

## Motion till riksdagen 2013/14:So622

av Finn Bengtsson m.fl. (M)

# Nationell samordning av sjukvårdsfinansieringen

## Förslag till riksdagsbeslut

Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om möjligheten att göra en översyn av en nationell samordning av sjukvårdsfinansieringen.

## Bakgrund

I ett solidariskt välfärdssamhälle som Sverige finansieras sjukvården gemensamt. Fram till 2040 väntas antalet vård dagar på sjukhus öka med 70 procent för dem som är 65 år och äldre, och denna åldersgrupp är redan nu den som ökar mest i vårt land. Det innebär en ökning av de totala kostnaderna för sjukhusvården med 270 procent inom tre decennier. Sjukvårdens kostnader skulle då stiga till en andel av skatterna på 36 procent, mot i dag 20 procent. En sådan ökning kan bara klaras med en kraftig neddragning av andra offentliga utgifter eller ett nytt sätt att finansiera sjukvården eller betydande skattehöjningar. Regeringens framtidskommission har också inskräpvt allvaret i denna utveckling och Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) har bedömt att det kommer att krävas 13 kronor högre kommunalskatt om 25 år jämfört med idag bara för att kunna bevara dagens kvalitetsnivå inom vård och omsorg. Det är därför nödvändigt att våga ifrågasätta om dagens system för sjukvårdens organisation är det mest effektiva och om inte lämna förslag till lösningar utan att behöva mötas av misstro mot nytänkande.

Med en övergång från dagens uppdelade finansieringsansvar mellan landsting och stat till ett nationellt finansieringssystem, är det därför vår mening att detta påtagligt borde underlätta en nationellt optimal översyn med bättre planering och fördelning av driftsansvar för olika offentliga eller privata sjukhus och vårdcentraler runt om i vårt land. En nationellt samordnad finansiering är

**Fel! Okänt namn på**

också nödvändig för att hälso- och sjukvårdslagens portalparagrafer om en lika och rättvis sjukvård för alla svenska medborgare någonsin ska infrias.

## Motivering

Sjukvårdspolitikerna bör underlätta så att fler fristående aktörer inom sjukvården växer fram över hela landet. Arbetstrivselen är högre hos vårdpersonalen om man ges möjlighet att välja arbetsgivare, något som kommer även patienterna till del. Men det viktigaste med en nationellt finansierad mångfald av aktörer är att detta skapar möjligheter för kvalitetsstyrning via patienternas egna val av vilken vårdgivare man önskar gå till. En centralisering av finansieringen kan på så sätt även öppna för en betydande decentralisering i själva verksamheten. En statligt finansierad hälso- och sjukvård kan skapa bättre förutsättningar än idag för att samordna en lika ersättning för exempelvis läkemedel över landet, inte minst när det gäller dyra sällsynta läkemedel till patienter med ovanliga sjukdomar. Även statens ansvar för sjukförsäkringen kan med en nationell samordning bättre integreras med utgifter för sjukvården. Sammantaget så skulle de offentliga resurserna i samhället för att bekämpa sjukdom, och alla olika kostnader förknippat med detta, kunna analyseras bättre och utnyttjas mer kostnadseffektivt jämfört med idag.

Problemet med offentlig sektor är att många verksamheter inte fungerar bra och att kostnaderna är för höga i förhållande till resultatet. En väl fungerande konkurrens mellan olika verksamheter i olika driftsformer skulle skapa förutsättningar som behövs för bättre resultat inom den offentliga välfärden.

Ett av redskapen för att släppa in fler fristående alternativ inom offentlig verksamhet, samt uppnå ett bättre bruk av skattebetalarnas pengar, är lagen om offentlig upphandling (LOU).

LOU är dock inte särskilt bra anpassad till hälso- och sjukvårdsverksamhet. Dels bortser den från att patienter ofta är måna om att bygga en relation med vårdgivare under en längre period, vilket inte stämmer överens med lagens rekommendationer om relativt korta avtalstider, dels är den utformad så att landstingen kan välja drift i egen regi och då är lagen inte tillämplig. En upphandlingslag måste därför anpassas till hälso- och sjukvårdens förutsättningar och ges ett förståeligt regelverk. I detta perspektiv är den nyare lagen om valfrihet (LOV) bättre lämpad för hälso- och sjukvårdsverksamhet. LOV innebär att den som har det politiska ansvaret ställer upp kostnads- och kvalitetskrav på den som vill utföra vård. Till skillnad från LOU tävlar därför inte de som anmäler sig till en upphandling enligt LOV om priset för tjänsterna utan om kvaliteten på det som erbjuds patienterna. LOV är för närvarande frivillig för kommuner att införa, men obligatorisk i primärvården inom landstingen sedan 1 januari 2010. Regeringen bör överväga en översyn av en samordnad nationell finansieringsmodell och göra LOV till generell lagstiftning som berör all sjukvård i vårt land samt de områden som kommunen ansvarar för. Det är då också lämpligt att vid denna översyn ta ställning till om avtalstidernas längd ska anpassas bättre än idag för den som vill investera

**Fel! Okänt namn på**

i att utveckla sjukvården med hjälp av eget kapital. Erfarenheter från länder som har denna typ av avtal sedan länge anger tydligt att seriösa investeringar av denna typ kräver decennielånga avtal för att kunna räknas hem snarare än över ett eller några år som det är idag.

Det bör även analyseras om en avknoppnings- och utmaningsrätt stödd i lag ska införas för att stimulera och underlätta övergång från offentlig verksamhet av privata och kooperativa företag som vill driva verksamhet inom hälso- och sjukvården, och som sedan har rätt att utmana den offentliga utföraren med förslag om en bättre kvalitet till samma eller lägre kostnader. På så sätt kan nytt affärsmässigt tänkande inom vården förväntas ge bättre kvalitet och mer vård för pengarna genom ökad konkurrens.

Förändringen av sjukvårdens finansieringssystem är en komplicerad process som måste bygga på en långsiktighet i det politiska arbetet. Eventuella övergångsproblem behöver noggrant belysas. För- och nackdelar med en statlig finansiering på hela eller delar av sjukvården, t.ex. universitetssjukhusen, behöver utredas vidare och om förändringar anses riktiga bör de planeras och verkställas så att patienters tillgång till en god vård inte påverkas negativt under förändringen. De ökade möjligheterna till vård inom hela EU måste också beaktas vid en sådan översyn av det framtida nationella ansvaret för vårdens finansiering.

Till sist, i samband med en översyn av ett gemensamt nationellt ansvar för sjukvården, bör övervägas om att sammanföra statens budgets utgiftsområden för sjukvård (9) och sjukförsäkring (10) till ett och samma utgiftsområde. I riksdagen hanteras idag utgiftsområde 9 av socialutskottet men 19 av Socialföräkringsutskottet. Därutöver fördelas idag statsbidragen till landstingen av finansutskottet (utgiftsområde 25). Översynen borde därför också inkludera möjligheterna till en gemensam utskottshantering av samtliga tre utgiftsområden, 9, 10 och 25, i riksdagen.

Stockholm den 25 september 2013

*Finn Bengtsson (M)*

*Lars Beckman (M)*

*Pia Hallström (M)*