

Motion till riksdagen 2012/13:So427

av Finn Bengtsson m.fl. (M)

Samordning av kostnad för sjukdom och sjukvård

Förslag till riksdagsbeslut

Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om en samordning av kostnader för sjukdom och sjukvård.

Bakgrund

Gapet mellan vad medborgarna efterfrågar och vad det offentliga kan leverera inom sjukvården ökar. En klok ekonomisk politik för att möta detta problem med fler i arbete parat med ett minskat ohälsotal i befolkningen är något som sammantaget i det korta perspektivet ger bra utrymme för fler reformer av solidariskt finansierade välfärdstjänster. Men för långsiktig hållbarhet i de gemensamfinansierade sociala trygghetssystemen måste analysen fortsätta och fördjupas, och detta med bredast möjliga parlamentariska uppslutning.

Den glädjande demografiska utvecklingen i Sverige visar att medellivslängden under senare år steg med 30–40 dagar per år, och för allt fler blir upplevelsen av 100-årsdagen en realitet. Men detta innebär också att vi idag drygt 1,6 miljoner svenskar över 65 års ålder kan räkna med att denna grupp år 2020 uppgår till cirka 2 miljoner människor. Även om dagens och kommande tiders äldre kan förväntas vara friskare än tidigare decenniernas personer i samma ålder, så kan man förutse att kraven på en fungerande sjukvård kommer att öka i framtiden. En framåtsyftande analys måste då göra upp med en del för dagen obekväma sanningar, såsom att sjukvården inte kan stå isolerad från en samlad sjukdomsbekämpande politik.

Sjukvård är dyrt, men sjukdom är dyrare. Av alla samhällets kostnader för sjukdom idag utgör sjukvården cirka 20 %. I detta innefattas öppen- och slutenvårdskostnader, rehabiliterings- och behandlingskostnader (inklusive läkemedel!) och uppföljningskostnader inom den offentligfinansierade sjukvården. Resterande 80 % är så kallade indirekta offentligfinansierade sjukvårds-

Fel! Okänt namn på

kostnader, dvs. kort- och långtidssjukskrivningar, förtidspensioneringar och förtida död samt till viss del även andra sociala trygghetssystem. För de förra ansvarar huvudsakligen landstingen ekonomiskt med egna skatteintäkter tillsammans med statliga medel avsatta för sjukvård (budgetområde 9). För de senare ansvarar huvudsakligen staten ekonomiskt (budgetområde 10) med visst stöd av kommunernas egna skatteresurser.

Uppdelningen av den solidariska finansieringen är således mycket splittrrad, och för en helhetssyn på den mest effektiva sjukdomsbekämpningen även mycket artificiell. Detta är djupt olyckligt då den splittrade och artificiella uppdelningen av finansieringen spiller över på ett splittrat och konstlat ansvarsförhållande mellan stat, landsting och kommuner vad gäller samhällets sjukdomsbekämpning.

Förslag om en hållbar solidarisk sjukdomsbekämpning har tidigare lämnats i motion 2011/12:So583 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:So583 läggs i denna motion åter en likalydande motivering fram med förslag till riksdagen att överväga besluta ge regeringen tillkänna.

Motivering

Regeringen hanterar på departementsnivå bekämpning av sjukdom med ett rimligt samlat grepp. På Socialdepartementet hanteras budgetområden både för direkta och för indirekta kostnader för sjukvård. Detta ger ur statlig finansiering för sjukdomsbekämpning redan idag bättre förutsättningar för ett större helhetsperspektiv och en sund ekonomisk "kommunikation" mellan utgifterna för sjukvård och för sjukförsäkring.

Ett hinder för att detta helhetsperspektiv också ska kommuniceras när den statliga budgeten bereds är dels den ur ansvarssynpunkt konstlade uppdelningen i budgetprocessen mellan utgiftsområde 9 (kostnader för sjukvård) och utgiftsområde 10 (kostnader för sjukförsäkringar), dels att den bredare parlamentariska hanteringen av budgetprocessen i riksdagen är fördelad på två helt olika utskott: socialutskottet (SoU, utgiftsområde 9) och socialförsäkringsutskottet (SfU, utgiftsområde 10, men också 8 = migration, 11 = pension och 12 = ekonomisk familjepolitik).

Vill man verkligen föra samman det politiska ansvaret för en långsiktigt hållbar solidarisk finansiering och ett politiskt ansvar för vettiga, långsiktigt motiverade satsningar på sjukdomsbekämpning i Sverige, bör därför en strukturell reformering av budgetprocessen och riksdagens hantering av frågan övervägas. Detta kan exempelvis innebära medvetna ökade statliga satsningar på sjukvården, inte minst vad avser medicinsk och arbetsrelaterad rehabilitering som idag är en lågprioriterad verksamhet inom landstingen, för att på sikt se minskningar i den kommunicerade budgeten vad avser utgifter i sjukförsäkringssystemen.

