvård. Vi delar också utredarnas bedömning att rikssjukvård kräver en starkare och mer distinkt samordning på nationell nivå. Detta är en förutsättning om rikssjukvården skall bli internationellt konkurrenskraftig. Kravet på långsiktighet vid fördelningen av rikssjukvård måste därför beaktas. Etablering av nationellt och internationellt konkurrenskraftiga centra för högspecialiserad vård och forskning kräver mycket omfattande investeringar i infrastruktur, utrustning och kompetens. Samverkan mellan universitetssjukhus/regionsjukhus, universitet, högskolor och biomedicinsk och bioteknisk industri är oftast en förutsättning för utveckling och finansiering av verksamheten. För att säkra kvaliteten och långsiktigheten i besluten kommer stora krav att behöva ställas på den Rikssjukvårdsnämnd som förslås inrättad vid Socialstyrelsen.

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

Socialstyrelsen föreslås få i uppdrag att utveckla ett system för att identifiera samband mellan volymer och kvalitet för olika aktiviteter i svensk sjukvård. Enligt förslaget bör arbetet ske i nära samråd med de medicinska professionerna. Rikssjukvården skall vara evidensbaserad.

Utredarna finner inga skäl att i dag ändra huvudmannaskapsförhållandena i sjukvården. Därför föreslår man en ordning där en statlig styrning av rikssjukvården etableras i nära dialog med sjukvårdshuvudmännen men där produktionen kvarstår i landstingsregi. Huvudmannaskapet för den högspecialiserade sjukvården liksom dess finansiering bör enligt förslaget alltså vara ett ansvar för landstingen. Utredarna motiverar sitt förslag om bibehållet huvudmannaskap för rikssjukvården med att det finns ett absolut och starkt värde i att samma huvudman ansvarar för hela vårdkedjan.

Vi stödjer uppfattningen att ett sammanhållet ansvar för sjukvården bör eftersträvas. Samtidigt kommer den omfattande statliga styrningen och regleringen av rikssjukvården att få avsevärda ekonomiska konsekvenser för berörda landsting varför finansieringsfrågan måste bli föremål för särskild utredning. Då en fördjupad samverkan mellan fakultet och universitetssjukhus eftersträvas såväl ledningsmässigt som

organisatoriskt och då universitetssjukhusets uppdrag som kompetens- och utvecklingscentrum inte bara regionalt utan också nationellt blir allt tydligare kommer ett ökat statligt engagemang även finansiellt att bli nödvändigt.

Enligt förvaltningen finns skäl att beslut om vilka verksamheter som skall utgöra rikssjukvård fattas på politisk nivå (regeringen) och inte av en myndighet (Socialstyrelsen). De konsekvenser en sådan beslutsordning får för de förslag till författningstext som redovisas nedan berörs inte särskilt.

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

Före beslut om lokalisering av rikssjukvård skall rikssjukvårdsnämnden höras och dess rekommendation skall vara vägledande för myndigheten så länge inte patientintresset hotas. Som beslutsunderlag bör ett publikt system för kvalitativa jämförelser mellan olika kliniker utvecklas. Socialstyrelsen bör ansvara för detta och beslut om rikssjukvård skall utgå från volymbedömningar, kompetensförsörjning och ekonomi.

Förvaltningen stödjer utredarnas förslag men ser stora svårigheter att utifrån dagens splittrade verksamhet kunna göra invändningsfria kvalitetsjämförelser mellan olika regionsjukhus/kliniker då verksamheten bedrivs i alltför små volymer. En koncentration av verksamheten till ett fåtal enheter som har infrastrukturella förutsättningar att bedriva högspecialiserad vård och forskning bör vara avgörande för lokaliseringen. Kvalitetsjämförelser bör sedan göras med de mest framstående klinikerna i Europa.

Enligt utredarnas förslag bör det, i de fall behandlingsbehov uppstår där ingen behandling finns tillgänglig, ankomma på socialstyrelsen att i samråd med läkarprofessionen finna en behandling att rekommendera för den samlade professionen. Vi stödjer detta förslag sett ur ett vidare perspektiv. Då den medicinska och medicinsk tekniska utvecklingen är mycket snabb kommer ständigt nya behandlingsmetoder att introduceras där behov av omfattande investeringar och särskild kompetens föreligger. En nationell styrning av sådan ny högspecialiserad verksamhet kan särskilt i ett inledningsskede vara nödvändig för att möjliggöra tunga ekonomiska satsningar och samla erfarenhet. I undantagsfall kan det bli nödvändigt att söka en producent utomlands. I sådant fall bör det vara Rikssjukvårdsnämndens ansvar att finna lämpligt alternativ. I enlighet med utredarnas förslag bör SBU engageras vid utvärdering av ny metodik och utmönstring av metoder som saknar evidens.

12 § Tillstånd att bedriva rikssjukvård får återkallas om de villkor som föreskrivs för verksamheten inte uppfylls eller om kvaliteten på tjänsten inte står i överensstämmelse med vad som kan krävas med hänsyn till den

utveckling som varit inom hälso- och sjukvården sedan tillståndet lämnades.

