

Motion till riksdagen 2011/12:So582

av Finn Bengtsson (M)

Framtida organisation och finansiering av hälso- och sjukvården

Förslag till riksdagsbeslut

Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om den framtida organisationen och finansieringen av hälso- och sjukvården.

Bakgrund

Den demografiska utvecklingen i Sverige visar att medellivslängden under senare år stiger med 30–40 dagar per år, och för allt fler blir upplevelsen av 100-årsdagen en realitet. Detta är naturligtvis mycket glädjande i sig, men innebär också att vi med 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. I en framåtsyftande analys måste man då göra upp med en del för dagen obekväma sanningar, och förutsättningslöst lägga fram förslag på bland annat framtida organisation och finansiering av hälso- och sjukvården så länge denna utgår från en trygg solidarisk finansieringsgrund om vilket råder bred parlamentarisk enighet i Sveriges riksdag.

I socialutskottets betänkande 2010/11:SoU9 står bland annat att läsa under utskottets övervägande över motioner inlämnade med förslag på organisation och finansiering av hälso- och sjukvården m.m.: ”Den 27 januari 2011 utsåg regeringen en särskild utredare som ska se över hur staten, genom sina myndigheter, ska verka för ett effektivt och långsiktigt hållbart vård- och omsorgssystem (dir. 2011:4). Syftet är bland annat att stärka det hälsofrämjande

Fel! Okänt namn på

arbetet för att minska det framtida vårdbehovet och att göra vården mer jämlik i hela landet.” Uppdraget ska slutrapporteras till regeringen senast 15 april 2012.

Inom ramen för utredningens direktiv nämns inget om möjligheten för en översyn över att införa en obligatorisk statlig sjukförsäkring eller en översyn över nya ersättningsmodeller inom hälso- och sjukvården för framtiden. Sådana förslag lämnades emellertid i motionerna 2010/11:So478 och 2010/11:So562, vilka behandlades i det aktuella betänkandet 2010/11:SoU9. Men i praktiken behandlades vare sig motion So478 eller 562 alls i betänkande SoU9, då det varken under rubriken Utskottets övervägande eller Utskottets ställningstagande finns någon specifik eller ens någon allmän skrivning som kommenterar förslagen som lagts fram i dessa motioner. Däremot yrkades avslag på båda motionerna av utskottet, något som sedan riksdagen biföll vid votering i ärendet under våren 2011.

För att få en rättvisare beredning av de förslag som fanns i motionerna 2010/11:So478 och 2010/11:So562 läggs i denna motion ånyo en likalydande motivering fram med förslag till riksdagen att överväga besluta ge regeringen tillkänna.

Motivering

De 150 år gamla landstingen, som fortsatt idag bekostar och producerar sjukvård, är inte säkert bäst skickade att anta framtidens utmaning för hälso- och sjukvårdens organisation och finansiering. Ansvaret för helheten, att möta enskildas lidande likvärdigt och hålla koll på samhällskostnaden för ohälsa och sjukdom, vilar alltid på staten. Detta är särskilt viktigt om en jämlik vård för alla över hela landet ska kunna etableras, något den svenska politiken är rörande överens om ska vara en övergripande målsättning. Förslag till en bredare nationell lösning av vår offentligfinansierade sjukvård bör därför vara ett välkommet inslag inom den svenska socialpolitiken, och två sådana avseende organisation och finansiering av framtidens hälso- och sjukvård lämnas i denna motion.