Fel! Okänt namn på

Intressant att notera i detta sammanhang är att en utredning inom riksdagsförvaltningen presenterat ett förslag till vissa förändringar i riksdagsarbetet (den så kallade EUMOT-utredningen). Inom ramen för denna lyfts just frågan fram om en förändring av utskottsstrukturen som innebär ett samgående av SoU och SfU. I samband med övergången till ett sådant "nytt" socialutskott skulle detta bereda både utgiftsområde 9 och 10 i budgetprocessen och i övrigt alla frågor som hanterar sjukvård och sjukvårdsförsäkringar tillsammans. Övriga utgiftsområden för dagens SfU kunde lämpligen hanteras av andra utskott, exempelvis migrationsfrågor av arbetsmarknadsutskottet och pensionspolitik och ekonomisk familjepolitik av skatteutskottet eller ett helt nytt utskott för samhällets stöd för ersättningar till dem som för tillfället befinner sig utanför arbetslivet.

Vill man verkligen värna en maximalt gynnsam utveckling för att stärka svensk sjukvård bör även några ytterligare verksamheter koncentreras till det nya socialutskottets ansvar. Hit hör då högre medicinsk utbildning och forskning, ett ansvar som idag lätt "drunknar" i Utbildningsdepartementets och utbildningsutskottets alla andra fokusområden. Ännu ett sådant ansvarsområde för ett nytt socialutskott (och departement) som skulle kunna övervägas är utvecklingen av synen på arbetsskada och en reformering av arbetsskade-försäkringen.

Dessa föreslagna organisatoriska åtgärder för politiken som syftar till att mera rationellt bekämpa samhällets börda för sjukdom har dessutom det goda med sig att staten ikläder sig ett tydligare ansvar för att en rättvis och likvärdig nationell sjukvård verkligen kan utvecklas. Oavsett om vi har 21 sjukvårdshuvudmän på landstingsnivå som idag, eller knappt hälften så många vid en regionsammanslagning i framtiden, så kommer denna politiska mellannivå med egen skatteuppbörd för bland annat sjukvård att motverka att hälso- och sjukvårdslagen finner allmängiltighet över hela landet. Till yttermera visso är en förändring med ett socialdepartement, med ett nytt bättre korresponderande socialutskott och en gemensam statlig budgetprocess, något som bättre harmoniserar med hur EU organiserar sin verksamhet på sjukdoms- och sjukvårdsområdet. Med en ökad, och önskad, rörlighet av patienter mellan medlemsstaterna är den föreslagna organisatoriska "sjukdomspolitiska" förändringen också bättre anpassad till ett framtida Europa.

Den 27 januari 2011 utsåg regeringen en särskild utredare som såg över hur staten, genom sina myndigheter, ska verka för ett effektivt och långsiktigt hållbart vård- och omsorgssystem (dir. 2011:4). Syftet var bland annat att stärka det hälsofrämjande arbetet för att minska det framtida vårdbehovet och att göra vården mer jämlik i hela landet. Utredningen lämnade sitt slutbetänkande maj 2012. Vi tycker att regeringens ansats med denna utredning är mycket positiv, men anser inte att det omfattande uppdraget har lett fram till tillräckligt skarpa förslag för ett av våra viktigaste gemensamma trygghetssystem som kan förankras i bredast möjliga parlamentariska samförstånd.

Regeringen har också redan under 2010 tillsatt den parlamentariska socialförsäkringsutredningen (dir. 2010:48) i vars direktiv det finns en frågeställning om hälso- och sjukvårdens roll och ansvar. Här ska enligt regeringen den parlamentariska kommittén överväga olika modeller för medfinansiering av

Fel! Okänt namn på

sjukförsäkringskostnaderna och analysera hälso- och sjukvårdens förutsättningar att utöver detta vidta nödvändiga insatser för att patienter ska kunna behålla och återfå sin arbetsförmåga. Uppdraget ska slutrapporteras till regeringen under våren 2013.

Man skulle kunna tänka sig att förslagen i den aktuella motionen förtydligades som ett tilläggsdirektiv till den parlamentariska socialförsäkringsutredningen. Men då denna utredning avancerat långt i sitt arbete med redan omfattande frågeställningar kring större delen av socialförsäkringsområdet, och som inte bör ytterligare försenas i sitt viktiga uppdrag, så förefaller tillsättning av en separat parlamentarisk utredning med fokus på framtida sjukdomsbekämpning som en bättre väg att gå för att se över hälso- och sjukvårdens organisation och finansiering med sikte på att kunna vara på plats fram mot nästa decennium.

Vi vill därför med denna motion och dess motivering ovan att nu tillsätta och pågående utredningar kompletteras med en analys av hur den sjukdomsbekämpande politiken kan samordnas bättre.

Stockholm den 24 september 2012

Finn Bengtsson (M)

Gustav Nilsson (M)

Andreas Norlén (M)

Hans Rothenberg (M)

Anne Marie Brodén (M)