



En ny beslutsprocess för den högspecialiserade vården

Sammanfattning

Utskottet ställer sig bakom regeringens förslag till ändringar i hälso- och sjukvårdslagen och avstyrker ett motionsyrkande samt föreslår en smärre redaktionell ändring.

Regeringens förslag innebär en ny beslutsprocess för den nationella högspecialiserade vården som ersätter systemet med rikssjukvård och den nationella nivåstruktureringen av cancervården. I förslaget finns en definition av nationell högspecialiserad vård. Beslut om vilken hälso- och sjukvård som ska utgöra nationell högspecialiserad vård och vid hur många enheter den ska bedrivas, fattas enligt förslaget av den myndighet som regeringen bestämmer. Besluten ska baseras på analyser gjorda av sakkunniggrupper som består av bl.a. professions- och patientföreträdare. Beslut om tillstånd att bedriva sådan vård fattas av en nämnd som består av en ordförande och representanter för sjukvårdsregionerna. Tillstånden ska gälla tills vidare, vara förenade med villkor och kunna återkallas under vissa förutsättningar.

Lagändringarna föreslås träda i kraft den 1 juli 2018.

Utskottet föreslår vidare två tillkännagivanden till regeringen. Enligt utskottet bör regeringen ge den myndighet som regeringen utser i uppdrag att säkerställa patientsäkerheten också när det gäller den akuta vården i alla regioner. Regeringen bör även regelbundet följa upp den nya beslutsprocessen för den nationella högspecialiserade vården. Utskottets förslag grundas på tre motionsyrkanden.

Utskottet anser att riksdagen bör avslå övriga motionsyrkanden.

I betänkandet finns sju reservationer (M, SD, C, V, L, KD).

Behandlade förslag

Proposition 2017/18:40 En ny beslutsprocess för den högspecialiserade vården.

Åtta yrkanden i följdmotioner.

Fem yrkanden i motioner från allmänna motionstiden 2016/17 och 2017/18.

Innehållsförteckning

Utskottets förslag till riksdagsbeslut	3
Redogörelse för ärendet	5
Ärendet och dess beredning.....	5
Bakgrund	5
Propositionens huvudsakliga innehåll	5
Utskottets överväganden.....	7
En ny beslutsprocess för den högspecialiserade vården	7
Reservationer	20
1. Regeringens lagförslag, punkt 1 (V).....	20
2. Reglering av högspecialiserad vård på regional nivå, punkt 2 (V)	20
3. Ytterligare ändringar i lagstiftningen, punkt 5 (SD)	21
4. Ytterligare ändringar i lagstiftningen, punkt 5 (V)	21
5. Parlamentarisk utredning, punkt 6 (M, C, L, KD)	22
6. Nordiskt samarbete, punkt 7 (SD)	22
7. Vissa vårdområden m.m., punkt 8 (M).....	23
<i>Bilaga 1</i>	
Förteckning över behandlade förslag	24
Propositionen	24
Följdmotionerna	24
Motion från allmänna motionstiden 2016/17	25
Motioner från allmänna motionstiden 2017/18	25
<i>Bilaga 2</i>	
Regeringens lagförslag	26

Utskottets förslag till riksdagsbeslut

1. Regeringens lagförslag

Riksdagen antar regeringens förslag till lag om ändring i hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) med den ändringen att orden ”nationell högspecialiserad vård” i 2 kap. 7 § ska skrivas med kursiv stil.

Därmed bifaller riksdagen proposition 2017/18:40 och avslår motion 2017/18:3943 av Karin Rågsjö m.fl. (V) yrkande 4.

Reservation 1 (V)

2. Reglering av högspecialiserad vård på regional nivå

Riksdagen avslår motion

2017/18:3943 av Karin Rågsjö m.fl. (V) yrkande 1.

Reservation 2 (V)

3. Uppdrag om patientsäkerheten

Riksdagen ställer sig bakom det som utskottet anför om att ge den myndighet som regeringen utser i uppdrag att säkerställa patientsäkerheten också när det gäller den akuta vården i alla regioner och tillkännager detta för regeringen.

Därmed bifaller riksdagen motion

2017/18:3944 av Emma Henriksson m.fl. (KD, C, M, L) yrkande 1.

4. Uppföljning av beslutsprocessen

Riksdagen ställer sig bakom det som utskottet anför om att regelbundet följa upp den nya beslutsprocessen för den nationella högspecialiserade vården och tillkännager detta för regeringen.

Därmed bifaller riksdagen motion

2017/18:3944 av Emma Henriksson m.fl. (KD, C, M, L) yrkande 2 och bifaller delvis motion

2017/18:3943 av Karin Rågsjö m.fl. (V) yrkande 3.

5. Ytterligare ändringar i lagstiftningen

Riksdagen avslår motionerna

2017/18:3942 av Per Ramhorn m.fl. (SD) yrkande 1 och

2017/18:3943 av Karin Rågsjö m.fl. (V) yrkande 2.

Reservation 3 (SD)

Reservation 4 (V)

6. Parlamentarisk utredning

Riksdagen avslår motion

2017/18:3651 av Emma Henriksson m.fl. (KD, M, C, L) yrkande 2.

Reservation 5 (M, C, L, KD)

7. Nordiskt samarbete

Riksdagen avslår motion

2017/18:3942 av Per Ramhorn m.fl. (SD) yrkande 2.

*Reservation 6 (SD)***8. Vissa vårdområden m.m.**

Riksdagen avslår motionerna

2016/17:3223 av Cecilia Widegren m.fl. (M) yrkande 2,

2017/18:1696 av Jan Lindholm och Annika Hirvonen Falk (båda MP)
yrkande 2,

2017/18:3421 av Cecilia Widegren m.fl. (M) yrkande 13 och

2017/18:3568 av Ulf Kristersson m.fl. (M) yrkande 11.

Reservation 7 (M)

Stockholm den 15 februari 2018

På socialutskottets vägnar

Emma Henriksson

Följande ledamöter har deltagit i beslutet: Emma Henriksson (KD), Anna-Lena Sörenson (S), Camilla Waltersson Grönvall (M), Lennart Axelsson (S), Katarina Brännström (M), Amir Adan (M), Mikael Dahlgvist (S), Anders W Jonsson (C), Jan Lindholm (MP), Kristina Nilsson (S), Carina Ståhl Herrstedt (SD), Barbro Westerholm (L), Hans Hoff (S), Yasmine Larsson (S), Ann-Britt Åsebol (M), Christina Östberg (SD) och Maj Karlsson (V).

Redogörelse för ärendet

Ärendet och dess beredning

I betänkandet behandlar utskottet regeringens proposition 2017/18:40 En ny beslutsprocess för den högspecialiserade vården och åtta yrkanden i tre följdmotioner samt fem motionsyrkanden från allmänna motionstiden 2016/17 och 2017/18.

Regeringens förslag till riksdagsbeslut och motionerna finns i bilaga 1. Regeringens lagförslag finns i bilaga 2. Lagförslagen har granskats av Lagrådet.

Bakgrund

Utredningen om högspecialiserad vård (dir. 2014:56) lämnade i november 2015 sitt betänkande *Träning ger färdighet – Koncentrera vården för patientens bästa* (SOU 2015:98). Propositionens lagförslag bygger på detta betänkande.

Socialstyrelsen har på uppdrag av regeringen (S2017/00506/FS) utifrån bl.a. betänkandet *Träning ger färdighet* tagit fram en arbetsprocess för att nivåstrukturera den nationella högspecialiserade vården. Uppdraget redovisades i en rapport i juni 2017 (*Att nivåstrukturera nationell högspecialiserad vård – Socialstyrelsens förslag till en arbetsprocess*).