Enligt förslaget skall "Rådet för kommunala analyser och jämförelser" få i uppdrag att i samråd med Socialstyrelsen utveckla nyckeltal som ger möjligheter att pröva lokaliseringen av rikssjukvård ur ett produktivitets- och effektivitetsperspektiv. Ett argument vid lokalisering av rikssjukvård är att vid likvärdig kvalitet bör den enhet som har bäst förutsättningar att driva verksamheten ges tillstånd. Rådet skall lämna förslag på lämpliga nyckeltal som beskriver verksamhet, ekonomi och kvalitet för landstingens verksamhetsområden. Nyckeltalen skall vara lätt tillgängliga och presenteras på Internet.

Förslaget att utveckla nyckeltal för att beskriva vårdens kvalitet, effektivitet och produktivitet är välkommet. Idag saknas ett objektiva och sakligt kvalitetsvärderingssystem för sjukvården i Sverige. Relevanta nyckeltal är en förutsättning om en kvalitetsuppföljning av sjukvården skall kunna ske och jämförelser göras mellan olika producenter. Samtidigt vill vi liksom utredarna framhålla att detta är en mycket grannliga uppgift och kräver ett omfattande arbete och engagemang inom professionen. Vid utvärdering (revision) av verksamheter och för bedömning av framtida lokalisering av rikssjukvård kan utländsk expertis behöva anlitas på Socialstyrelsens uppdrag.

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

Förvaltningen hänvisar till vad som sagts ovan om beslutsrätten avseende rikssjukvård.

Rikssjukvårdsnämnd

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

I nämnden skall ingå en ledamot från varje sjukvårdsregion.

Rikssjukvårdsnämnden skall enligt förslaget vara rådgivande till Socialstyrelsen. Genom nämndens sammansättning av representanter från de sex sjukvårdsregionerna (samt en av regeringen utsedd ordförande) uppstår enligt utredarna sådana jävsproblem att beslutandet måste falla på annan part.

Förvaltningen ser detta som en riktig bedömning. Det förutsätter dock att det finns tillräcklig kompetens inom myndigheten för att pröva nämndens rekommendationer och att i vissa fall kunna fatta beslut där nämnden inte kunnat enas.

Enligt utredningen bör rikssjukvårdsnämnden kunna tjäna som en arena för samordningen av sjukvårdsregionernas arbete, t.ex. när det gäller att skapa

gemensamma rikstäckande IT system för journalföring, ekonomiadministration eller dylikt. Förvaltningen delar inte den uppfattningen. Nämndens uppgift bör koncentreras till frågor rörande rikssjukvård. Samverkansbehov inom de områden som nämns ovan får tillgodoses på annat sätt.

Övriga bestämmelser

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

Förvaltningen stödjer detta förslag. Då högspecialiserad vård är ett dynamiskt begrepp och definierar vård som förändras över tiden är en kontinuerlig uppföljning av verksamhetens innehåll, dimensionering och lokalisering nödvändig. Arbetet bör som utredarna framhåller ske i nära samarbete med den medicinska professionen. Se i övrigt kommentarer under § 11 och § 12.

16 § Socialstyrelsen får infodra uppgifter som styrelsen behöver för att fatta beslut enligt denna lag.

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

I förslaget sägs att en investeringstung verksamhet (högspecialiserad vård) som sprids på för många händer tenderar att binda resurser som annars skulle ha kunnat användas för annan vård. Detta sägs vara ett huvudargument för att även den ekonomiska sidan av en verksamhet skall prövas vid avgöranden kring rikssjukvården. Vidare framhåller utredarna att det är viktigt att finna vägar att etablera ekonomiska jämförelser mellan olika produktionsenheter för att finna effektivitet i verksamheten.

Förvaltningen stödjer argumentation. Syftet med att koncentrera rikssjukvård till ett litet antal enheter är att skapa förutsättningar för en verksamhet med såväl hög kvalitet som god kostnadseffektivitet. Ekonomisk uppföljning baserad på relevanta nyckeltal blir därför nödvändig som ett komplement till kvalitetsuppföljningen. I anslutning till den ekonomiska uppföljningen och styrningen måste samtidigt finansieringen av verksamheten diskuteras. En statlig medfinansiering av den högspecialiserade rikssjukvården blir sannolikt nödvändig och en naturlig följd då staten allt mer engagerar sig i vårdens utformning och drift.

I övrigt hänvisar förvaltningen till sina kommentarer ovan rörande beslut om rikssjukvård.

17 § Socialstyrelsens beslut enligt denna lag får överklagas hos allmän förvaltningsdomstol.

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

Förvaltningen hänvisar till sina kommentarer ovan rörande regionsjukvårdsnämnd och rikssjukvårdsnämnd.

Detta tjänsteutlåtande har underhand diskuterats med företrädare för sjukvården inom Gotlands kommun som inte haft något att invända.

Sören Olofsson