

#13



Helene Norberg

# Reformera sjukvården!

*Från byråkrati till framtidsbransch*

© Författaren och Reforminstitutet 2002  
Omslag: Ulrica Croneborg  
Illustration: Ulrica Croneborg  
Sättning: Ateljé Typsnittet L&R AB, Stockholm  
Tryck: Larserics Digital Print AB, Bromma, 2002  
ISBN 91-89613-12-0, ISSN 1650-4712  
Reforminstitutet, tel 08-587 865 20  
info@reforminstitutet.nu www.reforminstitutet.nu

# INNEHÅLLSFÖRTECKNING

Förord	5
Sammanfattning	7
<i>Reformförslag</i>	9
Inledning	11
<i>Problem i dagens sjukvård</i>	11
<i>Utredningens utgångspunkter och förslag</i>	14
Sjukvården igår och idag	19
<i>Vem gör vad i vården?</i>	20
<i>Några politiska reformer</i>	25
<i>En byråkrati växer fram och decentraliseras</i>	28
<i>Besparingar har satt sina spår</i>	31
<i>Tillgängligheten prioriteras</i>	33
Hälso- och sjukvård som förvaltning och marknad	37
<i>Införandet av marknadsmekanismer: utveckling, pendel, eller passé?</i>	38
<i>Politik och marknad i samverkan</i>	45
Alternativa system för hälso- och sjukvård	59
<i>Några av 1990-talets praktiserade modeller</i>	60
<i>Visioner om hälso- och sjukvården</i>	66
Förslag till reformer inom hälso- och sjukvården	79
<i>Förslaget i korthet</i>	94
<i>Modellen utifrån några viktiga aspekter</i>	96
Referenser	99
Appendix 1	103
<i>Några av 1990-talets visioner om hälso- och sjukvården</i>	103



## FÖRORD

Det är inte ett problem för den svenska sjukvården om den enskilde patienten får större makt. Problemet i dag är att patienten har för lite makt. Med större makt för den enskilde får vi en sjukvård som inte bara utformas utifrån den enskildes behov. Vi får också en sjukvård som organiseras efter den sjukes krav på sjukvård när vården behövs.

Det är en falsk föreställning att sjukvården sparar pengar genom att människor får stå i kö. Dagens kötider är ett uttryck för ett system som inte fungerar så bra som det borde, och som inte tillvaratar de resurser som finns. Sjukvårdsköerna i sig ställer tvärtom krav på resurser som borde användas till vård av de som behöver den.

Ett system där finansieringen följer vården av den enskilde leder inte bara till snabbare och bättre verksamhet utan också till att resurser frigörs där de bäst kommer till nytta och där flest får den vård som behövs.

Allra viktigast är att större makt för den enskilde leder till en utveckling av sjukvården, såväl dess organisation och verksamhetens inriktning som prioriteringar av personal och teknik. Vi ser inom sjukvården i stort sett alla de problem som följer av en planekonomi. Där är misshushållning av resurser ett stort sådant, inte för att den enskilde misshushåller med resurser, utan för att systemet misshushåller med de insatser den enskilde kan göra.

Långa köer, frustrerad personal, långa ordervägar, obenägenhet att förändra, tröghet och byråkrati som hindrar den enskilde, politiska beslut som motverkar mångfald och konkurrens är bara några exempel på de problem som i dag uppträder inom svensk sjukvård och drabbar både patienter och personal. Alla de verksamheter som kan göras bättre hindras och motverkas, inte av ond vilja utan för att systemet i den dagliga verksamheten hindrar att nya vägar prövas. Det gäller såväl organisationens förmåga att förändra sig som den enskildes engagemang för nya idéer.

När ett stort system inte fungerar, men likväl har tillgång till betydande ekonomiska resurser, är det antingen systemet eller människorna inom det som det är fel på. En utgångspunkt för Reforminstitutets utredningsverksamhet för en bättre sjukvård är att det inte är människorna det är fel på – utan systemet.

