



Kommittémotion

Motion till riksdagen 2005/06:So27 sl

av Cristina Husmark Pehrsson m.fl. (m)

med anledning av prop. 2005/06:73 Nationell samordning av rikssjukvården

Förslag till riksdagsbeslut

1. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad i motionen anförs om rikssjukvårdens styrning.
2. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad i motionen anförs om behovet av ett sjukvårdssystem som stimulerar internationellt samarbete.
3. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad i motionen anförs om konkurrens effekter av förslaget.

Allmänna synpunkter

Regeringens proposition belyser sjukvårdens problem. Man lyfter också fram dagens situation för den högspecialiserade vården. Intentionen att skapa goda förutsättningar för en dynamisk utveckling av denna del av sjukvården är positiv. Det är viktigt att vården präglas av hög kvalitet, tillgänglighet och effektivitet, samt att vården ges på lika villkor för alla efter behov.

Vi moderater delar regeringens uppfattning om att samordningen måste förbättras på detta område. Samtidigt menar vi att förslaget är otillräckligt och att regeringen i enlighet med den modell som exempelvis föreslås av Läkarförbundet bör överväga att låta staten ansvara för sjukvårdens finansiering. Detta skulle på ett bättre sätt främja det nationella och internationella samarbete som är nödvändigt för att utveckla sjukvården. I likhet med Vårdförbundet anser vi också att ett samlat huvudmannaskap är viktigt för att säkra en obruten vårdkedja.

Inom de flesta andra samhällssektorer förmår ekonomiska aktörer att specialisera sig och utnyttja skalfördelar. I regel är problemet inte brist på samordning, utan dess motsats; karteller och prissamarbeten. Men vårdens politiska överbyggnad förhindrar i stor utsträckning det naturliga samarbete som växer fram på andra områden och detta leder i sin tur till ett behov av ytterligare politiska ingripanden. Den medicinska kunskapsutvecklingen genererar i snabb takt nya behandlingsmöjligheter, samtidigt som en åldrande befolkning ökar vårdbehoven. Detta måste hanteras och landstingen klarar inte av att genomföra de prioriteringar och strukturförändringar som är nödvändiga.

I avsaknad av ett nationellt finansieringssystem är den lösning som presenteras i regeringens proposition en andrahandslösning. Regeringens förslag skulle aldrig ha behövt läggas fram om sjukvården hade organiserats med patienten i centrum. Moderaterna förespråkar ett sjukvårdsfinansieringssystem med utgångspunkt i patientens behov.

För den slutna vården har vi moderater föreslagit att ett nationellt DRG-system införs. Denna typ av ersättningssystem finns redan i exempelvis Frankrike, Tyskland, USA, och en rad andra länder. Med ett nationellt ersättningssystem och tydliga kvalitetskrav uppstår specialisering naturligt och behöver därför inte tvingas fram.

Eftersom vi emellertid delar uppfattningen att de problem som den politiska styrningen skapat måste lösas väljer vi att inte avslå propositionen utan kommentera de delar som bör förändras.

Rikssjukvårdens styrning

Vi delar inte regeringens bedömning att huvudmannskapet bör kvarstå som oförändrat. Vi förespråkar en nationell finansiering av den slutna vården och ett införande av ett nationellt DRG-system. Vi bedömer, i likhet med den norska utredningen av specialistvården NOU2003:1, att en anpassning av DRG-systemet till högspecialiserade åtgärder är tillräckligt för att hantera frågan i ett nationellt ersättningssystem. I det begränsade antal fall som återstår kan verksamheten bedrivas med staten som huvudman.

Det är viktigt att notera att sambandet mellan behandlingsvolym och kvalitet är ofullständigt kartlagt, vilket har betydelse för analysen. En omfattande studie av patienter i Storbritannien (Birkmeyer m.fl. 2003) påvisar exempelvis ett tydligt

samband mellan behandlingsvolym och läkarnas operationsvolym. Något tydligt samband mellan klinikernas operationsvolym och kvaliteten kunde dock inte påvisas. Det är därför inte självklart att restriktioner när det gäller antalet kliniker som får göra vissa ingrepp, eller ens när det gäller antalet operationer som utförs på klinikerna, är det bästa sättet att hantera kvalitetsfrågan. Kanske behövs ökade kunskaps- och erfarenhetskrav på enskilda läkare i stället för enbart regler om vilka kliniker som får utföra högspecialiserad vård?

Det senare är svårt att åstadkomma inom ramen för det förslag som regeringen har lagt. Snarare behövs bättre utbildning, möjligheter till undervisning, praktiktjänstgöring, med mera. Lösningen är förmodligen inte enbart att man begränsar antalet kliniker, utan i stället bör skickliga läkare och sjuksköterskor få möjlighet att arbeta på flera sjukhus och i flera länder.

Frågan om ekonomiska stordriftsfördelar bör också skiljas från kvalitetsfrågorna. Viss högspecialiserad vård är kapitalintensiv, medan annan vård kräver stor operationsvana. Lösningar som fungerar i det ena fallet kan vara icke ändamålsenliga i det andra. Dock är det viktigt att koncentrera vården för små patientgrupper.