I Nederländerna infördes 2005 i bred parlamentarisk enighet ett nytt hälso- och sjukvårdssystem som byggde på en sjukförsäkringsmodell. Systemet har enligt de ansvariga i den holländska regeringen successivt löst tidigare problem med exempelvis dålig tillgänglighet och höga kostnader, men bygger i grunden på privata försäkringslösningar som på olika sätt subventioneras av den holländska staten. Ett sådant system var naturligt att vidareutveckla i Nederländerna där man tidigare i mångt och mycket haft ett system med privata sjukvårdsförsäkringar som dock hade alltför dålig täckning inom befolkningen. I Sverige är denna typ av system som enbart subventioneras av staten inte relevant att utveckla, då vi har en skattefinansierad hälso- och sjukvård. Däremot skulle de skatter som erläggs för att bekosta hälso- och sjukvården kunna samordnas till att garantera en obligatorisk statlig sjukvårdsförsäkring

Fel! Okänt namn på

för alla svenska medborgare. Huvuddragen i ett sådant förslag kan därför sammanfattas enligt följande:

1. Skattemedlen följer patientens val av en vårdförsäkring genom en sjukvårdsförsäkring obligatorisk för alla medborgare. Staten certifierar flera konkurrerande försäkringsgivare. Ingen medborgare får vägras försäkring om försäkringsgivaren vill certifieras.
2. Olika lösningar för personers och familjers olika vårdbehov under livet erbjuds genom till viss del olika fokus i de olika försäkringsgivarnas utbud. Vill man emellertid inte själv välja, garanteras man vård av en gemensam försäkringsgivare där staten är huvudman.
3. Försäkringsgivare som ser till flest människors behov har störst chans för framgång. En annan framgångsfaktor är att upphandla vård från bästa och mest effektiva utförare, offentliga eller privata är likgiltigt. Kvalitet, som är patientens önskemål, och kostnadseffektivitet, som också är samhällets önskemål, går på så sätt hand i hand.
4. Patienten styr resurserna men premien bekostas av staten. En rättvis vård över hela landet ges till alla efter egna val. Skatteväxlingen från landstingen till staten för sjukvårdsavgiften, den offentligbetalda försäkringspremien, ger samlat samhällsekonomiskt ansvar för utgifter för sjukdomsbekämpning.
5. Genom flyttat fokus från samhällets kostnader för sjukvård till kostnader för sjukdom, kan regionsansvariga sjukvårdspolitiker istället ägna sig åt att organisera sjukvård som är svår att få i ekonomisk balans. Exempelvis mycket högspecialiserad, kostnadskrävande vård som sker i liten volym. Uppgiften kommer idag lätt i kläm mellan landstingens olyckligt blandade roller och ansvar. Genom avtal mellan staten, den enskilt valda försäkringsgivaren (som rimligen inte ensam klarar av detta) och de nya regionerna avgörs hur och av vem sådan vård bäst levereras. Riktade extra statssubventioner för sådan speciell regionaliserad eller nationaliserad vård kan då motiveras.
6. Situationen för privata sjukvårdsförsäkringar som idag ökar i antal i vårt land utan att någon enhetlig politisk lösning för detta har kunnat föreslås, kan sannolikt komma att hanteras lättare i ett system med en obligatorisk statlig sjukvårdsförsäkring som grundfinansiering för alla medborgare. Diskussionen om skatteavdrag för privata försäkringar blir också överflödigt. Enhetliga statliga sjukvårdsförsäkringar öppnar även för diskussion om "nationella prioriteringar" av sjukvård, vars "öppenhet" fortfarande lyser med sin frånvaro. Olika profil för olika försäkringsgivare ger större valmöjlighet för den enskilde att prioritera innehållet i sin egen vård.
7. Globalisering med friare rörlighet både för sjukvårdens utförare och patienterna underlättas med en enhetligt och solidariskt finansierad men individuell försäkringspremie. Den statligt inbetalda försäkringspremien kan exempelvis villkoras med att försäkringsgivaren garanterar vården för den försäkrade på den ort, i eller utanför Sverige, som den försäkrade föredrar. Alternativt kan staten förhandla med försäkringsgivarna om hur man bäst värnar vårdentreprenader som ser till såväl svenska patienters

Fel! Okänt namn på

hälsa som svenska intressen i övrigt. Detta kan kanske komma att ta sig uttryck som liknar hur försäkringsgivare idag stödjer exempelvis trafik- och arbetsmiljösäkerhetsarbete när man försäkrar människor mot olycksfall i trafiken och på arbetsplatserna.