Förslaget till arbetsprocess omfattar fyra steg, och till stöd för arbetet i de två första stegen har Socialstyrelsen tagit fram kriterier och mallar. I rapporten föreslår Socialstyrelsen att arbetsprocessen testas inom två vårdområden, och en tidsplan har tagits fram för att genomföra en nivåstrukturering av all högspecialiserad vård under en treårsperiod med start 2018.

Propositionens huvudsakliga innehåll

I propositionen föreslår regeringen ändringar i hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) som innebär en ny beslutsprocess för den nationella högspecialiserade vården. Den nya processen ersätter systemet med rikssjukvård och den nationella nivåstruktureringen av cancervården.

Regeringen föreslår en definition av nationell högspecialiserad vård som ska fungera som ett ramverk för den nya berednings- och beslutsprocessen. Med nationell högspecialiserad vård avses offentligt finansierad hälso- och sjukvård som behöver koncentreras till en eller flera enheter men inte till varje sjukvårdsregion för att kvaliteten, patientsäkerheten och kunskapsutvecklingen ska kunna upprätthållas och ett effektivt användande av hälso- och sjukvårdens resurser ska kunna uppnås.

Den myndighet som regeringen bestämmer beslutar vilken hälso- och sjukvård som ska utgöra nationell högspecialiserad vård och på hur många enheter sådan vård ska bedrivas. Besluten baseras på analyser av sakkunniggrupper, som bl.a. består av professions- och patientföreträdare. För att få bedriva nationell högspecialiserad vård krävs det tillstånd. Beslut om sådana tillstånd fattas av en ny nämnd som inrättas som ett särskilt beslutsorgan vid den ansvariga myndigheten. Nämnden består, utöver ordföranden, av representanter för sjukvårdsregionerna. Tillstånden ska gälla tills vidare och vara förenade med villkor. Tillstånden ska kunna återkallas under vissa förutsättningar.

Lagändringarna föreslås träda i kraft den 1 juli 2018.

Utskottets överväganden

En ny beslutsprocess för den högspecialiserade vården

Utskottets förslag i korthet

Riksdagen antar regeringens lagförslag och avslår ett motionsyrkande om ett senare datum för ikraftträdande samt gör en smärre redaktionell ändring. Vidare ställer sig riksdagen bakom det som utskottet anför om att regeringen bör dels ge den myndighet som regeringen utser i uppdrag att säkerställa patientsäkerheten också när det gäller den akuta vården i alla regioner, dels regelbundet följa upp den nya beslutsprocessen för den nationella högspecialiserade vården, och detta tillkännager riksdagen för regeringen. Därmed bifaller riksdagen tre motionsyrkanden, varav ett delvis. Motionsyrkanden om reglering av högspecialiserad vård på regional nivå, ytterligare ändringar i lagstiftningen, en parlamentarisk utredning, nordiskt samarbete och vissa vårdområden m.m. avslås.

Jämför reservation 1 (V), 2 (V), 3 (SD), 4 (V), 5 (M, C, L, KD), 6 (SD) och 7 (M).

Propositionen

Bakgrund

Sjukvårdsregioner och sjukhusnivåer

Ansvar för att bedriva en god och effektiv hälso- och sjukvård vilar huvudsakligen på landstingen. Regeringen får dock utfärda föreskrifter om att landet ska delas in i regioner för den hälso- och sjukvård som berör flera landsting. I landet finns sex sjukvårdsregioner, nämligen:

- Stockholmsregionen
- Linköpingsregionen
- Lund/Malmöregionen
- Göteborgsregionen
- Uppsala/Örebroregionen
- Umeåregionen.

Sjukvårdsregionerna är administrativa enheter som syftar till att möjliggöra samverkan kring regionsjukvård och övergripande kunskapsstyrningsfrågor. I varje sjukvårdsregion finns en samverkansnämnd som består av politiker från aktuella sjukvårdshuvudmän. Nämnden fattar rådgivande beslut som sedan fastställs i vart och ett av de ingående landstingen.

Det finns tre nivåer i den svenska sjukhusvården.

- Mindre länsdelssjukhus som har ett begränsat uppdrag och därför inte kan utföra all specialiserad vård.
- Länsjukhus som har kompetens och medicinsk utrustning som täcker i princip alla sjukdomsområden.
- Regionsjukhus som ska kunna behandla även det som är mer sällsynt och komplicerat.

Det finns inte några exakta och gemensamma uppdragsbeskrivningar för de olika nivåerna. Landstingen avgör själva hur de ska styra och organisera vården. Det finns sju sjukhus som kategoriseras som regionsjukhus, tillika universitetssjukhus. I varje sjukvårdsregion finns alltså minst ett regionsjukhus. Den högspecialiserade vården utförs i huvudsak vid dessa sjukhus.

Högspecialiserad vård

Den högspecialiserade vården kännetecknas av att verksamheten är beroende av olika specialiserade kompetenser som samverkar kring patienten. Denna vård kan bedrivas inom både region- och rikssjukvård. Vad gäller definition utifrån det geografiska upptagningsområdet så är regionsjukvård sådan hälso- och sjukvård som samordnas med en sjukvårdsregion som upptagningsområde. Med rikssjukvård avses hälso- och sjukvård som bedrivs av ett landsting med hela landet som upptagningsområde.

Nivåstrukturering

Enligt regeringen används begreppet nivåstrukturering ofta i allmän bemärkelse och avser främst en form av arbetsfördelning inom vården. Det kan vara fråga om en förskjutning av ansvar för tillstånd eller åtgärder mellan olika vårdnivåer eller mellan olika vårdgivare.

Rikssjukvård – Rikssjukvårdsnämnden

Sedan den 1 januari 2007 koncentreras högspecialiserad vård genom systemet för rikssjukvård. Rikssjukvårdsnämnden (RSN) är ett särskilt beslutsorgan vid Socialstyrelsen som är inrättat på uppdrag av regeringen och har i uppgift att besluta om dels vilka verksamheter som ska bli rikssjukvård, dels vilka enheter inom hälso- och sjukvården som får tillstånd att bedriva den utsedda verksamheten. I nämnden sitter representanter för landstingen, Vetenskapsrådet, Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU) och Kammarrätten i Stockholm. Ordförande i nämnden är Socialstyrelsens generaldirektör. Dagens rikssjukvårdsprocess består av fyra definierade delprocesser: initiering, definitionsutredning, tillståndsutredning och uppföljning/utvärdering. Det tar totalt tre och ett halvt till fyra och ett halvt år att utreda och besluta huruvida ett område ska anses vara rikssjukvård eller ej och var vården ska bedrivas. Tillstånd att bedriva rikssjukvård ges för fem år, och verksamheterna följs upp årligen.

Hittills har femton verksamheter definierats som rikssjukvård, men för tre av dem har RSN ännu inte fattat beslut om tillstånd.

Nivåstrukturering av cancervården – Regionala cancercentrum i samverkan

Sedan början av 2010-talet samordnas cancervården genom regionala cancercentrum (RCC). Det finns sex regionala cancercentrum, ett i varje sjukvårdsregion. Den nationella samverkan sker genom gruppen RCC i samverkan, som består av cheferna för respektive cancercentrum samt en ordförande från Sveriges Kommuner och Landsting (SKL). Varje RCC har som en av sina centrala uppgifter att medverka till en optimal nivåstrukturering av cancervården inom sin sjukvårdsregion.

