

Enskild motion

Motion till riksdagen: 2014/15:2655

av Finn Bengtsson m.fl. (M)

**Ökad valfrihet, bättre patienträttigheter**

---

### **Förslag till riksdagsbeslut**

1. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om att ökad valfrihet ger bättre patienträttigheter.

### **Motivering**

Ökad egenmakt och kontroll för patienter och enskilda vårdgivare över sin situation jämfört med sjukvårdshuvudmännens (idag landstingens) dominans, som närmast har monopol på utförarsidan av svensk hälso- och sjukvård, ligger efter långvarigt socialdemokratiskt styre med vänsterpolitiskt stöd kraftigt på efterkälken i förhållande till hur det ser ut i flertalet jämförbara länder i Europa.

Med en kort borgerlig regeringsperiod 1991–1993 förbättrades valfriheten såväl för patienter som för alternativa vårdgivare, något som återigen konsekvent motverkades under det socialdemokratiska regeringsinnehavet 1994 till 2006.

Men med alliansregeringens valseger 2006 påbörjades ett hälsosamt återtagande av patient- och utförarmakt med efterlängtade reformer som exempelvis lett fram till att vi nu har ett nationellt lagstadgat fritt vårdvalssystem till gagn för enskilda patienter och en etableringsfrihet för privata vårdgivare i primärvården till gagn för små och stora entreprenörer utanför landstingens verksamhet.

För att ytterligare stärka patienträttigheterna vad gäller tillgänglighet till vården införde alliansregeringen också en lagstadgad vårdgaranti för det som tidigare enbart var en frivillig garanti och därmed till intet förpliktigande för landstingen. I den lagstadgade vårdgarantin kombineras stimulans och tvång så att en rimligare standard för tillgänglighet till vården nu upprätthålls. Stimulansen innebär ekonomisk ersättning (från den så kallade kömiljarden) enbart till de landsting som uppfyller vårdgarantins

krav på att gränser för maximala tider inte överskrids innan sjukvårdsbesök, besök hos en specialisläkare respektive beslutade behandlingsåtgärder insätts. Tvånget innebär att patienten, i de fall landstingen inte lever upp till vårdgarantin, kan välja att motta denna vård någon annanstans men att det ansvariga landstinget ändå blir skyldigt att ersätta för de kostnader detta medför. På så sätt har de orimliga sjukvårdsköerna i Sverige successivt börjat kortas ner.

Sammanfattningsvis var den tidigare alliansregeringens goda reformagenda för att utvidga rättigheterna för patienter och vårdgivare uppskattad, men mer återstår att göra för att ytterligare förbättra förhållandet på den redan inslagna positiva reformambitionen. Redan tidigare har förslag om utvidgade rättigheter för patienter och vårdgivare lämnats i motion 2011/12:So577 som behandlades i betänkande 2011/12:SoU14. Utskottet yrkade då avslag på motionen utan vare sig någon specifik eller allmän skrivning som kommenterade förslaget som lagts fram i denna motion. För att därför få en rättvisare beredning av förslaget i 2011/12:So577 läggs i denna motion åter en likalydande motivering fram med förslag till riksdagen att överväga besluta ge regeringen tillkänna.

Det finns ingen anledning att begränsa valfrihet inom vården enbart till primärvården. Den specialiserade vården bör på samma sätt erbjudas frihet att välja och att utföra, inom ramen för en solidarisk finansiering. Vi föreslår därför att det fria vårdvalet för patienter utvidgas till att gälla all hälso- och sjukvård. I analogi med detta är det rimligt att etableringsfrihet införs även för utbildade specialister inom vården (läkare, sjuksköterskor m.fl. kategorier där specialisering på viss typ av vård förekommer). Inom ramen för lagen om valfrihet är även i fortsättningen kommuner och landsting de som sätter ramarna för vilka avtal om ersättning för hälso- och sjukvård som ska gälla för en vårdproducent. Sådan ersättning kan därför variera påtagligt över landet, vilket gör att likvärdigt utförd hälso- och sjukvård då kan ersättas olika beroende på i vilken geografisk region den utförs. Detta är i grunden ett orättvist system, som har sina rötter i att sjukvårdshuvudmännen idag fortfarande har egen skatteuppbördsrätt och därigenom själva i allt för stor omfattning kan välja att definiera vilken typ av hälso- och sjukvård man är beredd att tillhandahålla i den aktuella regionen. Inte sällan kommer detta i konflikt med hälso- och sjukvårdslagen (HSL) som i portalparagrafer tydliggör att hälso- och sjukvården i Sverige i grunden ska bedrivas på ett rättvist och likvärdigt sätt för alla medborgare efter behov. I sin tur uppkommer denna konflikt mellan olika regioners olika prioriteringar av vilken hälso- och sjukvård som man tillhandahåller och HSL:s intentioner om en mera likvärdig hälso- och sjukvård över landet i det faktum att HSL fortfarande idag är en så kallad skyldighetslagstiftning (ur

sjukvårdshuvudmännens synvinkel) och inte en rättighetslagstiftning (ur patientsynvinkel).

