

Enskild motion

## Motion till riksdagen 2016/17:439

av **Finn Bengtsson (M)**

# Angående behovet av ett bättre samordnat kostnadsansvar mellan sjukvården och sjukförsäkringen

---

## Förslag till riksdagsbeslut

Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om behovet av att se över möjligheterna till ett bättre samordnat kostnadsansvar mellan sjukvård och sjukförsäkring och tillkännager detta för regeringen.

## Bakgrund

Välfärden står inför ett antal enorma utmaningar. Det är utmaningar som kommer att kräva att vi förändrar våra sätt att tänka, administrera och finansiera vår gemensamma välfärd. Denna motion föreslår därför en samordning av de offentliga kostnaderna för sjukdom och sjukvård, påkallat framförallt av de utmaningar som utgörs av ökad psykisk ohälsa och en åldrande befolkning. För hur ska vi ha råd med välfärden när de äldre blir fler och de unga mår dåligt?

Om perspektivet vidgas till sjukvården i allmänhet, ställs vi inför den utmaning som utgörs av Sveriges åldrande befolkning. Det är glädjande att vi lever allt längre och för allt fler blir upplevelsen av 100-årsdagen en realitet. Men våra idag över 1,8 miljoner svenskar över 65 år kommer redan 2020 uppgå till 2 miljoner och även om vi kan förvänta oss att morgondagens äldre får en bättre hälsa än dagens, beräknas de svenska sjukvårdskostnaderna öka med 270 procent till 2040 enligt en forskningsrapport som publicerades 2008. En sådan ökning kunde enligt forskarna bakom rapporten endast klaras av med en kraftig neddragning av andra offentliga utgifter, dramatiska skattehöjningar eller ett nytt sätt att finansiera sjukvården.

En framåtsyftande politik för att lösa detta dilemma bottnar i insikten att sjukvård är dyrt – men sjukdom är ännu dyrare. Sjukvården kan därför inte stå isolerad från en samlad sjukdomsbekämpande politik. Ett sätt att ha råd med morgondagens sjukvård är att minska utgifterna för sjukdom.

Låt oss exemplifiera med den psykiska ohälsan som fortsätter att skena i Sverige. Att leva med psykisk ohälsa innebär ett stort lidande som inte syns utanpå och därmed ofta inte tas på allvar av omgivningen. Men det innebär också ett nedsatt välbefinnande, minskad livskvalitet, risk för utslagning och permanent utanförskap och förtida död. Effekterna sprider sig sannolikt också som ringar på vattnet till oroliga anhöriga såväl som handfallna kollegor och arbetsgivare. Men utöver detta lidande är det också en stor utmaning för sjukvården och våra offentliga utgifter.

Enligt Socialstyrelsens uppskattningar är det mellan 20 och 40 procent av befolkningen som lider av psykisk ohälsa i sådan omfattning att de behöver stöd, hjälp och behandling. Socialstyrelsen har även tidigare uppskattat att psykisk ohälsa utgör en femtedel av den samlade sjukdomsbördan och det finns forskningsrapporter på att en tredjedel av samtliga patienter i primärvården har en psykisk ohälsa som kräver behandling. Andelen sjukskrivna på grund av psykisk ohälsa är idag cirka en tredjedel och ökar kontinuerligt. Ungdomar är särskilt utsatta; forskrivning av antidepressiva läkemedel till ungdomar mellan 15 och 19 år ökade exempelvis med 70 procent mellan åren 2006 och 2011, och det fortsätter öka än idag. Köerna till psykiatrisk vård har också tredubblats under de senaste åren.

Kostnaden för psykisk ohälsa i Sverige fördubblades mellan 1997 och 2005, och har fortsatt öka sedan dess. Idag beräknas enbart fyra huvuddiagnosgrupper årligen kosta samhället stora summor: egentlig depression (35 miljarder kronor), bipolär sjukdom (14 miljarder kronor), schizofreni (25 miljarder kronor) och generaliserat ångestsyndrom (1,5 miljarder kronor), alltså hela 75 miljarder kronor per år (Läkartidningen 2014;111:CWZX). Dessa kostnader kan delas upp i direkta, vilka består av kostnader för förebyggande insatser, diagnostisering, behandlings- och rehabiliteringskostnader, och finansieras huvudsakligen av landstingen men också av staten. De indirekta kostnaderna är huvudsakligen utgifter i sjukförsäkringen p.g.a. sjukfrånvaro och bekostas enbart av staten. Till indirekta kostnader bör också räknas inte bara utgiften i sjukförsäkringen utan även det produktionsbortfall som detta förorsakar samhället plus de där av uteblivna skatteintäkterna som drabbar såväl kommuner som landsting och staten. Det häpnadsväckande, men kanske inte så förvånande vid en djupare analys, är att av de totala kostnaderna för psykisk ohälsa (75 miljarder per år) bestod 57 miljarder eller 75 % av indirekta kostnader, vilket enligt forskarna troligen var en betydlig underskattning då utgifter i även andra socialförsäkringssystem som exempelvis kommunalt försörjningsstöd, kostnader för anhörigas frånvaro från arbete och utebliven produktion p.g.a. förtida död i denna sjukdomsgrupp inte var möjliga att inkludera då uppgifter om detta saknas men definitivt också finns (Läkartidningen 2014;111:CWZX).