Helene Norberg har, på uppdrag av Reforminstitutet, utrett en ny form för den gemensamma finansieringen av sjukvården där öppenhet för mångfald och konkurrens har varit utgångspunkten, den enskilda patientens frihet att välja vårdgivare en annan.

De förslag och slutsatser som hon redovisar är resultatet av hennes eget arbete och hennes egna överväganden men grundar sig på det utredningsuppdrag hon har fått av Reforminstitutet. Det är med glädje vi presenterar hennes utredning. Det är vår förhoppning att vi med detta kan bidra till en konkret bild av hur svensk sjukvård kan förändras och öppna för sådant som ständigt kan göras bättre än bra.

Det är viktigt främst för att människor i vårt land skall kunna få bättre sjukvård, men också för att vi med dessa förändringar kan lägga grunden för en framtida, vital del av svensk ekonomi och företagsamhet. Svensk sjukvård kan bli både en framtidsbransch och en välfärdsverksamhet som ger människor trygghet utan köer.

*Gunnar Hökmark*  
VD Reforminstitutet

# SAMMANFATTNING

Svensk sjukvård kan bli bättre för såväl patienter och personal som för skattebetalare. Trots de stora resurser som avsätts till hälso- och sjukvård, och all kompetent och engagerad personal, förmår inte systemet leverera hälso- och sjukvård som har god tillgänglighet, acceptabla väntetider och tillfredsställande vård för de äldre.

Hälso- och sjukvård produceras idag i ett huvudsakligen byråkratiskt system. Vårdsektorn har växt med den ekonomiska utvecklingen, och i takt med att systemet har växt, har också byråkratiseringen ökat. Administrationen decentraliserades till stora delar redan under 1980-talet, men de byråkratiska inslagen är alltjämt dominerande. Inom organisationsteorin finns stöd för att sjukvården skulle gynnas av mer pluralism och framväxt av alternativa organisationer för att balansera den byråkratiska organisationsstrukturen.

Modeller inom näringslivet har tjänstgjort som förlagor när systemen för hälso- och sjukvården byggts upp. De modeller som använts har dock varit fasförskjutna i relation till organisationsutvecklingen inom näringslivet och ligger idag flera steg efter.

Under 1990-talet införde många landsting marknadsmekanismer i form av beställare–utförare-modeller i vårdproduktionen. Bakgrunden var att sjukvården kritiserades för att inte använda resurserna tillräckligt

effektivt, samtidigt som man såg ett ökande vårdbehov i kombination med begränsade resurser. Produktionen av hälso- och sjukvård har därför under det senaste decenniet i allt högre grad konkurrensutsatts och patienten kan idag välja vårdgivare i större utsträckning. Införandet av marknadsmekanismer genom väldefinierade anbud skapar dock inte förutsättningar för innovationskraft och utvecklingsförmåga inom sektorn, utan kan i stället riskera att vara systemkonserverande.

Hälso- och sjukvården är en speciell marknad, och det råder i vårt land politisk enighet om att den inte fullt ut kan överlämnas till marknadsmekanismerna. Värderingar om vård på lika villkor och vikten av patientsäkerhet kan dock förenas med marknadsinslag som ger konkurrens och valfrihet mellan olika aktörer.

Konkurrens och valfrihet innebär egentligen mer än vad som ofta avses. Det innebär inte enbart att kunna välja mellan befintliga alternativ, utan också att över tiden kunna påverka utvecklingen och att inriktningen på de tjänster som växer fram präglas av den mångfald som efterfrågas. Konkurrens och valfrihet mellan flera olika aktörer ger därmed större möjligheter till anpassning enligt patienternas önskemål, större innovationsförmåga och bättre förutsättningar att tillvarata de möjligheter som nya medicinska upptäckter kan innebära.

Det är viktigt att skilja på produktion och finansiering vid reformer av välfärdssystem. Flera av de missförhållanden kritiker av privatiseringar anför i debatten rör privatisering av finansieringen. Med bibehållen offentlig finansiering och konkurrensutsatt produktion kan missförhållanden som bristande kostnadskontroll och upplevda orättvisor mellan grupper åtgärdas, samtidigt som produktionen av vårdtjänsterna får större möjligheter. I kombination med ett regelverk för legitimation, auktorisation och tillsyn är privat driven hälso- och sjukvård och konkurrens väl förenliga med de krav medborgare och politiker kan ha på hälso- och sjukvårdssystemet.