För att därför öka sjukvårdsproducenternas och sjukvårdskonsumenternas makt för en rättvisare och mera jämlik ersättning för och tillgång till hälso- och sjukvård över hela Sverige föreslår vi vidare följande:

Det är rimligt att en mera likvärdig ersättning än idag utgår för lika hälso- och sjukvård som utförs över hela landet. Detta bör gälla såväl i primärvården som i den specialiserade vården. En översyn av möjligheterna till att utvidga och modernisera den så kallade nationella taxan för ersättning till alla vårddyrkesetablerade från statens sida är därför motiverad att göra.

På samma sätt, för att öka patienternas rättigheter i hälso- och sjukvården, bör en översyn göras i syfte att se om dagens skyldighetslagstiftning i form av HSL kan skärpas till att övergå till en rättighetslagstiftning så att makten över hälso- och sjukvårdens utbud flyttas från kommuner och landsting till patienterna. Vid en sådan översyn är syftet också att överväga om man på detta sätt kan få HSL i riktning mot en mera likvärdig tillämpning över hela landet, något som vi tror i sig skulle öka den långsiktiga legitimiteten för denna viktiga trygghetslagstiftning.

När det gäller prioriteringar av solidariskt finansierad hälso- och sjukvård bör denna vara tydligare centraliserad till ett statligt ansvar än ligga ute på enskilda kommuner och landsting att bedöma. I detta sammanhang bör påminnas om den tidigare Prioriteringsutredningens slutbetänkande Vårdens svåra val (SOU 1995:5). Utredningen sammanfattade sin syn på prioriteringar i en ”etisk plattform” bestående av tre generella principer: människovärdesprincipen, behovs- och solidaritetsprincipen och kostnadseffektivitetsprincipen. Med utgångspunkt från detta arbete beslöt riksdagen 1996 (prop. 1996/97:60) om riktlinjer för prioriteringar i hälso- och sjukvården. Riksdagen kompletterade utredningen med en allmän prioriteringsregel i 2 § HSL som fastlägger målet för hälso- och sjukvården. Det uttrycks som att den som har det största behovet av hälso- och sjukvård ska ha företräde till vården. Lagen ger också alla medborgare rätten till en första bedömning, varefter den enskildes behov av hälso- och sjukvård kan bedömas om det inte är uppenbart obehövt.

Prioriteringscentrum i Linköping har sedan på Socialstyrelsens uppdrag kartlagt och analyserat hälso- och sjukvårdens arbete med prioriteringar från år 2003 som löpande rapporterats, nu senast med en erfarenhetsuppföljning av arbetet över åren i Östergötland (rapport 2008:6) som påtalar ett antal fel och brister som begåtts under resans gång. Detta i sin tur reser ett behov av att ånyo uppdatera de nationella riktlinjerna för prioriteringar i hälso- och sjukvården baserat bland annat på de många olikheter i vården som successivt utvecklats sedan riksdagsbeslutet fattades 1996 vad

gäller såväl tillgängligheten till vård i allmänhet runt om i landet som nu, under senare tid, ett antal rapporter om betydande regionala skillnader på vårdutbud och vårdkvalitet för olika sjukdomsgrupper såsom cancervården, hjärt-kärlsjukvården och barnsjukvården i Sverige.

För att bättre kunna leva upp till HSL:s intentioner om en lika och rättvis vård i hela Sverige bör en översyn göras av möjligheten att det nationella arbetet med centrala prioriteringsmodeller återupptas. Detta för att den nationella tillsyn av all hälso- och sjukvård som sker via Socialstyrelsens försorg ges möjligheter att även följa upp att ett lika och rättvist sätt att prioritera till vård över hela Sverige tillmötesgår lagstiftarens samlade intentioner för våra nationella lagar som reglerar svensk hälso- och sjukvård, inte minst till gagn för den viktiga samlade patientsäkerhetslagstiftningen som togs fram av alliansregeringen och beslutades om under 2010.