Även om psykiska diagnoser utgör den enskilt största diagnosgruppen av sjukförsäkringskostnaden så kan man lätt inse att samma typ av resonemang kan föras även för våra andra stora folkhälsogissel. Den sammanlagda kostnaden för samhället för sjukdom kommer därför vida att överstiga den för enbart sjukvård, och kanske är den så stor att man måste överväga att snart samverka på ett bättre sätt än idag mellan i första hand sjukvården och sjukförsäkringen.

## Förslag till bättre samverkan mellan sjukvården och sjukförsäkringen

En framåtsyftande politik för att lösa detta dilemma bottnar i insikten att sjukvård är dyrt – men sjukdom är ännu dyrare. Sjukvården kan därför inte stå isolerad från en samlad sjukdomsbekämpande politik. Ett sätt att ha råd med morgondagens sjukvård är att minska utgifterna för sjukdom.

Av alla offentliga kostnader för sjukdom idag utgör sjukvården alltså uppskattningsvis någonstans mellan 20 och 25 procent genom direkta kostnader för öppen- och slutenvårdskostnader, rehabiliterings- och behandlingskostnader (inklusive alla läkemedel) och uppföljningskostnader inom den offentligfinansierade sjukvården. Resterande 75–80 procent är indirekta offentligfinansierade sjukdomskostnader, dvs. kort- och långtidssjukskrivningar, förtidspensioneringar och förtida död samt till viss del även andra sociala trygghetssystem och produktionsbortfall med osäker total kostnad för samhället.

För de direkta kostnaderna för sjukdom ansvarar huvudsakligen landstingen ekonomiskt med egna skatteintäkter tillsammans med statsbidrag. För de indirekta kostnaderna för sjukdom ansvarar huvudsakligen staten ekonomiskt med visst stöd av kommunernas egna skatteresurser. Fördelningen av kostnadsansvaret för sjukdom mellan staten och landstingen är därmed olyckligt splittrad.

## Motivering

För en helhetssyn på den mest effektiva sjukdomsbekämpningen är denna uppdelning kontraproduktiv. Den splittrade och artificiella uppdelningen av finansieringen spiller över på ett splittrat och konstlat ansvarsförhållande mellan staten och landstingen vad gäller samhällets ansvar för en effektiv sjukdomsbekämpning som värnar om skattebetalarnas pengar på bästa sätt och därmed också är mest långsiktigt hållbar för samhällsekonomin.

En lösning skulle kunna vara att staten övertog kostnadsansvaret för sjukvården från landstingen. Ett alternativ till denna idé är att lägga över hela kostnadsansvaret för sjukförsäkringen på landstingen. Landstingen får då det samlade ansvaret för kostnaderna av sjukvård och sjukförsäkring för medborgarna inom länet.

Oavsett vilken modell man väljer att prioritera i framtiden så kommer båda lösningarna att fokusera på kostnaden för sjukdom på ett sätt som gör att investeringar i sjukvården säkerligen kan hämtas hem på ett rationellt sätt genom minskningar i sjukförsäkringsutgifterna, och vice versa, genom ett samlat budgetansvar. Det kan finnas för- och nackdelar med båda modellerna, exempelvis att en statlig koncentration av ansvaret ger en nationell likvärdighet men kanske en mindre regionalt anpassad funktion i detta välfärdssystem och att en landstingskoncentration av ansvaret istället ger en geografisk olikhet i landet men kanske en regionalt bättre anpassad funktion för samma välfärdssystem. Det viktiga är dock att båda modellerna ger bättre fokus på den viktigaste funktionen i detta välfärdssystem jämfört med idag – långsiktig samhällsekonomisk hållbarhet.

Utifrån det ovan anförda önskade jag under riksmötet 2014/15 och 2015/16 att riksdagen skulle ge regeringen tillkänna att en bättre samverkan mellan sjukvården och sjukförsäkringen borde eftersträvas. Utskottet avsåg 2014/15 emellertid denna begäran

från mig med motivet att resultatet av socialförsäkringsutredningens arbete med att finna långsiktiga och konstruktiva lösningar för sjukförsäkring bör avvaktas.

Detta föreföll då också som ett rimligt motiv 2014/15 för avslag vid den tidpunkten och givet de direktiv som den parlamentariska socialförsäkringen hade att arbeta utefter. Nu har emellertid den parlamentariska socialförsäkringen avlämnat sitt slutbetänkande som varit ute på remiss. Men då det inte finns något förslag i utredningen till en förbättrad samordning mellan utgifter i sjukförsäkringen och utgifter för sjukvård, så hade inte heller remissinstanserna en rimlig möjlighet att ta ställning till denna viktiga fråga för framtiden och mot de argument för detta som framförs i den aktuella motionen enligt ovan.

Jag önskar därför att riksdagen bifaller denna motions begäran om att se över möjligheterna för ett bättre samordnat kostnadsansvar mellan sjukvård och sjukförsäkring. Jag vill med ovanstående motiveringar att riksdagen bifaller denna begäran och ger regeringen detta tillkänna som ett komplement till övriga förslag som lämnats av den parlamentariska socialförsäkringen.

*Finn Bengtsson (M)*