

Socialdepartementet

Vår referens/dnr:

Anders Morin/182/2016

Er referens/dnr:

S2016/05390/FS

2016-11-24

Remissvar

Driftsformer för universitetssjukhus, Ds 2016:28
(S2016/05390/FS)

Sammanfattning

I departementspromemorian föreslås att landsting ska förbjudas lämna över uppgiften att bedriva hälso- och sjukvård vid ett universitetssjukhus eller vid en vårdenhet som vid något tillfälle efter 2007 tillhört ett universitetssjukhus

En betydande del av vården är inte av högspecialiserad karaktär, utan kan utföras med den kompetens och de resurser som krävs för vård vid länssjukhus. Redan på den grunden avvisar Svenskt Näringsliv förslaget, och konstaterar att det blir kostnadsdrivande.

Det är uppenbart att en konsekvens av förslaget blir att utskiftning av vård från universitetssjukhusen kommer att försvåras, och att den som ändå sker inte kommer att kunna dra nytta av effektivitet och effektivitetsutveckling genom konkurrens. Följden blir även här en dyrare vård. Redan utskiftad vård kommer dessutom att tas tillbaka till universitetssjukhusen, trots avsaknad av varje motiv.

En förändring av den lagtekniska konstruktionen så att det är universitetssjukvård som avses leder dock också fel. Högspecialiserad vård utförs idag av privata vårdgivare. Att inte tillåta detta vore inte ett effektivt sätt att utnyttja de privata vårdgivarnas potential fullt ut.

När det gäller förhållandet till EU-rätten behöver regeringen motivera sitt ställningstagande i förhållande till EU-domstolens rättspraxis och inte enbart till ett meddelande från EU-kommissionen.

Mot denna bakgrund avvisas lagförslaget i sin helhet av Svenskt Näringsliv.

Förslagets konsekvenser och Svenskt Näringslivs synpunkter – kvalitets- och effektivitetsaspekter

1. Den vård som bedrivs på universitetssjukhus är av olika karaktär. Där förekommer såväl högspecialiserad vård som vård som också kan utföras, och utförs, på länssjukhus. Den senare är ofta av betydande omfattning. Detta kan vara rationellt utifrån en mängd olika aspekter. En självklar sådan är att det medför att en ort, där ett universitetssjukhus är beläget, inte behöver ha två sjukhus.

Att mot den bakgrunden utesluta privata utförare från att driva t ex enskilda kliniker på ett universitetssjukhus kan inte motiveras vare sig från kvalitetsargument eller kostnadseffektivitetsargument. Privat drivna Capio Sankt Göran har i en jämförande utvärdering från SLL (2015) högre kostnadseffektivitet och minst lika bra kvalitetsresultat som jämförelsesjukhusen Danderyds sjukhus och Södersjukhuset. Tvärtom skulle ett förbud försvåra möjligheterna att förbättra kostnadseffektiviteten på universitetssjukhusen, något som är mycket angeläget mot bakgrund av den svaga produktivitetens utvecklingen inom akutsjukhusvården i allmänhet och universitetssjukhusvården i synnerhet (Rehnberg 2016; Produktivitetsskillnader mellan akutsjukhus i Norden, Svenskt Näringsliv). Härigenom skulle också det allmännas resurser räcka till mindre vård för befolkningen vilket knappast kan ligga i någons intresse.

2. I promemorian föreslås att lagstiftningen ska omfatta den vård som bedrivs på de sjukhus som anges som universitetssjukhus eller som har bedrivits på universitetssjukhus sedan 2007.

Mot bakgrund av att det pågår en ständig utskiftning av vård från universitetssjukhus till länssjukhus och till öppna specialistkliniker är lagförslaget synnerligen anmärkningsvärt. Vad som krävde universitetssjukhusets resurser och kompetens 2007 kan successivt klaras i andra vårdformer, allt eftersom kunskap om behandlingsmetoder, medicin-teknisk utveckling m m fortskrider. På samma sätt gäller att den vård som idag kräver universitetssjukhusets resurser och kompetens om tio år i betydande utsträckning sannolikt kan klaras i andra vårdformer.

På samma sätt blir varje knytning till byggnad, och inte till nivå, i vården en inskränkning av utrymmer för privata vårdgivare som inte är motiverad ens om de skäl som anges i promemorian vore giltiga. Det är uppenbart att utskiftning av vård från universitetssjukhusen kommer att försvåras, och att den som ändå sker inte kommer att kunna dra nytta av effektivitet och effektivitetsutveckling genom konkurrens. Följden blir även här en dyrare vård, och att det allmännas resurser räcker till mindre vård, vilket knappast kan ligga i någons intresse.

Det kan också noteras att den utskiftning av vård som gjorts sedan 2007, och som idag bedrivs av privata utförare, sannolikt kommer att tas tillbaka till universitetssjukhusen när avtalen löper ut. Motiven för att detta skulle vara en positiv utveckling är inte redovisade, sannolikt för att några sådana motiv inte finns.