Oavsett om förslaget med en obligatorisk statlig sjukvårdsförsäkring blir en framtida realitet i Sverige eller inte, så måste nya ersättningsmodeller för prestationer inom hälso- och sjukvården utvecklas. Så länge den svenska sjukvården under socialdemokratiska regeringar med tydligt vänsterinflytande förbehöll det offentliga, inte bara att finansiera hälso- och sjukvården utan i huvudsak också utföra densamma, var behovet för att utveckla mer välfungerande och rättvisa ersättningssystem för vårdproduktion mycket begränsat. Detta var olyckligt av flera anledningar, bland annat för att omoderna och orättvisande system fick fortleva, vilket varken gav offentlig eller annan utförare incitament att öka kvaliteten i vårdproduktionen. Men en glädjande ökad mångfald av utförare i vården, och därmed en ökad valmöjlighet för patienterna, genom alliansregeringens reformambitioner på detta område är det väsentligt att moderna och mera rättvisande ersättningsmodeller för vårdproduktionen utvecklas och införs inom hälso- och sjukvården.

I princip kan ersättningen för vårdproduktion utgå från fyra olika modeller, som kan gälla för fördelning av resurser till såväl offentlig som privat vårdgivare:

- ? Budget (strikt ram för utgifterna).
- ? Ersättning av alla kostnader (ej låst på förhand till budget) men oavsett prestation.
- ? Ersättning relaterad till prestation eller produktivitet.
- ? Ersättning relaterad till ”effektivitet” liktydigt med slutligt resultat eller utfall.

De första två modellerna handlar om anslag, med eller utan en på förhand uppsatt ram, som ger möjligheter till en övergripande ersättning för verksamheten. Naturligtvis förutsätts även här att vårdgivarna presterar något, men kopplingen mellan prestation och ersättning är mycket indirekt och därigenom otillfredsställande för dagens rimliga krav på bevisbar effektivitet med bibehållen hög kvalitet i vården.

Den strikta budgetmetoden, som är landstingens finansieringsmodell för huvuddelen av sin egen verksamhet idag, innebär en bestämd ersättning till vårdgivaren för en viss tidsperiod, inte direkt relaterad till aktivitet utan ofta baserad på tidigare aktivitet eller kostnader. Modellen medför hyfsad kontroll över kostnaderna på samlad, aggregerad nivå, men den innehåller alltför begränsade incitament för att premiera förbättrad aktivitet, prestationer och kvalitet. Dessutom inbjuder ramen i budgetmodellen nedbruten till enskilda verksamheter till omotiverad rundgång av patienter mellan olika vårdgivare i systemet. I denna modell lönar det sig cyniskt nog att ”bli av med patienten”, och den är naturligt nog inte anpassad till dagens glädjande utveckling mot en större mångfald av vårdgivare som konkurrerar om patienternas gunst. Risken med en alltför strikt budgetram för sjukvårdskostnaderna i förhållande till det

Fel! Okänt namn på

övergripande målet om att bekämpa sjukdom, gör att denna modell utan andra inslag dessutom inbjuder till att alltför kraftigt begränsa utbudet av sjukvård – ibland omnämnt som ”ransoneringsjukvårdspolitik”. I sin renodlade form hör denna typ av finansieringsmodell endast hemma i samhällen med planekonomi och där all sjukvårdsproduktion tillhandahålls av det offentliga.

Ersättning av kostnader utan strikt ekonomisk ram på förhand innebär istället att finansiären ersätter de kostnader som uppstått, antingen som helhet eller via en så kallad fee-for-service-modell, alltså delvis med en koppling till ersättning för prestation. Denna modell innehåller incitament för högre produktion, något mindre för kvalitet och minst för effektivitet. En modell som denna är dock knappast relevant i en solidariskt finansierad sjukvård då man utan budgetram kan riskera skenande sjukvårdskostnader utan ansvarsfull kontroll över skattebetalarnas pengar.