I maj 2011 slöt regeringen och SKL en överenskommelse med syftet att landstingen skulle påbörja arbetet med en nivåstrukturering på nationell nivå för sällsynta och särskilt svårbehandlade cancersjukdomar. Förslag på cancerdiagnoser som bör nivåstruktureras på nationell nivå kan komma från bl.a. något av de sex regionala centrumen. Förslagen lämnas till RCC i samverkan, som sedan föreslår en prioritering utifrån förslagen. Efter remiss av förslagen utformar RCC i samverkan en beslutsrekommendation som sjukvårdshuvudmännen får ta ställning till, och de formella besluten om nivåstrukturering fattas av respektive landsting.

Hittills har tio komplicerade cancerbehandlingar beslutats för nationell nivåstrukturering.

Regeringens förslag och bedömningar

En ny beslutsprocess för den högspecialiserade vården

Regeringen föreslår nu en ny beslutsprocess för den högspecialiserade vården som ska ersätta den nationella samordningen av rikssjukvården och den nationella nivåstruktureringen av cancervården. Regeringen anför att den högspecialiserade vården behöver koncentreras i ökad utsträckning till färre sjukhus i landet och till färre utförare. Ett grundläggande problem är enligt regeringen att den högspecialiserade vården i dag nivåstruktureras genom två system, dels genom systemet för rikssjukvård och beslut av RSN, dels genom samordningen av cancervården och beslut av sjukvårdshuvudmännen.

Enligt regeringen tar rikssjukvårdsprocessen tid och är ineffektiv. Den uppdelade processen och valet av smala områden för koncentration har begränsat överblickbarheten och möjligheten att göra korrekta konsekvensbedömningar i fråga om patienternas behov av en sammanhållen vård, akutuppdraget och forskning och utbildning m.m.

När det gäller nivåstruktureringen av viss cancervård anser regeringen att det huvudsakliga problemet med dagens system är att det saknas en landstingsgemensam beslutsplattform, dvs. ett enhetligt nationellt beslutsorgan för beslut om koncentration.

Definition av högspecialiserad vård

I propositionen föreslår regeringen en enhetlig definition av högspecialiserad vård. Någon sådan finns inte vare sig i hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), förkortad HSL, eller i andra författningstexter eller styrande dokument.

Utredningen om högspecialiserad vård (SOU 2015:98) föreslog bestämmelser som anger att den högspecialiserade vården delas in i nationell och regional högspecialiserad vård och att bestämmelserna ska vara en del av definitionen. Efter noggrant övervägande ställer sig emellertid regeringen bakom Lagrådets synpunkter i denna del och föreslår en reglering av enbart den nationella högspecialiserade vården. Skälet till det är som följer.

För att vård på regional nivå ska anses vara högspecialiserad gäller enligt utredningens förslag samma förutsättningar som för den nationella vården. Om det hela ska fungera väl krävs ett inte obetydligt mått av samordning så att man inte inom en eller flera sjukvårdsregioner går händelserna i förväg och till vissa landsting koncentrerar vård som i ett senare skede hänförs till den nationella nivån. Lagrådet är inte övertygat om att de genomlysningar och bedömningar som de tänkta sakkunniggrupperna förutsätts göra är tillräckliga för att inom rimlig tid uppnå den behövliga samordningen. Utredningsförslaget kan vidare sägas innehålla en markering av vikten av att på regional nivå få till stånd en ordning som gör det möjligt att där fatta beslut om att koncentrera vård av det aktuella slaget till ett begränsat antal enheter. Enbart en sådan markering löser emellertid inte de problem som identifierats och är inte heller, mot bakgrund av bestämmelsen i 8 kap. 5 § 1 HSL, nödvändig för att rättfärdiga ett avsteg från kommunalrättsliga principer. Lagrådet förordar därför att regleringen inriktas på den nationella högspecialiserade vården.

Med nationell högspecialiserad vård avses således enligt regeringens förslag offentligt finansierad hälso- och sjukvård som behöver koncentreras till en eller flera enheter men inte till varje sjukvårdsregion för att kvaliteten, patientsäkerheten och kunskapsutvecklingen ska kunna upprätthållas och ett effektivt användande av hälso- och sjukvårdens resurser ska kunna uppnås. Den nationellt högspecialiserade vården har patienter från hela landet som målgrupp.

Regeringen föreslår att den myndighet som regeringen bestämmer ska besluta vilken hälso- och sjukvård som ska utgöra nationell högspecialiserad vård, och på hur många enheter sådan vård ska bedrivas. Vid bedömning av om en åtgärd ska utgöra nationell högspecialiserad vård ska enligt regeringens förslag den beslutande myndigheten särskilt ta hänsyn till om vården är komplex eller sällan förekommande och om den kräver en viss volym, multidisciplinär kompetens eller stora investeringar eller medför höga kostnader. Benämningen åtgärd är vald för att understryka att definitionen kan omfatta såväl kirurgiska, diagnostiska och rehabiliterande åtgärder som andra behandlande åtgärder. Utredningen om högspecialiserad vård (SOU 2015:98) har beräknat omfattningen av nationell högspecialiserad vård till 4–5 procent av verksamheten i den slutna vården.

Förslaget innebär att dagens definition av rikssjukvård utgår ur lagstiftningen.

Socialstyrelsen blir ansvarig myndighet och utser sakkunniggrupper

Regeringen bedömer att Socialstyrelsen bör bli ansvarig myndighet i den nya strukturen och utse sakkunniggrupper som ska gå igenom samtliga sjukdomsgrupper och lämna förslag på vilken hälso- och sjukvård som ska utgöra högspecialiserad vård och hur många vårdenheter som krävs för den. Regeringens bedömning är vidare att dessa grupper framför allt bör bestå av företrädare för patienter och professioner och att Socialstyrelsen sedan ska besluta vad som är högspecialiserad vård.

Sakkunniggruppernas inventering ligger alltså till grund för Socialstyrelsens beslut om vilken vård som behöver koncentreras och till hur många enheter. Enligt regeringen är det viktigt att sakkunniggruppernas genomlysningar görs utifrån både det nationella och det regionala perspektivet eftersom det inte i förväg går att särskilja en nivå från en annan när en nivåstrukturerad ska göras inom ett visst sjukvårdsområde. Regeringen anser vidare att det också är angeläget att hela vårdkedjan beaktas i genomgången, och sakkunniggrupperna bör i sina analyser beskriva i vilken utsträckning koncentrationen av en viss åtgärd påverkar möjligheterna att bedriva annan vård.

Regeringen anför att frågan om i vilken omfattning förslaget till beslutsstruktur kommer att lyckas koncentrera den högspecialiserade vården är mycket beroende av den inventering och de förslag till koncentration som sakkunniggrupperna kommer fram till. Det är därför enligt regeringen angeläget att sakkunniggrupperna får goda förutsättningar att bedriva sitt arbete på ett effektivt sätt och att det inom en rimlig tid leder fram till konkreta förslag till nivåstrukturerad. I linje med det resonemanget fick Socialstyrelsen i januari 2017 regeringsuppdraget att ta fram en arbetsprocess för att nivåstrukturera den högspecialiserade vården och för att fasa ut dagens system för rikssjukvård. Som tidigare nämnts redovisades uppdraget i en rapport i juni 2017 (Att nivåstrukturera nationell högspecialiserad vård – Socialstyrelsens förslag till en arbetsprocess).