Ansvar för driften av hälso- och sjukvården ligger idag hos landstingen som i princip är regionala offentliga monopol. Vi anser att regionala



monopol inte skapar de bästa förutsättningarna för att driva och utveckla hälso- och sjukvården. Under 1990-talet infördes reformer för produktionen av vårdtjänsterna. De ansvariga organisationerna däremot präglas inte av konkurrens, mångfald och valfrihet. Detta måste införas även för dessa organisationer för att skapa den anpassningsbarhet och innovationskraft som är nödvändig för att kunna erbjuda fullgod vård och vara en attraktiv arbetsplats i dagens och morgondagens samhälle.

### **Reformförslag**

I denna utredning föreslår vi reformer inom hälso- och sjukvården där landstingens roll övertas av konkurrerande vård- och omsorgsföretag. Finansieringen av hälso- och sjukvården är offentlig och sker via en sjukvårdsskatt till statsbudgeten. Systemet består av politiker, myndighet, vård- och omsorgsföretag (VOF), primärvård, specialisläkare, sjukhus och ett självständigt institut för utvärdering och kvalitetsmärkning.

Politikerna ansvarar för de övergripande målsättningarna och de totala ekonomiska resurserna. Regelverk och lagstiftning tillhör också det politiska ansvarsområdet. Myndigheten ansvarar för legitimation, auktorisation, tillsyn och information till medborgarna. Dessutom fördelar myndigheten medel till vård- och omsorgsföretagen. Dessa företag har totalansvar för vård till sina anslutna medlemmar och får medel från myndigheten utifrån medlemmarnas förväntade vårdbehov. Vård- och omsorgsföretagen kan vara offentliga eller privata i olika ägarkonstellationer, till exempel kommuner, landsting, stat, försäkringsbolag, stiftelser, privata företag etc. De kan drivas med vinst eller vara icke-vinstsyftande. Villkoren för verksamheten är alltid desamma oavsett huvudman och driftsform.

VOF har anslutna vårdgivare inom primärvården och/eller har dessa i egen regi. De ersätter de anslutna vårdgivarna utifrån kapitering, det vill säga utifrån antal patienter och deras förväntade vårdbehov, per prestation eller i en kombination av dessa. Hur ersättningen ser ut bestäms inom företaget som ett led i den interna styrningen. Kapitering kan ge

bristfällig tillgänglighet och ersättning per prestation kan ge ökande kostnader, varför en kombination av dessa är vanligt i andra länder.

En patientavgift betalas vid besök till vårdgivare. Avgiften har politiskt bestämda taknivåer. Patientavgifterna inom primärvården går till vård- och omsorgsföretaget för att öka de ekonomiska incitamenten för god tillgänglighet. Patienterna blir då i ekonomiska termer också en intäkt och inte enbart en kostnad för dessa organisationer.

Alla medborgare väljer att ansluta sig till ett vård- och omsorgsföretag och har då rätt att uppsöka vård inom primärvården hos någon av dess vårdgivare. Om inte vårdgivarna passar kan individen byta VOF. Ett vård- och omsorgsföretag kan inte utestänga någon och selektionsproblematiken hanteras genom att den offentliga kapiteringen varierar utifrån risk och förväntat vårdbehov.

Sjukhus och specialistvårdgivare är fristående för att den enskilde ska kunna erbjudas den specialistvård som krävs oavsett vilket VOF hon tillhör. De kan ha privata eller offentliga huvudmän, och vara vinstsyftande eller icke-vinstsyftande. De är helt intäktsfinansierade från VOF utifrån prestation. Undantaget är vissa särskilda vårdgivare som upphandlas i konkurrens av myndigheten i de fall där vårdgivare inte annars skulle ha etablerats och där det är politiskt önskvärt att så sker, till exempel akut-sjukvård i glesbygd.