I Sverige har vi i modern historia hittills haft en alltför omfattande volym av offentligdriven vård, vilket gynnat just ersättning enligt budgetmodellen med utgiftskontroll men utan nämnvärda incitament för att premiera förbättrad aktivitet, prestationer och kvalitet. Bristen på en större mångfald av vårdgivare har de facto kraftigt hämmat oss i vårt land att vara med och utveckla andra och modernare modeller för att ersätta sjukvårdsproduktion på ett rationellt sätt. Men den begränsade sjukvårdsverksamhet inom ramen för den solidariska finansieringen med skattemedel som trots allt ”tillåtits” vid sidan av den offentligdrivna har krävt att ersättningar som bättre relaterar till prestation eller produktivitet har måst införas.

I korthet har detta inneburit att vi i Sverige huvudsakligen inlemmat ett system utvecklat i USA på 1980-talet och som bygger på så kallade diagnosrelaterade grupper (DRG). Systemet bygger på grupperingar av internationella diagnosklassifikationssystem. DRG-systemet syftar alltså till att samla kliniskt relaterade och kostnadsmässigt homogena fall i distinkta grupper för beräkning av ersättningens storlek till en bestämd summa pengar för ett standardiserat patientfall av en viss typ. Sammanfattningsvis ger ersättning av prestationer av typen DRG vissa incitament för aktivitet men garanterar i sig inte kvaliteten och inbjuder också till försök att selektera patienter, att manipulera diagnoskodning m.m. något som även detta motverkar syftet med det övergripande målet för sjukvårdspolitikerna med att bekämpa sjukdom. När DRG-modellen kopplas till budgetmodellen med strikt ram, som i Sverige, så blir tyvärr tillkortakommandet med ”ransoneringsjukvården” ibland som tydligast. En vårdgivare som är effektiv i systemet och har rätt att utkräva mycket ersättning enligt DRG-kriterier slår lätt ”i taket” för budgetramen, och så hämmas främst den som kanske är mest produktiv att få fortsätta producera sjukvård.

Andra länder, som traditionellt haft en större mångfald av vårdgivare än Sverige, har följaktligen utvecklat DRG-system och även infört helt nya modeller för ersättning till sjukvårdsproduktion under de senaste decennierna (se vidare i Calltorps utredning 2007-12-09). Vi har p.g.a. ointresse för att utöka antalet alternativa vårdgivare under de många socialdemokratiska åren vid makten tyvärr kommit kraftigt på efterkälken i Sverige med detta utveckl-

Fel! Okänt namn på

ingsarbete, varför det nu med en ny inriktning på sjukvårdspolitiken med alliansregeringen är hög tid att ändra på detta förhållande.

Den typ av nya ersättningsmodeller för sjukvård som bör tas fram i Sverige ska bygga på ambitionen med fri etableringsrätt för godkända vårdgivare, utgå från att patienten är i centrum med individens fria val, samtidigt som den ska vara modern, rättvis (och konkurrensneutral) och utgöra en sjukvårdseffektiv ersättningsprincip som helst också harmoniserar med utvecklingen av ersättningar i övriga EU-länder.

Med nytt sikte inställt på effektivitetsrelaterade ersättningssystem kan dessa exempelvis utgöras av olika bonussystem, där ersättning utgår i större omfattning till vårdgivare som kan uppvisa resultat enligt nya och mera definitiva indikatorer för effektivitet och kvalitet. Sådana mått kan vara ett bra allmänt utfall av vården parat med ett minimum av medicinska komplikationer, misstag och andra misslyckanden, ett minskat antal sjukskrivningar och förtidspensioneringar, en god kontinuitet och tillgänglighet för patienterna (i det fall detta är ett prioriterat önskemål från patienterna). Indikatorerna kan utsträckas till att även innefatta bättre upplevd total hälsa och välmående hos patienterna, och ytterst med över lång tid också visad ökad överlevnad jämfört med andra vårdgivare.