I rapporten föreslås en arbetsprocess i fyra steg som är en generisk modell och kan tillämpas i olika sammanhang och under olika förutsättningar. Regeringen påpekar att Socialstyrelsen uttalar bl.a. att sakkunniggrupperna i sina konsekvensanalyser bör belysa hur ett beslut kan komma att påverka bl.a. vårdkvalitet, utbildning, forskning och kompetensförsörjning samt resursutnyttjandet för patienter och vårdgivare.

Beslut om tillstånd att bedriva nationell högspecialiserad vård, återkallelse av tillstånd samt föreskrifter om villkor

Regeringen föreslår att det ska krävas tillstånd för att bedriva högspecialiserad vård och bedömer att dagens Rikssjukvårdsnämnd bör ersättas av ett nytt särskilt beslutsorgan, Nämnden för nationell högspecialiserad vård. Enligt

regeringen bör nämnden inrättas vid Socialstyrelsen och vara sammansatt av en representant för respektive sjukvårdsregion, dvs. sex ledamöter. Enligt regeringen bör ledamöterna och deras ersättare utses av regeringen, och Socialstyrelsens generaldirektör bör vara ordförande i nämnden.

Regeringen påpekar att det onekligen är så att patientens bästa ska vara utgångspunkten vid beslutet om högspecialiserad vård och att det är därför som patienter är representerade i sakkunniggrupperna. Emellertid anser regeringen att det inte är ändamålsenligt att ha patientföreträdare i den nämnd som beslutar var vården ska bedrivas. Regeringen anser att det är rimligt att beslut som påverkar hälso- och sjukvårdens organisation och finansiering i stället fattas av folkvalda representanter för landstingen.

Enligt regeringen bör nämndens uppgift vara att, efter ansökningar från landstingen, besluta om tillstånd och villkor för att bedriva nationell högspecialiserad vård. Uppdraget är alltså avgränsat till att besluta vilka enheter som ska få tillstånd att bedriva högspecialiserad vård. Besluten baseras på en bedömning av i vilken mån en enhet uppfyller de uppdrags- och kravbeskrivningar som Socialstyrelsen tillsammans med sakkunniggrupperna har tagit fram.

Regeringen anför att inom dagens system för rikssjukvård är tillstånden tidsbegränsade och löper på fem år i taget. Inför det att ett tillstånd löper ut genomförs en mer djupgående utvärdering som ligger till grund för förnyelse av tillståndet. Utredningen om högspecialiserad vård gör bedömningen att en särskild utvärdering i syfte att förnya eller omfördela befintliga tillstånd tar oproportionerligt stora resurser i anspråk för både ansvarig myndighet och sjukvårdshuvudmännen. Förutsättningarna blir dessutom kortsiktiga för de vårdgivare som bedriver högspecialiserad vård. Av det skälet föreslår regeringen att tillstånden i det nya systemet ska gälla utan tidsbegränsning. Tillstånden ska vidare vara förenade med villkor.

Enligt regeringen kan tillstånd som gäller utan tidsbegränsning medföra en risk för inlåsningseffekt, dvs. att en verksamhet som inte får tillstånd i den första omgången kommer att få svårt att konkurrera om ett framtida tillstånd. Regeringen konstaterar dock att även ett tidsbegränsat tillstånd knappast kan ges en kortare löptid än 5–7 år med tanke på investeringar och kompetensförsörjning och att det i praktiken kan skapa en inlåsningseffekt. Sammantaget anser regeringen att fördelarna med att lämna tillstånden obegränsade i tid överväger nackdelarna, inte minst sett till den uteblivna administration som det valda alternativet innebär.

Regeringen påpekar att enligt Lagrådets mening bör inte möjligheten uteslutas att, när det är lämpligt, i stället lämna ett tidsbegränsat tillstånd. Enligt regeringen skulle det kunna finnas fördelar med ett sådant förslag eftersom det kan förekomma situationer när det kan vara lämpligt att låta ett tillstånd gälla för en begränsad period. Regeringen anser emellertid att det inte finns ett tillräckligt beredningsunderlag för att införa en sådan bestämmelse.

Vidare föreslår regeringen att ett tillstånd att bedriva nationell högspecialiserad vård ska kunna återkallas om verksamheten inte längre

uppfyller villkoren för tillståndet, om förutsättningarna för tillståndet har ändrats eller på begäran av tillståndshavaren. Nämnden bör också besluta om återkallelse av sådana tillstånd.

Regeringen föreslår slutligen att regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer får meddela föreskrifter om de villkor som ska gälla för tillstånd att bedriva högspecialiserad vård och om återkallelse av sådana tillstånd samt att beslut i ärenden om nationell högspecialiserad vård inte ska kunna överklagas.

Uppföljning av tillstånd samt tillsyn

Regeringen bedömer att uppföljningen av tillstånd att bedriva nationell högspecialiserad vård bör ske genom egenkontroll och årsrapporter samt den ansvariga myndighetens återkommande fördjupade uppföljningar.

Egenkontrollen ska enligt regeringen göras med den frekvens och i den omfattning som krävs för att verksamheten ska kunna säkra sin kvalitet. Verksamhetens resultat bör redovisas på en gemensam webbplats för den högspecialiserade vården, förslagsvis på Socialstyrelsens hemsida, som är tillgänglig för allmänheten. Regeringen bedömer slutligen att Socialstyrelsen återkommande mer fördjupat bör följa upp de verksamheter som getts tillstånd att bedriva högspecialiserad vård.

Regeringen anför vidare att Inspektionen för vård och omsorg (IVO) enligt patientsäkerhetslagen har tillsyn över hälso- och sjukvården och dess personal. Tillsynen innebär enligt regeringen en granskning av att verksamheten och personalen uppfyller krav och mål enligt lagar och andra föreskrifter samt beslut som har meddelats med stöd av sådana föreskrifter. Enligt regeringen kan IVO som ett led i denna tillsyn påtala att ett landsting bedriver nationell högspecialiserad vård utan tillstånd. Regeringen bedömer att denna form av tillsyn är tillräcklig.

Koncentration av vård på regional nivå

Regeringen bedömer att sjukvårdsregionerna själva bör besluta om koncentrationen av vård inom den egna sjukvårdsregionen. Att sjukvårdsregionerna får ett sådant ansvar förbättrar enligt regeringen möjligheterna till lokal förståelse och förankring innan beslut fattas och skulle därigenom kunna medföra att fattade beslut följs i högre grad. Eftersom sakkunniggruppernas analyser görs i ett sammanhang där den nationella och regionala nivån är beroende av varandra anser regeringen att sjukvårdsregionerna bör kunna dra nytta av sakkunniggruppernas genomlysningar och bedömningar inför sina beslut om koncentration och nivåstrukturering.

Vidare är regeringens bedömning att sjukvårdsregionerna behöver få tydligare beslutsmandat i frågor om nivåstrukturering av vård på regional nivå. Det kan enligt regeringen ske genom att den traditionella samverkansnämnden ersätts med en gemensam nämnd eller ett kommunförbund, till vilket landstingen i sjukvårdsregionen har överlåtit beslutanderätt. Detta skulle gälla

även om regeringen skulle gå på utredningens linje, i vilken Socialstyrelsen lämnar rekommendationer till landstingen om vad som utgör regional högspecialiserad vård. Med regeringens förslag blir förväntan högre på sjukvårdsregionerna att förstärka sin beslutsförmåga att koncentrera vård inom den egna sjukvårdsregionen.

Regeringen anser slutligen att det är viktigt att följa utvecklingen av hur koncentrationen av vård fortskrider på regional nivå.

Ikraftträdande

Regeringen anser att den nya beslutsprocessen för nivåstrukturering av högspecialiserad vård bör införas så snart som möjligt och föreslår att lagändringarna ska träda i kraft den 1 juli 2018.