Rikssjukvårdens utveckling

Vi menar, i enlighet med vårt grundläggande resonemang, att Socialstyrelsens grundläggande funktion är att följa upp vårdkvaliteten. Bedömningen av vilka åtgärder som bör ha hela riket som upptagningsområde avgörs av inte enbart medicinska förhållanden, utan också av ekonomiska bedömningar. Eftersom Socialstyrelsens kompetens rör medicinska förhållanden bör myndigheten i första hand ha synpunkter på vilka medicinska krav som bör ställas på vårdgivare. Dessa bör formuleras i termer av minimivillkor, snarare än monopolprivilegier. Att låta Socialstyrelsen välja ut specialiteter med utgångspunkt i ekonomiska stordriftsfördelar, lämplig operationsvolym och regionala aspekter riskerar att leda till felaktiga bedömningar. Att fördela rätten att bedriva vård via en specifik nämnd innebär att man begränsar konkurrensen mellan vårdgivare. Sjukvården, speciellt den högspecialiserade, kommer i framtiden att bli allt mer internationell. De vårdgivare som får rätten att bedriva viss högspecialiserad vård kommer därmed ändå att utsättas för konkurrens från vårdgivare i andra länder.

Det som behövs är snarare ett system som stimulerar fram samarbete mellan vårdgivare, även på internationell nivå. Vi menar att detta samarbete lättare kan uppnås med en nationell sjukvårdsfinansiering som gör det möjligt för vårdgivare att på ett annat sätt än i dag utveckla en sjukvård med allra bästa kvalitet. Ett nationellt ersättningsystem gör det inte bara möjligt att samarbeta inom Sverige utan även över landsgränser.

Regeringens bedömning att samarbete endast behövs inom någon procent av sjukvården, rikssjukvården, är felaktigt. Samarbete behövs om allt från IT-system till principer för ekonomisk redovisning. Behovet av samarbete skär rakt igenom kliniska verksamheter och det är i praktiken omöjligt att avgränsa på ett tydligt sätt.

Landstingens oförmåga att samarbeta kan inte hanteras genom att man skiljer ut en procent av den kliniska verksamheten och lämnar alla övriga områden intakta. Vi behöver därför en sjukvårdspolitik som stimulerar samarbete inom alla sjukvårdens verksamheter, inte bara den högspecialiserade rikssjukvården.

Riksförbundet Sällsynta Diagnoser påpekar exempelvis i sitt remissyttrande att centraliseringen av vården inte bara bör omfatta den högspecialiserade vården, utan också andra insatser som personer med sällsynta diagnoser får under sin livstid. Vi instämmer i denna bedömning och noterar att regeringen tyvärr inte beaktat behovet av en sammanhållen vård för dessa patientgrupper i sitt förslag.

Konkurrenseffekter av förslaget

Konkurrensverket konstaterar i sitt yttrande över departementsskrivelsen om högspecialiserad vård som ligger till grund för regeringens förslag (Ds 2003:56) att även om sjukvård inte tillhör de verksamheter som bedrivs på en oreglerad marknad så tillämpas konkurrenslösningar ofta inom sjukvården. Exempel på detta är anbudskonkurrens, entreprenadmodeller och prestationsersättning av DRG-typ. Dessa modeller påminner starkt om de marknadslösningar som finns på andra områden. Påståendet att sjukvården principiellt skulle vara undantagen de lagar om utbud och efterfrågan som gäller andra samhällssektorer är därmed felaktigt.

Konkurrensverket skriver bland annat i sitt remissyttrande: ”Om förutsättningarna för att använda konkurrenslösningar inom rikssjukvården försämras minskar sjukvårdshuvudmännens möjligheter att uppnå låga sjukvårdskostnader med hög kvalitet.”

Vi anser att Konkurrensverkets principiella invändningar mot begränsningar av konkurrensen bör tas på allvar. Särskilt allvarligt är det att den marknadsuppdelning som föreslås i propositionen är lagstridig på de flesta andra verksamhetsområden. Regeringen har inte på ett framgångsrikt sätt klargjort varför de principer som fri konkurrens som tillämpas i andra sammanhang skall åsidosättas och till och med förbjudas just när det gäller sjukvård.

Detta är speciellt allvarligt med tanke på den stopplag som regeringen tidigare har presenterat och som syftar till en explicit konkurrensbegränsning inom vårdsektorn. Syftet med förslaget om rikssjukvården är, till skillnad från stopplagen, inte primärt till att minska konkurrensen och att stänga ute alternativa vårdproducenter. Vi vill dock peka på att förslaget, trots detta, riskerar att få samma konkurrensbegränsande effekter som den nämnda stopplagen.

Riksorganisationen för vård och omsorg utan vinstsyfte (FAMNA) konstaterar i sitt remissyttrande att det dessutom råder oklarhet om hur lagförslaget skulle påverka privata och idéburna organisationer och om det kommer att vara möjligt för landstingen att upphandla rikssjukvård. Det bör därför klargöras att landsting har rätt att upphandla rikssjukvård av privata och idéburna organisationer.

Det är viktigt att i möjligaste mån bevara de positiva drivkrafter som konkurrensen mellan potentiella alternativ utgör. Vi delar därför Läkarförbundets och Hallands läns landstings uppfattning att rikssjukvård i möjligaste mån bör bedrivas vid två enheter och anser att alternativ bör sökas i utlandet om endast en enhet finns att tillgå i landet.

Stockholm den 21 februari 2006

Cristina Husmark Pehrsson (m)

Anne Marie Brodén (m)

Magdalena Andersson (m)

Maud Ekendahl (m)

Lena Adelsohn Liljeroth (m)

Stefan Hagfeldt (m)