Alliansregeringens införande av öppna, nationella kvalitetsregister är en utmärkt ingång för att också utforma nya och mera relevanta ersättningssystem till bra och effektiva vårdproducenter. Utvecklingsarbete för att finna nya, bättre och mera rättvisa ersättningssystem anpassade för en sjukvård som bedrivs av allt fler vårdgivare är särskilt viktigt idag. Detta inte minst som man bör sträva mot en förändring av hälso- och sjukvårdslagen (HSL) i riktning från att ha varit en skyldighetslagstiftning för sjukvårdshuvudmännen till att bli en rättighetslagstiftning för patienterna. När patienterna slutligen med en sådan lagstiftning tagit makten över vården och exempelvis kan lagföra ”dålig” vård, är det särskilt viktigt att den ersättning som utgår till vårdgivare sker på ett modernt sätt där effektiv och säker sjukdomsbekämpning tydligt ska premieras.

Den 27 januari 2011 utsåg regeringen en särskild utredare som ska se över hur staten, genom sina myndigheter, kan verka för ett effektivt och långsiktigt hållbart vård- och omsorgssystem (dir. 2011:4). Syftet är bl.a. att stärka det hälsofrämjande arbetet för att minska det framtida vårdbehovet och att göra vården mer jämlik i hela landet. Uppdraget ska slutrapporteras till regeringen senast 15 april 2012. Jag tycker att regeringens ansats med denna utredning är mycket positiv, men jag tvivlar på att det omfattande uppdraget kommer att kunna leda fram till skarpa förslag för ett av våra viktigaste gemensamma trygghetssystem som kan förankras i bredast möjliga parlamentariska samförstånd.

Regeringen har också redan under förra mandatperioden tillsatt den parlamentariska socialförsäkringsutredningen (dir. 2010:4) 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 sjukförsäkringskostnaderna och analysera hälso- och sjukvårdens förutsättningar att utöver detta vidta nödvändiga insatser för att patienter

Fel! Okänt namn på

ska kunna behålla och återfå sin arbetsförmåga. Uppdraget ska slutrapporteras till regeringen under våren 2013.

Förslagen i den aktuella motionen kräver en bred parlamentarisk förankring om de ska kunna genomföras i praktiken. Förslagen är också synnerligen konkreta, varför en möjlighet är att de i ett första skede förtydligas genom ett tilläggsdirektiv till antingen den särskilda utredare som ska se över hur staten, genom sina myndigheter, ska verka för ett effektivt och långsiktigt hållbart vård- och omsorgssystem eller till den parlamentariska socialförsäkringsutredningen.

Nackdelen med tilläggsdirektiv till såväl den särskilda utredaren som den parlamentariska utredningen är att deras respektive arbeten i så fall skulle riskera försenas avsevärt, vilket skulle vara negativt för de många viktiga frågeställningar man redan har att ta ställning till. Ett alternativ vore istället att överväga tillsättning av en separat parlamentarisk utredning med fokus på framtidens organisation och finansiering av hälso- och sjukvården där de aktuella förslagen i den här motionen om en obligatorisk statlig sjukvårdsförsäkringsmodell och utvecklingen av nya och mera rättvisande ersättningsmodeller för vårdproduktion tas som utgångspunkt i direktiven. Oavsett om att utnyttja befintliga utredningar eller att tillsätta en ny utredning förefaller regeringen vara den bästa lösningen vill jag att hälso- och sjukvårdens organisation och finansiering analyseras i grunden med sikte på att kunna vara på plats fram mot nästa decennium.

Stockholm den 3 oktober 2011

Finn Bengtsson (M)