Regeringen anför att förslaget innebär en kraftig ambitionshöjning när det gäller omfattningen av och hastigheten i koncentrationen av den högspecialiserade vården jämfört med nuvarande system. Enligt regeringen är det alltså viktigt att sakkunniggrupperna får goda förutsättningar att bedriva sitt arbete på ett effektivt sätt och att det inom en rimlig tid leder fram till konkreta förslag till nivåstrukturering. Socialstyrelsen fick därför i januari 2017 det tidigare nämnda uppdraget att ta fram en arbetsprocess för att nivåstrukturera den högspecialiserade vården och för att fasa ut systemet med rikssjukvård. I uppdraget ingick bl.a. att ta fram en tidsplan för att tillsätta sakkunniggrupper och för gruppernas arbete.

I Socialstyrelsens redovisning av uppdraget i rapporten från juni 2017 (Att nivåstrukturera nationell högspecialiserad vård – Socialstyrelsens förslag till en arbetsprocess) presenteras 17 vårdområden för genomlysning, varav två föreslås som pilotområden för att pröva den nya arbetsprocessen redan under hösten 2017 med fortsättning under det första halvåret 2018. Arbetet föreslås sedan fortsätta med att 15–18 sakkunniggrupper tillsätts för 3 nya vårdområden under det tredje kvartalet 2018. Nästa omgång av ytterligare tre vårdområden påbörjas under januari 2019, följt av tre nya vårdområden varje halvår, dvs. juli 2019, januari 2020 och juli 2020. På det viset behöver det inte tillsättas sakkunniggrupper i alla sjukdomsområden samtidigt, vilket innebär att Socialstyrelsens processledande arbete blir mindre än om arbetet skulle omfatta alla områden samtidigt. Socialstyrelsen konstaterar vidare att en förutsättning för att tidsplanen ska hållas är att det finns en god samverkan mellan Socialstyrelsen, landstingen och regionerna samt med de experter vars kunskap är nödvändig för genomförandet av arbetet. Tidsplanen bygger även på antagandet att alla vårdområden genomlyses inom samma tidsram, även om det är sannolikt att några mindre områden kan gå snabbare och att andra kommer att ta mer tid. Totalt uppskattar Socialstyrelsen att arbetet kommer att omfatta 15–20 vårdområden och ca 80–100 sakkunniggrupper.

Med hänvisning till vad som framkom i Socialstyrelsens redovisning i juni 2017 bedömer regeringen att den 1 juli 2018 är ett rimligt datum för att låta lagändringarna träda i kraft.

Övergångsbestämmelser

Regeringen föreslår att för tillstånd att bedriva rikssjukvård som gäller vid tiden för ikraftträdandet ska gälla vad som föreskrivs för nationell högspecialiserad vård i de nya bestämmelserna och i föreskrifter som meddelats i anslutning till lagen. Sådana tillstånd ska fortsätta att gälla även om tiden för tillståndet gått ut. Regeringen bedömer att utgångspunkten för sakkunniggruppernas arbete bör vara att den koncentration av högspecialiserad vård som har uppnåtts genom rikssjukvården ska tas till vara.

Även när det gäller de utredningar och beslut om koncentration som fattats inom ramen för den nationella nivåstruktureringen av cancervården bör utgångspunkten enligt regeringen vara att dessa tas till vara och att de verksamheter som hittills har koncentrerats bör få fortsätta med sitt arbete. Sakkunniggrupperna bör i sina genomgångar dra nytta av tidigare gjorda utredningar både inom rikssjukvården och inom nivåstruktureringen av cancervården så att inte samma områden behöver utredas på nytt.

Effekter på den kommunala självstyrelsen

Regeringen anför att förslagen om en ny beslutsprocess för den högspecialiserade vården medför en viss inskränkning i den kommunala självstyrelsen. Regeringen bedömer emellertid att inskränkningen är marginellt större än i nuvarande reglering och proportionerlig med hänsyn till de ändamål som föranlett den. Vid en avvägning mellan å ena sidan de nationella värdena i fråga om att patienter ska få en mer jämlik tillgång till högspecialiserad vård av god kvalitet och bättre hälsa samt att resurser kan utnyttjas effektivare och å andra sidan landstingens intresse av att den kommunala självstyrelsen inte inskränks, anser regeringen att de nationella värdena väger över.

Konsekvenser för akutsjukvården

Regeringen anför att sjukhusens olika verksamheter oftast är beroende av varandra och att en koncentration av den högspecialiserade vården kan påverka möjligheterna att bedriva akut verksamhet. Det kan ske på det viset att enskilda sjukhus kan förlora viss kompetens när de som en konsekvens av nivåstruktureringen inte längre utför vissa behandlingar. Beroende på i vilken omfattning det lokala sjukhusets vårdutbud ändras kan enligt regeringen även dess förmåga att behandla patienter med akuta tillstånd påverkas. Enligt regeringen kan problemet framför allt uppstå om vård koncentreras på regional nivå. Koncentration av nationell högspecialiserad vård påverkar inte i någon märkbar omfattning möjligheterna att bedriva vård som inte är högspecialiserad.

Regeringen påpekar i detta sammanhang att utredningen om högspecialiserad vård (SOU 2015:98) lyfter fram att internationella studier visar att det finns ett positivt samband mellan höga patientvolym och antalet patienter som överlever ett akut omhändertagande och behandling. Enligt

regeringen talar detta för att ett tillräckligt patientunderlag är av vikt även för akutsjukvården.

Regeringen anför vidare att alla myndigheter, utom en, som yttrat sig under remissförfarandet instämmer i utredningens bedömning om att det finns ett behov att särskilt utreda akutsjukvården och dess behov av strukturförändringar. Regeringen anser dock att effekterna på akutsjukvården, av koncentration av högspecialiserad vård, i första hand rör koncentration av vård på regional nivå. Därmed bedömer regeringen att eventuella utredningar av akutsjukvården bör genomföras på regional och lokal nivå av huvudmännen själva. Regeringen konstaterar vidare att det av redovisningen av regeringsuppdraget till Socialstyrelsen framgår att Socialstyrelsen planerar att inkludera konsekvenser för akutsjukvården i den konsekvensanalys som sakkunniggrupperna ska genomföra.

Kompletterande information

En utredare fick 2013 i uppdrag av Nordiska ministerrådet att arbeta fram en oberoende rapport om hur det nordiska samarbetet på hälsoområdet kan utvecklas och stärkas under de närmaste fem till tio åren. Rapporten Det framtida nordiska hälsosamarbetet från juni 2014 (Könbergrapporten) presenterar 14 konkreta förslag. Rapporten diskuterades vid Ministerrådet för social- och hälsopolitik i oktober 2014, och en ministerdeklaration om det framtida hälsosamarbetet i Norden antogs. Ministrarna beslutade att börja följa upp rapportens förslag om bl.a. högspecialiserad behandling, sällsynta diagnoser och psykiatri. Därefter har ministrarna fortsatt med att följa upp förslag inom områdena antibiotikaresistens, hälsoberedskap, läkemedel och folkhälsa.

När det gäller frågan om ett förstärkt samarbete om högspecialiserade behandlingar i Norden har Ämbetsmannakommittén för social- och hälsopolitik (ÄK-S) tillsatt en nordisk grupp för högspecialiserad behandling som påbörjade sitt arbete under 2016. Gruppen består av representanter för de nordiska hälsomyndigheterna och ska konsolidera samt stödja nordiskt samarbete på området. Enligt uppgift från Regeringskansliet i december 2017 kommer det arbetet att fortsätta under det svenska ordförandeskapet 2018.

