

Motion till riksdagen 2009/10:So593

av **Andreas Norlén och Gunnar Axén (m)**

Översyn av den framtida finansieringen av hälso- och sjukvården

Förslag till riksdagsbeslut

Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om en översyn av den framtida finansieringen av svensk hälso- och sjukvård.

Utmaningar

Hälso- och sjukvårdens finansiering står inför stora utmaningar i en inte alltför avlägsen framtid. Utvecklingen av den så kallade befolkningspyramiden, där basen (det vill säga de yngre) blir allt mindre och toppen (de äldre) blir allt större, talar sitt tydliga språk. En stor forskningsstudie som inleddes 1999 har nyligen rapporterats ("Simulating an Ageing Population – A Microsimulation Approach applied to Sweden) och där prognostiseras att kostnaderna för svensk hälso- och sjukvård kommer att öka med hela 270 procent (!) till år 2040.

Idag går cirka 20 procent av skatteintäkterna till sjukvården. Denna mycket trovärdiga prognos innebär att andelen (om allt annat är oförändrat) ökar till 36 procent. Med också färre som ska försörja fler som går i pension i detta scenario kommer, om inget görs, den solidariskt finansierade välfärden att utsättas för svåra prövningar. Mot bakgrund av denna alarmerande kostnadsutveckling bör varje förslag till möjlig framtida finansiering av svensk hälso- och sjukvård noga övervägas, med den givna utgångspunkten att finansieringen även i framtiden ska vara solidarisk och ske med skattemedel.

Fel! Okänt namn på

Probleminventering

Svensk vård brottas framförallt med problem med dålig tillgänglighet. Resultatet av långvarigt styre av vänsterkoalitioner med höga skatter parat med ransoneringspolitik inom sjukvården har medfört att tillgängligheten till svensk sjukvård hamnat i strykclass internationellt sett. För alla dem som köar i halvår, årsvis eller till och med ännu längre ger det tveksam tillfredsställelse att veta att vården, som de inte kommer i kontakt med, ofta håller mycket bra kvalitet när den väl kan ges.

För att råda bot på den kvalitetsbrist det innebär att tillgängligheten till vården är under all kritik, är en ökad mångfald av konkurrerande utförare som tävlar om att korta köerna ett måste. För liten mångfald av vårdgivare i stora delar av Sverige hämmar påtagligt effektiviteten i vården. Att skapa bättre effektivitet med bibehållen säkerhet och trygghet för patienterna inom ramen för en fortsatt solidarisk finansieringsmodell som är långsiktigt hållbar kräver nytänkande. Att landstingen är ansvariga både för den största delen av finansieringen av vården och för att utföra den största delen av vården är ett problem. Det är tydligt att det på många håll finns en lojalitet inom landstingen gentemot den egna organisationen, vilket leder till att många landsting vill skydda sin egen verksamhet från konkurrens och motverkar privata vårdgivare. Fri etableringsrätt inom primärvården har införts och det är bra, men ytterligare reformer krävs.

Idag bekostas vård- och omsorgsinsatser av olika slag från tre beskattningsnivåer, kommun, lansting och stat, medan ersättningen till dem som är sjuka, arbetsskadade, förtidspensionerade etcetera bekostas genom statliga försäkringslösningar (sjukförsäkringen m.m.). Det innebär att den som bekostar vården inte drabbas av merkostnader om tillgängligheten är dålig och människor tvingas gå sjukskrivna onödigt länge i väntan på behandling. Dessa kostnader faller istället på de statliga försäkringarna. Regeringen har försökt skapa drivkrafter för landstingen att tillhandahålla vård snabbt, genom att "sjukvårdsmiljarden" fördelas bland de landsting som uppfyllt krav på kortade vårdköer. Det är bra, men det vore värdefullt att skapa än tydligare drivkrafter att leverera vård och därmed minska sjukskrivningskostnaderna. Det vore lättare att skapa sådana drivkrafter om både vården och sjukskrivningarna bekostades ur samma kassa, exempelvis statskassan.