Vidare är det i prioriteringssammanhang viktigt att se över hur den gynnsamma utvecklingen av förebyggande hälsovård och habiliterings- eller rehabiliteringsinsatser inom medicinen under senare år bättre kan komma patienterna till del än som det är idag. Trots att alliansregeringen haft behjärtansvärt fokus på att på olika sätt stimulera till bättre och tidigare insatta förebyggande likaväl som rehabiliterande åtgärder i vården, så är dessa områden fortsatt eftersatta av kommuner och landsting. En kartläggning från Neurologiskt Handikappades Riksförbund (NHR) har exempelvis visat på stora regionala skillnader i rehabiliteringsmöjligheter för en lång rad neurologiska sjukdomar och skador och en, för vissa kommuner och landsting, alarmerande nivå med brist på ansvar och engagemang för att förbättra en oacceptabelt försummad möjlighet till rehabilitering i allmänhet.

Detta är särskilt allvarligt eftersom alliansregeringens kanske främsta reform på arbetsmarknadens och socialförsäkringarnas område relaterar till påtagliga brister i bland annat arbetslivsinriktad och medicinsk rehabilitering. Genom en ny process för att aktivt möjliggöra återgång i arbete för många som inte tidigare erbjöds detta har alliansregeringen under 2010 infört en flerstegsmodell för utvärdering av behovet av sjukskrivning parad med en rehabiliteringsgaranti för dem med identifierat sådant behov.

Men då rehabiliteringsinsatser generellt har kommit i skymundan för gängse hälso- och sjukvårdsuppgifter inom landstingens och kommunernas respektive ansvarsområde måste ytterligare arbete till. Detta visas som mest tydligt genom att bland vedertagna prioriteringsgrupper av patienter inom hälso- och sjukvården kommer i praktiken alla patienter med en någorlunda tydlig sjukdom (prioriteringsgrupp I) att ställas före dem som har behov av habilitering eller rehabilitering (prioriteringsgrupp II). Krav på förebyggande åtgärder och prevention reses ofta i samband med diskussioner om hur

sjukvård bör bedrivas, men denna typ av åtgärder prioriteras fortfarande lägre än aktiv (reaktiv) sjukvård när sjukdom finns. Men när sådant reaktivt rehabiliteringsbehov finns, på grund av sjukdom eller skada, prioriteras detta patetiskt nog fortfarande lika lågt som förebyggande åtgärder och prevention. Det vill säga att för individer som har visat behov av rehabilitering och nu är sjukskrivna men där också bevisat effektiva åtgärder finns att tillgå för att hjälpa dem till högre grader av funktion, så kommer detta i andra hand jämfört med människor som uppvisar en sjukdom eller skada där behovet inte primärt är rehabilitering utan sjukvård. Konsekvensen av denna marginalisering av de många människor som har ett rehabiliteringsbehov istället för ett traditionellt sjukvårdsbehov är att de förra oftast tvingas kvar i onödiga och oönskade situationer av sjukskrivning som, i värsta fall, pågår livet ut. Utan att detta synsätt förändras i grunden finns inga egentliga förutsättningar för att den goda tanken från alliansregeringen med införandet av en rehabiliteringsgaranti ska kunna förverkligas i praktiken. För att ändra synsätt och prioritering av behov för rehabiliteringsåtgärder inom hälso- och sjukvården i syfte att fler ska kunna återgå i arbete på en fungerande arbetsmarknad som inte utesluter någon som vill och kan arbeta efter möjlig förmåga, bör såväl en etisk plattform för prioriteringsgrunder som en nationellt likvärdig tillsyn av att detta i praktiken efterlevs av hälso- och sjukvården införas.

Vi föreslår därför följande:

En översyn görs av möjligheten att återuppta det nationella arbetet i syfte att uppdatera och ta fram nya centrala prioriteringsmodeller inom hälso- och sjukvården i allmänhet. En översyn av möjligheterna för att i synnerhet inom HSL prioritera upp förebyggande hälsovård och rehabiliteringsåtgärder till samma nivå som idag gäller för prioritetsgrupp I. Detta i syfte att med ett starkare lagstöd likställa proaktiva förebyggande och rehabiliterande hälsobefrämjande åtgärder med idag högre prioriterade reaktiva åtgärder för att omhänderta sjukdom.

*Finn Bengtsson (M)*

*Boriana Åberg (M)*

*Per Bill (M)*