Motionerna

I motion 2017/18:3944 av Emma Henriksson m.fl. (KD, C, M, L) föreslås i yrkande 1 ett tillkännagivande om att säkerställa patientsäkerheten i samtliga regioner vid koncentreringsen av den högspecialiserade vården. Motionärerna anser att det, när en stor del av den högspecialiserade vården ska koncentreras, är viktigt att samtidigt beakta värdet av att ha tillgång till regionvård i hela landet. Motionärerna anser vidare att frågan om vad som händer med akutuppdraget i de olika regionerna är otillräckligt belyst i regeringens konsekvensanalys. Regeringen bör därför ge den myndighet som regeringen

utser i uppdrag att säkerställa patientsäkerheten också vad gäller den akuta vården för medborgarna i alla regioner. I yrkande 2 föreslås ett tillkännagivande om att kontinuerligt följa upp den nya beslutsprocessen för den nationella högspecialiserade vården. Motionärerna anser att den nya beslutsprocessen bör följas noga och regelbundet av regeringen. En första utvärdering bör göras i samband med att de två första operationsgrupperna är klara, dvs. när beslut fattats om vilka vårdenheter som får tillstånd att bedriva vården när det gäller de två s.k. pilotområdena. Det är också viktigt att här följa upp konsekvenserna för akutsjukvården samt för universitetssjukhusen.

I motion 2017/18:3942 av Per Ramhorn m.fl. (SD) föreslås i yrkande 1 ett tillkännagivande om att det bör finnas en möjlighet att omfördela tillstånd. Motionärerna anser att eftersom tillstånden att bedriva högspecialiserad vård ges utan tidsbegränsning bör det finnas en möjlighet att omfördela tillstånd i de fall där en annan vårdgivare kan erbjuda ett vårdalternativ med större patientnytta än befintliga tillståndshavare. I yrkande 2 föreslås ett tillkännagivande om att tillgängligheten för patienter som har behov av högspecialiserad vård bör säkerställas och att det nordiska samarbetet därför bör utökas.

I motion 2017/18:3943 av Karin Rågsjö m.fl. (V) föreslås i yrkande 1 ett tillkännagivande om att den högspecialiserade vården bör regleras på både nationell och regional nivå. I yrkande 2 föreslås ett tillkännagivande om att det bör finnas två patientföreträdare med i Nämnden för nationell högspecialiserad vård. I yrkande 3 föreslås ett tillkännagivande om att tillstånden att bedriva högspecialiserad vård bör följas upp regelbundet. Motionärerna anser att den omständigheten att tillstånden ska gälla tills vidare riskerar att leda till inläsningseffekter och att utvecklingskraften blir försvagad samt att det finns en risk för att verksamheterna inte följs upp ordentligt. I yrkande 4 föreslås att riksdagen beslutar att lagändringarna ska träda i kraft den 1 januari 2020.

I motion 2017/18:3651 av Emma Henriksson m.fl. (KD, M, C, L) föreslås i yrkande 2 ett tillkännagivande om ökad nationell styrning av högspecialiserad vård. Motionärerna anför att regeringen bör tillsätta en parlamentarisk utredning för att klarlägga förutsättningarna för en ändamålsenlig ansvarsfördelning för sjukvården mellan staten och nuvarande huvudmän.

I motion 2017/18:3421 av Cecilia Widegren m.fl. (M) föreslås i yrkande 13 ett tillkännagivande om att införa en gemensam samlad definition av högspecialiserad vård och dess uppdrag. Ett likalydande förslag finns i motion 2017/18:3568 av Ulf Kristersson m.fl. (M) yrkande 11.

I motion 2016/17:3223 av Cecilia Widegren m.fl. (M) föreslås i yrkande 2 ett tillkännagivande om att samla och koncentrera högspecialiserad hjärt- och kärlsjukvård i syfte att höja vårdens kvalitet.

I motion 2017/18:1696 av Jan Lindholm och Annika Hirvonen Falk (båda MP) yrkande 2 föreslås ett tillkännagivande om att vården av personer med sällsynta diagnoser bör klassas som högspecialiserad vård och därför

centraliseras till ett mindre antal enheter för att nå en jämlik vård av hög kvalitet.

Utskottets ställningstagande

Utskottet välkomnar de lagändringar som regeringen föreslår och ställer sig bakom propositionen. Förslaget innebär en ny beslutsprocess för den nationella högspecialiserade vården och ersätter systemet med rikssjukvård och den nationella nivåstruktureringen av cancervården. Utskottet delar regeringens bedömning att en helhetsöversyn i stället för enskilda nomineringar i kombination med en statlig samordning av bedömningen om vilken hälso- och sjukvård som behöver koncentreras ger större möjligheter till överblickbarhet, helhetsperspektiv och trovärdighet. Dessutom delar utskottet bedömningen att de föreslagna lagändringarna bör träda i kraft den 1 juli 2018. Slutligen föreslår utskottet en smärre redaktionell ändring. Propositionen bör bifallas och motion 2017/18:3943 (V) yrkande 4 bör avslås.

Utskottet delar regeringens bedömning att regeringen bör avse enbart den nationella högspecialiserade vården och att riksdagen inte bör ta något initiativ när det gäller begäran om att reglera den högspecialiserade vården också på regional nivå. Motion 2017/18:3943 (V) yrkande 1 bör därmed avslås.

Utskottet vill emellertid betona att när en stor del av den högspecialiserade vården koncentreras blir det samtidigt viktigt att beakta värdet av att ha tillgång till regionvård i hela landet. Utskottet anser att frågan om konsekvenserna för uppdraget att bedriva akutsjukvård i de olika regionerna inte är tillräckligt belyst av regeringen och att det finns en risk för att mindre regionsjukhus kan få svårt att klara stora trauman. Regeringen bör därför ge den myndighet som regeringen utser i uppdrag att säkerställa patientsäkerheten också när det gäller den akuta vården i alla regioner. Riksdagen bör ställa sig bakom det som utskottet anför och tillkänna detta för regeringen. Motion 2017/18:3944 (KD, C, M, L) yrkande 1 bör bifallas.

Utskottet noterar regeringens bedömning när det gäller uppföljningen av tillstånd att bedriva högspecialiserad vård liksom tillsynen över att dessa beslut följs. Utskottet anser att regeringen dessutom regelbundet bör följa upp den nya beslutsprocessen för den nationella högspecialiserade vården. En första utvärdering bör göras tidigt, lämpligen i samband med att de två första vårdområdena är klara, dvs. när ett beslut är fattat om vilka vårdenheter som får tillstånd att bedriva vården när det gäller de två s.k. pilotområdena. Det är också viktigt att här följa upp konsekvenserna för akutsjukvården samt för universitetssjukhusen. Riksdagen bör ställa sig bakom det som utskottet anför och tillkänna detta för regeringen. Motion 2017/18:3944 (KD, C, M, L) yrkande 2 bör bifallas, och motion 2017/18:3943 (V) yrkande 3 bör bifallas delvis.

Utskottet delar regeringens bedömning att fördelarna med att lämna tillstånden att bedriva nationell högspecialiserad vård obegränsade i tid överväger nackdelarna inte minst sett till den uteblivna administration som det

valda alternativet innebär. Därmed är utskottet inte berett att ställa sig bakom motion 2017/18:3942 (SD) yrkande 1, som bör avslås. Utskottet kan vidare ha förståelse för yrkandet om patientföreträdare i Nämnden för nationell högspecialiserad vård men anser liksom regeringen att det är rimligt att beslut som påverkar hälso- och sjukvårdens organisation och finansiering fattas av folkvalda representanter för landstingen. Motion 2017/18:3943 (V) yrkande 2 bör avslås.

