

Enskild motion

Motion till riksdagen 2016/17:1408

av **Finn Bengtsson (M)**

Förbättringar i hälso- och sjukvården

Förslag till riksdagsbeslut

1. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att utvidga det fria vårdvalet till att gälla all hälso- och sjukvård och tillkännager detta för regeringen.
2. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att utveckla den nationella taxan för sjukvård och tillkännager detta för regeringen.
3. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att tillsätta en permanent parlamentarisk beredning som kan utarbeta centrala prioriteringsprinciper utifrån en utveckling av den etiska plattformen i hälso- och sjukvårdslagen, och detta tillkännager riksdagen för regeringen.
4. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att Inspektionen för vård och omsorg vid tillsyn ska följa upp att också en lika och rättvis prioritering av sjukvård sker över hela landet och tillkännager detta för regeringen.
5. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att habilitering och rehabilitering bör ges samma prioritering som reaktiv hälso- och sjukvård och tillkännager detta för regeringen.

Motivering

Fritt vårdval gäller nu i primärvården. Detta är utmärkt, men det finns ingen anledning att begränsa valfrihet inom vården enbart till primärvården. All specialiserad vård bör på samma sätt erbjudas frihet att välja och att utföra, inom ramen för en solidarisk finansiering.

Jag 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 alltför 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 hälso- och sjukvårdslagens intentioner om en mera likvärdig hälso- och sjukvård över landet i det faktum att hälso- och sjukvårdslagen fortfarande idag är en så kallad skyldighetslagstiftning (ur sjukvårdshuvudmännens synvinkel) och inte en rättighetslagstiftning (ur patientsynvinkel).

Den nya patientlagen som trätt i kraft från den 1 januari 2015 har till viss del ökat patienternas makt att välja vård även utanför det egna landstinget, men mera återstår att göra för att en nationellt lika vård ska uppnås. 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 hälso- och sjukvårdslagen i riktning mot en mera likvärdig tillämpning över hela landet, något som jag 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 kostnads-effektivitetsprincipen. 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 § hälso- och sjukvårdslagen 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 obehövligt.

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 motiverar att igen 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. Lämpligen kan en permanent parlamentarisk beredning för centralt prioriteringsarbete inom hälso- och sjukvården tillsättas med, förslagsvis, Prioriteringscentrum i Linköping som administrativ enhet. Därtill bör den nationella tillsynen av all hälso- och sjukvård som numer sker via Inspektionen för vård och omsorgs (IVO:s) försorg, ges möjligheter att även följa upp att ett lika och rättvist sätt att prioritera till vård sker över hela Sverige som tillmötesgår lagstiftarens intentioner för all sjukvård.

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.

Men tyvärr har rehabiliteringsinsatser generellt kommit i skymundan av gängse hälso- och sjukvårdsuppgifter inom landstingens och kommunernas respektive ansvarsområde. Detta blir uppenbart 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).

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.

När förslag som de som återfinns ovan väcktes under riksmötet 2014/15, så avslög utskottet motionen med en generell hänvisning till att bl.a. Riksrevisionen och Konkurrensverket nyligen har presenterat rapporter som på olika sätt rör landstingens arbete med vårdval och ersättningsystem. Utskottet har behandlat regeringens skrivelse med anledning av Riksrevisionens granskning under våren 2015.

Jag upprepar därför dessa förslag enligt följande: det fria vårdvalet bör utvidgas till att gälla all hälso- och sjukvård, den nationella sjukvårdstaxan bör utvecklas istället för att avvecklas, det bör tillsättas en permanent parlamentarisk beredning som kan utarbeta centrala prioriteringsprinciper utifrån en utveckling av den etiska plattformen i hälso- och sjukvårdslagen, Inspektionen för vård och omsorgs uppdrag vid tillsyn ska följa upp att också en lika och rättvis prioritering av sjukvård sker över hela landet, habilitering och rehabilitering ges samma prioritering som reaktiv hälso- och sjukvård. Jag vill att riksdagen med bifall till denna motion ger regeringen detta tillkänna.

Finn Bengtsson (M)