Hälso- och sjukvårdssystemet i vårt förslag ger förutsättningar för att utnyttja befintliga resurser fullt ut och undvika väntetider. Patienterna är alltid fria att välja mellan alla specialistvårdgivare och sjukhus, och primärvårdsläkaren kan rekommendera patienten de vårdgivare där det finns kompetens och kapacitet att ta emot henne. VOF och en vårdgivare har rätt att avtala om remissförfaranden om de bedömer det önskvärt. Vårdgivares priser och ersättningskrav är alltid fullt synliga. VOF betalar reskostnader i de fall ingen likvärdig behandling kan ges inom pendlingsavstånd. I vissa fall kan det även vara ekonomiskt fördelaktigt för VOF att betala reskostnader om ledig kapacitet finns längre bort till en lägre ersättning. Det slutgiltiga valet är dock alltid patientens.

# INLEDNING

## **Problem i dagens sjukvård**

Den svenska sjukvården har som uttalat mål en god hälsa och vård på lika villkor för hela befolkningen. Det är en god grundläggande princip, men i praktiken finns många som i väntan på vård har en smärtsam vardag, trots att vi avsätter så mycket resurser till vården. Den solidariska grundtanken och vård på lika villkor riskerar att gå förlorad i vårdköernas och väntetidernas spår.

De som har behövt möta sjukvården kan ofta vittna om de kunniga och engagerade människor som de mött. Svensk medicinsk forskning ligger långt fram i ett internationellt perspektiv och är på vissa områden världsledande.

Samtidigt har alltför många av de kunniga och engagerade människorna inom vården en otillfredsställande arbetssituation de inte kan förändra i brist på alternativ och flexibilitet.

Det behövs reformer inom svensk sjukvård. Det som idag inte fungerar tillräckligt bra kan bli bättre, för såväl patienter och personal som för skattebetalare. Samhällssystem behöver utvecklas i takt med att människor och förutsättningar i och omkring det förändras. Teknologi, värderingar, utbildningsnivå, demografi och ekonomiska förutsättningar förändras från en period till en annan.

Befolkningen blir allt äldre och kommer förhoppningsvis också att få en allt högre inkomst. Båda dessa parametrar ökar efterfrågan på sjukvård. Människors efterfrågan på hälsotjänster ökar med ökad inkomst. Det finns också ett starkt samband mellan de totala resurserna i samhället och vårdbehoven. Ambitionsnivån påverkas med andra ord av den ekonomiska utvecklingen.

I Sverige läggs det redan idag ner ansevärd resurser på sjukvården. Svensk sjukvård kostar det offentliga omkring 163 miljarder kronor per år<sup>1</sup>. Till detta kommer den vård som kommunerna finansierar på knappt 15 miljarder kronor. Vårt land har, i jämförelse med andra länder, traditionellt använt en stor andel av sina resurser på sjukvården. Under senare år har dock resurserna till vårdsektorn ökat mer i andra länder än i Sverige.

Trots att vi satsar dessa relativt stora resurser på vården får vi inte tillbaka en sjukvård med motsvarande kvalitet. Enligt WHO:s ranking av sjukvården i olika länder hamnar Sverige först på 23:e plats. Det innebär att vi inte kan stoltsera med den svenska modellen eller att vi har världens bästa sjukvård. Det visar i stället att de medel vi satsar idag skulle kunna användas på ett bättre sätt. Det betyder också att det finns ett behov av systemförändringar.

Sjukvården idag kännetecknas av storskalighet och otydligt ledarskap. Landstingen fungerar som både finansiärer och producenter och omsätter stora summor. Ska sjukvården mer komma att präglas av mångfald och organisationen anpassas efter olika patienters och verksamheters behov, så behövs en mer ändamålsenlig ansvarsfördelning och organisation.

I dag använder cirka hälften av landstingen i Sverige beställar–utförar-modeller och den andra hälften använder ett mer traditionellt budgetsystem. Erfarenheten visar att beställarkompetensen bör stärkas och att beställarfunktionen och utförarfunktionen bör vara helt åtskilda.