När det gäller yrkandet om att tillsätta en parlamentarisk utredning för att klarlägga förutsättningarna för en ändamålsenlig ansvarsfördelning mellan sjukvårdens huvudmän och staten anser utskottet att det inte finns skäl att föreslå något initiativ från riksdagens sida. Motion 2017/18:3651 (KD, M, C, L) bör avslås.

Utskottet noterar det arbete som pågår för att konsolidera och stödja nordiskt samarbete när det gäller högspecialiserad vård. Motion 2017/18:3942 (SD) yrkande 2 bör avslås.

Motionerna 2017/18:3421 (M) yrkande 13 och 2017/18:3568 (M) yrkande 11 får anses vara tillgodosedda och bör avslås. När det gäller motionerna 2016/17:3223 (M) yrkande 2 och 2017/18:1696 (MP) yrkande 2 noterar utskottet att det av Socialstyrelsens förslag till arbetsprocess framgår att man räknar med att vårdområdena hjärt- och kärlsjukdomar liksom sällsynta diagnoser kan börja behandlas i sakkunniggrupper under 2019. Motionerna bör avslås.

Reservationer

1. Regeringens lagförslag, punkt 1 (V)

av Maj Karlsson (V).

Förslag till riksdagsbeslut

Jag anser att förslaget till riksdagsbeslut under punkt 1 borde ha följande lydelse:

Riksdagen antar regeringens förslag till lag om ändring i hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) med den ändringen att

a) orden ”nationell högspecialiserad vård” i 2 kap. 7 § ska skrivas med kursiv stil,

b) lagen ska träda i kraft den 1 januari 2020.

Därmed bifaller riksdagen motion

2017/18:3943 av Karin Rågsjö m.fl. (V) yrkande 4 och

bifaller delvis proposition 2017/18:40.

Ställningstagande

Jag anser att det behövs mer tid fram till dagen för ikraftträdande än vad som föreslås av regeringen. För att det ska finnas tid för att genomföra de föreslagna ändringarna bör ikraftträdandet i stället vara den 1 januari 2020.

2. Reglering av högspecialiserad vård på regional nivå, punkt 2 (V)

av Maj Karlsson (V).

Förslag till riksdagsbeslut

Jag anser att förslaget till riksdagsbeslut under punkt 2 borde ha följande lydelse:

Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i reservationen och tillkännager detta för regeringen.

Därmed bifaller riksdagen motion

2017/18:3943 av Karin Rågsjö m.fl. (V) yrkande 1.

Ställningstagande

Det är bra att den högspecialiserade vården organiseras på nationell nivå, men jag anser i likhet med utredningen att den borde regleras också regionalt. Enligt utredningsförslaget skulle Socialstyrelsen samordna den högspecialiserade vården på regional nivå och lämna rekommendationer till landstingen om vad som skulle utgöra sådan vård. Den vård som ges i dag är

inte jämlik regionalt, och vid tidigare samarbetsförsök har det funnits en del hinder för en fungerande samordning mellan regionerna. I likhet med ett antal remissinstanser anser jag att det finns en risk för att det inte blir någon förändring i den delen med regeringens förslag. Därför bör den högspecialiserade vården regleras också på regional nivå. Regeringen bör återkomma med ett sådant förslag.

3. Ytterligare ändringar i lagstiftningen, punkt 5 (SD)

av Carina Ståhl Herrstedt (SD) och Christina Östberg (SD).

Förslag till riksdagsbeslut

Vi anser att förslaget till riksdagsbeslut under punkt 5 borde ha följande lydelse:

Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i reservationen och tillkännager detta för regeringen.

Därmed bifaller riksdagen motion
2017/18:3942 av Per Ramhorn m.fl. (SD) yrkande 1 och
avslår motion
2017/18:3943 av Karin Rågsjö m.fl. (V) yrkande 2.

Ställningstagande

Vi ställer oss bakom förslaget om en ökad koncentration av den högspecialiserade vården. När det gäller förslaget att tillstånden för nationell högspecialiserad vård ska gälla tills vidare delar vi emellertid remissinstansernas kritik att detta medför en risk för inlåsningsseffekt, dvs. att en verksamhet som inte får tillstånd i första omgången kommer att få svårt att konkurrera om framtida tillstånd. Därför anser vi att möjligheten att omfördela tillstånd måste finnas i de fall när en annan vårdgivare kan erbjuda ett vårdalternativ med större patientnytta än vad befintliga tillståndshavare kan. Regeringen bör återkomma med ett sådant förslag.

4. Ytterligare ändringar i lagstiftningen, punkt 5 (V)

av Maj Karlsson (V).

Förslag till riksdagsbeslut

Jag anser att förslaget till riksdagsbeslut under punkt 5 borde ha följande lydelse:

Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i reservationen och tillkännager detta för regeringen.

Därmed bifaller riksdagen motion
2017/18:3943 av Karin Rågsjö m.fl. (V) yrkande 2 och
avslår motion

2017/18:3942 av Per Ramhorn m.fl. (SD) yrkande 1.

Ställningstagande

Jag anser att det skulle gynna både legitimiteten och införlivandet av besluten om var den högspecialiserade vården ska bedrivas samt säkerställa att patienternas bästa är i fokus om det ingår också patientrepresentanter i Nämnden för högspecialiserad vård. Regeringen bör återkomma med förslag om detta.

5. Parlamentarisk utredning, punkt 6 (M, C, L, KD)

av Emma Henriksson (KD), Camilla Waltersson Grönvall (M), Katarina Brännström (M), Amir Adan (M), Anders W Jonsson (C), Barbro Westerholm (L) och Ann-Britt Åsebol (M).

Förslag till riksdagsbeslut

Vi anser att förslaget till riksdagsbeslut under punkt 6 borde ha följande lydelse:

Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i reservationen och tillkännager detta för regeringen.

Därmed bifaller riksdagen motion

2017/18:3651 av Emma Henriksson m.fl. (KD, M, C, L) yrkande 2.

Ställningstagande

För att alla medborgare ska få tillgång till högkvalitativ vård anser vi att det krävs ett ökat statligt ansvarstagande i fråga om sjukvårdens organisation. Vi anser att det är ett steg i rätt riktning att besluta om en ny beslutsprocess för den nationella högspecialiserade vården som nu sker, men därutöver bör regeringen tillsätta en parlamentarisk utredning för att klarlägga förutsättningarna för en ändamålsenlig ansvarsfördelning mellan staten och nuvarande huvudmän när det gäller sjukvården.

6. Nordiskt samarbete, punkt 7 (SD)

av Carina Ståhl Herrstedt (SD) och Christina Östberg (SD).

Förslag till riksdagsbeslut

Vi anser att förslaget till riksdagsbeslut under punkt 7 borde ha följande lydelse:

Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i reservationen och tillkännager detta för regeringen.

Därmed bifaller riksdagen motion

2017/18:3942 av Per Ramhorn m.fl. (SD) yrkande 2.

Ställningstagande

Svensk sjukvård håller en hög medicinsk kvalitet i internationella jämförelser, men det brister när det gäller tillgängligheten. En ökad koncentration av den högspecialiserade vården innebär att vården kommer att bedrivas på färre vårdenheter än i dag, vilket kan få som konsekvens att belastningen periodvis kan bli hög på de vårdenheter som bedriver högspecialiserad vård. För att säkerställa tillgängligheten för patienter som är i behov av sådan vård bör därför det nordiska samarbetet inom hälso- och sjukvården utökas. Regeringen bör ta initiativ till ett ökat nordiskt samarbete inom den högspecialiserade vården.