3. En förändring av den lagtekniska konstruktionen så att det är universitetssjukvård som avses leder dock också fel. Högspecialiserad vård utförs idag av privata vårdgivare. Med en sådan ändring skulle det inte vara tillåtet att bedriva högspecialiserad vård av privata

vårdgivare. Detta vore ett effektivt sätt att inte utnyttja de privata vårdgivarnas potential fullt ut. Förlorare blir svensk sjukvård, eftersom mindre högspecialiserad vård då kommer att utföras.

Vad som i stället behövs är en ökad samverkan mellan offentligt och privat bedriven vård. Det gäller även samverkan när det gäller högspecialiserad vård och klinisk forskning.

Frågan om förenligheten med EU-rätt – Svenskt Näringslivs bedömning

Vid bedömningen om förslaget strider mot EU-rätten eller inte kan man inte enbart beakta ett statsstödsmeddelande från EU-kommissionen. Det finns ett flertal domar från EU-domstolen, av senare datum än meddelandet, som berör frågan om huruvida hälso- och sjukvårdstjänster omfattas av de grundläggande friheterna att tillhandahålla tjänster och etableringsfrihet, och som inte alls berörs i analysen.

Av fördraget framgår att gemenskapsrätten inte får inkräkta på medlemsstaternas behörighet att själva utforma sina system för social trygghet eller att organisera och tillhandahålla hälso- och sjukvårdstjänster. Vid utövandet av denna behörighet är medlemsstaterna emellertid skyldiga att iaktta gemenskapsrätten, särskilt EU-fördragets bestämmelser om fri rörlighet, och däribland etableringsfriheten. I dessa bestämmelser föreskrivs att medlemsstaterna inte får införa eller bibehålla obefogade inskränkningar i utövandet av dessa friheter inom området för hälso- och sjukvård (C-169/07). Hälso- och sjukvårdssektorn kan därför inte anses vara undantagen från tillämpningen av EU:s regelverk.

Det följer av rättspraxis att två målsättningar, närmare bestämt, kan omfattas av detta undantag, i den mån som dessa bidrar till att säkerställa en hög nivå vad avser hälsoskyddet, nämligen dels målsättningen att upprätthålla en väl avvägd och allmänt tillgänglig kvalitetssjukvård, dels målsättningen att utesluta risken för att den ekonomiska balansen i det sociala trygghetssystemet allvarligt rubbas (se, för ett liknande resonemang, domen i det ovannämnda målet C-372/04 Watts, punkterna 103 och 104 och där angiven rättspraxis).

Av bl.a. målen Spezzino (C-113/13) och Casta /C-50/14) framgår att vid utövandet av den nationella befogenhet att tillhandahålla hälso- och sjukvårdstjänster får medlemsstaterna visserligen inte införa eller bibehålla obefogade inskränkningar av de grundläggande friheterna på hälso- och sjukvårdsområdet. Vid bedömningen av huruvida detta förbud iaktas ska det beaktas att människors liv och hälsa ska ges högsta prioritet bland de värden och intressen som skyddas genom fördraget och att det ankommer på medlemsstaterna, vilka har ett utrymme för skönsmässig bedömning, att fastställa på vilken nivå de vill säkerställa skyddet för folkhälsan och på vilket sätt denna nivå ska uppnås.

Domstolen har också argumenterat för att det inte bara är risken för att den ekonomiska jämvikten i systemet för social trygghet som allvarligt riskeras att rubbas som i sig kan utgöra ett tvingande skäl av allmänintresse som kan motivera ett hinder för utövandet av friheten att tillhandahålla tjänster. Även det på folkhälsoskäl grundade målet att upprätthålla en väl avvägd läkar- och sjukhusvård som är tillgänglig för alla kan omfattas av undantagen avseende hänsyn till folkhälsan, i den mån målet bidrar till att säkerställa en hög nivå vad avser hälsoskyddet. Således avses åtgärder som för det första svarar mot det allmänna

målet att inom den berörda medlemsstatens territorium säkerställa att det finns en ständig och tillräckligt stor tillgång till ett väl avvägt utbud av läkarvård av god kvalitet, och som för det andra bidrar till att säkerställa en kontroll över kostnaderna och till att i möjligaste mån undvika allt slöseri med ekonomiska, tekniska och mänskliga resurser.

Regeringen behöver således motivera sitt ställningstagande i förhållande till EU-domstolens rättspraxis och inte enbart till ett meddelande från EU-kommissionen. Det ska med andra ord finnas ett reellt problem och den föreslagna bestämmelsen *måste* faktiskt bidra till förverkligandet av en väl avvägd och allmänt tillgänglig kvalitetssjukvård samt till att uppfylla de mål beträffande solidaritet och budgetmässig effektivitet som systemet vilar på, för att inte strida mot de grundläggande principerna.

Mot denna bakgrund avvisas lagförslaget i sin helhet av Svenskt Näringsliv.

FÖRENINGEN SVENSKT NÄRINGSLIV



Caroline af Ugglas



Anders Morin