Även om borgerliga landstingspolitiker runt om i Sverige sedan valet 2006 kortat vårdköer och gjort andra förbättringar, blir det allt tydligare att de 150 år gamla organisationerna för att bekosta och producera sjukvård – landstingen – medför att mycket pengar rinner ur systemet utan att användas till vård. Vi har 21 regionala vårdgivare, som var för sig försöker centralstyra tusentals anställda inom den egna organisationen på hundratals vårdcentraler och en lång rad sjukhus med mycket varierande resultat runt om i landet. Betydande effektivitetsförluster är en ofrånkomlig konsekvens i stora, centraliserade, byråkratiska organisationer som dessa. Med 21 olika sjukvårdshuvudmän, som alla har eget budgetansvar, blir inte vården lika och rättvis för alla medborgare såsom hälso- och sjukvårdslagen (HSL) föreskriver. Istället blir vården beroende av i vilket landsting man är folkbokförd. Ökade statliga krav på

landstingen och ökad statlig kontroll av landstingen kan förbättra situationen, men det grundläggande systemfelet blir ändå kvar.

Det är därför betydelsefullt att ifrågasätta det nuvarande systemet för sjukvårdens finansiering och fundera på bland annat om en statlig finansiering av vårdens utförande vore att föredra. Man kan till exempel tänka sig en statlig försäkringslösning som bekostar sjukvården när vi blir sjuka, på motsvarande sätt som vi har en statlig sjukförsäkring som bekostar sjukpenningen när vi blir sjuka.

Ett internationellt exempel

Holland har på senare år, i bred parlamentarisk enighet, framgångsrikt förändrat sitt sjukvårdssystem och infört en statligt finansierad försäkringslösning för utförandet. En sådan modell skulle kunna erbjuda attraktiva möjligheter också för Sverige. Regeringens särskilda utredare i frågan, professor Johan Calltorp, är också inne på denna linje som ett av de förslag som är värt att beakta inför framtiden. Systemet utgår ifrån en fortsatt solidariskt skattefinansierad vård, men bygger på att staten bekostar en försäkringspremie som går till den ackrediterade försäkringsgivare som medborgaren väljer. Försäkringsgivaren köper sedan den vård som behövs av olika utförare – offentligt ägda eller enskilt ägda. Ingen medborgare får vägras försäkring. Försäkringsgivarnas intressen som kunder till utförarna leder till att vård med hög kvalitet, god tillgänglighet och hög effektivitet levereras. I Holland har försäkringsgivare som riktat in sig på uppskattade regionala och lokala sjukvårdsutförare vunnit många patienters förtroende.

En tänkbar väg framåt

Ett skattefinansierat, obligatoriskt sjukvårdsförsäkringssystem för alla medborgare skulle kunna vara ett sätt, på vilket vården kan göras bättre och effektivare. Både vård- och sjukskrivningskostnader skulle bekostas ur samma kassa, vilket skulle innebära att mer pengar till vården i vissa situationer genast skulle kunna ”räknas hem” genom minskade kostnader för sjukskrivningar. Många fler vårdgivare skulle kunna verka utan att hållas tillbaka av landstingen och bidra till att öka tillgängligheten till vården samt tillhandahålla vård på ett mer effektivt sätt än vad som sker idag.

Konsekvenserna av att den tänkta obligatoriska försäkringspremien betalas i sin helhet av staten, skulle göra att ställningen för privata sjukvårdsförsäkringar också skulle komma upp till en hälsosam politisk diskussion. Tillståndet idag med sedan många år ökande inköp av privata sjukvårdsförsäkringar, till följd av den dåliga tillgängligheten till den skattefinansierade vården, är synnerligen otillfredsställande.

I en alltmer globaliserad värld, där rörligheten både för sjukvårdens utförare och för patienterna ökar, skulle en skattefinansierad försäkringspremie för sjukvård för svenska medborgare sannolikt vara ett bättre redskap än da-

Fel! Okänt namn på

gens modell, om man vill låta vårdfinansieringen följa patienten även utanför Sveriges gränser.

Dagens sjukvård har betydande problem och risken är stor att vårdkostnaderna i framtiden kommer att öka kraftigt. Det är angeläget att analysera ett antal olika tänkbara sätt, varpå hälso- och sjukvården kan finansieras i framtiden.

Sammanfattningsvis vill vi därför att riksdagen ger regeringen tillkänna att en översyn av den framtida finansieringen av svensk hälso- och sjukvård bör göras.

Stockholm den 6 oktober 2009

Andreas Norlén (m)

Gunnar Axén (m)