7. Vissa vårdområden m.m., punkt 8 (M)

av Camilla Waltersson Grönvall (M), Katarina Brännström (M), Amir Adan (M) och Ann-Britt Åsebol (M).

Förslag till riksdagsbeslut

Vi anser att förslaget till riksdagsbeslut under punkt 8 borde ha följande lydelse:

Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i reservationen och tillkännager detta för regeringen.

Därmed bifaller riksdagen motion

2016/17:3223 av Cecilia Widegren m.fl. (M) yrkande 2 och avslår motionerna

2017/18:1696 av Jan Lindholm och Annika Hirvonen Falk (båda MP) yrkande 2,

2017/18:3421 av Cecilia Widegren m.fl. (M) yrkande 13 och

2017/18:3568 av Ulf Kristersson m.fl. (M) yrkande 11.

Ställningstagande

Det finns i dag stora regionala skillnader när det gäller kvalitet och väntetider i hjärt-kärlsjukvården. Vi anser därför att det finns ett behov av att nationellt samla den avancerade högspecialiserade hjärt-kärlsjukvården. På så sätt får man en vård med hög kvalitet. Regeringen bör återkomma med ett förslag om detta.

BILAGA 1

Förteckning över behandlade förslag

Propositionen

Proposition 2017/18:40 En ny beslutsprocess för den högspecialiserade vården:

Riksdagen antar regeringens förslag till lag om ändring i hälso- och sjukvårdslagen (2017:30).

Följdmotionerna

2017/18:3942 av Per Ramhorn m.fl. (SD):

1. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att det bör vara möjligt att omfördela tillstånd och tillkännager detta för regeringen.
2. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att tillgängligheten för patienter som har behov av högspecialiserad vård bör säkerställas och därför bör det nordiska samarbetet utökas, och detta tillkännager riksdagen för regeringen.

2017/18:3943 av Karin Rågsjö m.fl. (V):

1. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att den högspecialiserade vården bör regleras på både en nationell och en regional nivå och tillkännager detta för regeringen.
2. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att det bör finnas två patientföreträdare med i nämnden och tillkännager detta för regeringen.
3. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att tillstånden bör följas upp regelbundet och tillkännager detta för regeringen.
4. Riksdagen beslutar att lagändringarna i stället ska träda i kraft den 1 januari 2020.

2017/18:3944 av Emma Henriksson m.fl. (KD, C, M, L):

1. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att säkerställa patientsäkerheten i samtliga regioner vid koncentreringsen av den högspecialiserade vården och tillkännager detta för regeringen.
2. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att tidigt och kontinuerligt följa upp den nya beslutsprocessen för den nationella högspecialiserade vården och tillkännager detta för regeringen.

Motion från allmänna motionstiden 2016/17

2016/17:3223 av Cecilia Widegren m.fl. (M):

2. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att samla och koncentrera högspecialiserad hjärt- och kärlsjukvård i syfte att höja vårdens kvalitet och tillkännager detta för regeringen.

Motioner från allmänna motionstiden 2017/18

2017/18:1696 av Jan Lindholm och Annika Hirvonen Falk (båda MP):

2. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att vården av personer med sällsynta diagnoser bör klassas som högspecialiserad vård och därför centraliseras till ett mindre antal enheter för att nå en jämlik vård av hög kvalitet och tillkännager detta för regeringen.

2017/18:3421 av Cecilia Widegren m.fl. (M):

13. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att införa en gemensam samlad definition av högspecialiserad vård och dess uppdrag och tillkännager detta för regeringen.

2017/18:3568 av Ulf KristerSSon m.fl. (M):

11. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att införa en gemensam samlad definition av högspecialiserad vård och dess uppdrag och tillkännager detta för regeringen.

2017/18:3651 av Emma Henriksson m.fl. (KD, M, C, L):

2. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om ökad nationell styrning av högspecialiserad vård och tillkännager detta för regeringen.

BILAGA 2

Regeringens lagförslag

Förslag till lag om ändring i hälso- och sjukvårdslagen (2017:30)

Härigenom föreskrivs i fråga om hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) dels att 2 kap. 7 §, 7 kap. 5 § och 8 kap. 5 § ska ha följande lydelse, dels att det ska införas två nya paragrafer, 7 kap. 5 a och 5 b §§, av följande lydelse.

Nuvarande lydelse

Föreslagen lydelse

2 kap.**7 §**

Med *rikssjukvård* avses i denna lag hälso- och sjukvård som *bedrivs av ett landsting och som samordnas med landet som upp-tagningsområde.*

Med *nationell högspecialiserad vård* avses i denna lag *offentligt finansierad hälso- och sjukvård som behöver koncentreras till en eller flera enheter men inte till varje sjukvårdsregion för att kvaliteten, patientsäkerheten och kunskapsutvecklingen ska kunna upprätthållas och ett effektivt användande av hälso- och sjukvårdens resurser ska kunna uppnås.*

7 kap.**5 §**

Den myndighet som regeringen bestämmer beslutar vilken hälso- och sjukvård som ska utgöra *riks-sjukvård.*

För att få bedriva rikssjukvård krävs det tillstånd. Den myndighet som regeringen bestämmer får efter ansökan från ett landsting besluta om sådant tillstånd. Tillståndet ska vara tidsbegränsat och förenat med villkor.

Myndighetens beslut enligt första och andra styckena får inte överklagas.

Den myndighet som regeringen bestämmer beslutar vilken hälso- och sjukvård som ska utgöra *nationell högspecialiserad vård och på hur många enheter sådan vård ska bedrivas. Vid bedömningen av om en åtgärd ska utgöra nationell högspecialiserad vård ska hänsyn särskilt tas till om vården är komplex eller sällan förekommande och om den kräver en viss volym, multidisciplinär kompetens eller stora investeringar eller medför höga kostnader.*

Beslut enligt första stycket får inte överklagas.

5 a §

För att få bedriva nationell högspecialiserad vård krävs det tillstånd. Den myndighet som regeringen bestämmer får efter ansökan

från ett landsting besluta om ett sådant tillstånd. Tillståndet ska gälla tills vidare och vara förenat med villkor.

Ett tillstånd får återkallas om villkoren för det inte längre är uppfyllda, om förutsättningarna för tillståndet har ändrats eller om tillståndshavaren begär det.

Beslut enligt första och andra styckena får inte överklagas.

5 b §

Regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer får meddela föreskrifter om de villkor som ska gälla för tillstånd att bedriva nationell högspecialiserad vård och om återkallelse av ett sådant tillstånd.

8 kap.

5 §

Landstinget får också i andra fall erbjuda hälso- och sjukvård åt den som omfattas av ett annat landstings ansvar för hälso- och sjukvård, om

1. landstingen kommer överens om det, eller
2. det är fråga om *rikssjukvård*. 2. det är fråga om *nationell högspecialiserad vård*.

-
1. Denna lag träder i kraft den 1 juli 2018.
 2. För tillstånd som gäller vid tidpunkten för ikraftträdandet och som har beslutats enligt 9 b § den upphävda hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) eller enligt 7 kap. 5 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) i dess lydelse före den 1 juli 2018, gäller vad som föreskrivs för nationell högspecialiserad vård i de nya bestämmelserna och i föreskrifter som meddelats i anslutning till lagen. Sådana tillstånd ska fortsätta att gälla även om tiden för tillståndet har gått ut.