Organisationen för svensk sjukvård är ett av de mest sammanhållna och

---

<sup>1</sup> År 2000.

enhetliga bland jämförbara länder. Privata vårdgivare har blivit fler under det senaste decenniet, men andelen är fortfarande under 10 procent av landstingens kostnader. Någon omfattande ökning av privat bedriven vård har inte ägt rum, trots många diskussioner och utredningar. Och det fåtal sjukhus som bolagiserats eller sålts har inte ändrat bilden mer än på marginalen – den dominerande driftsformen med sjukhus som ägs och drivs av landstingen verkar bestå.

Detta system innebär också att det finns få alternativa arbetsgivare för sjukvårdspersonalen, vilket med största sannolikhet påverkar sektorns arbetsmiljö och attraktivitet. Statistiken visar att kvinnor i offentlig sektor är sjukare under allt längre perioder samtidigt som antalet långtidssjukskrivna män minskat. Det är framför allt medelålders kvinnor som arbetar i kommun och landsting som sjukskrivs. Inte heller för läkarna är sektorn attraktiv. På flera platser råder det brist på läkare och på några håll har landstingen aktivt rekryterat läkare från i synnerhet andra EU-länder. Svenska läkare söker sig över gränserna – ett allt större antal nyutexaminerade läkare väljer till exempel att göra sin allmäntjänstgöring i vårt grannland Norge.

Det krävs att sjukvårdspersonal får en arbetsmiljö som förbättrar villkoren för kreativitet och motivation. Sjukvården måste kunna locka till sig och behålla kompetenta och engagerade människor. Det är en förutsättning för att verksamheten ska utvecklas och hålla en god kvalitet.

Sist men inte minst fungerar sjukvården många gånger inte tillfredsställande för patienterna. De långa vårdköerna är en indikator på brister i sjukvårdens organisation. Att människor tvingas vänta, med lidande och produktionsbortfall som följd, är ett stort problem. Enligt Landstingsförbundet förmår till exempel endast 30 procent av sjukhusen ge behandling för ljumskbräck inom 12 veckor, och bara 8 svenska sjukhus ge primär höftledsplastik till patienter inom 12 veckor<sup>2</sup>. Det råder även stora geografiska skillnader.

---

<sup>2</sup> Förväntad längsta väntetid i veckor för patienter utan förtur. Landstingsförbundets hemsida 2002-10-20.

## Utredningens utgångspunkter och förslag

Sjukvården har olika målsättningar för de tre kategorierna: patienter, personal och skattebetalare. Patienter förväntar sig en vård med hög kvalitet inom rimlig tid och av kompetent personal som de själva kan välja. Personalen önskar konkurrenskraftig lön, utvecklingsmöjligheter, inflytande och stimulerande arbetsmiljö. Skattebetalaren i sin tur vill ha effektivitet, genomskinlighet och kostnadskontroll. I några av fallen är kraven lätta att leva upp till samtidigt, exempelvis valfrihet och utvecklingsmöjligheter. Ibland kan dock målkonflikter uppstå, till exempel mellan kostnadskontroll och patientmakt.

### *Individens roll*

Utredningen har som utgångspunkt att individen ska kunna vara fri i sitt val av vårdgivare och dra nytta av en nationell sjukvårdspeng som följer den enskilde.

I dag gäller fritt vårdsökande inom det egna landstinget och i många fall kan man även välja att söka öppen vård i ett annat landsting än det egna. Landstingsförbundets styrelse har rekommenderat landstingen att öka valfriheten så att patienter ska kunna välja såväl öppen som sluten vård av antingen privata eller offentliga vårdgivare var som helst i landet.

För att kundval ska kunna fungera tillfredsställande krävs att ett felaktigt val inte får vara ödesdigert, att det finns tillräckligt med information för att fatta ett tillfredsställande beslut och att det ska kunna gå att byta vårdgivare vid senast nästa beslutstillfälle. Vårdgivaren bör därför vara auktoriserad och godkänd i kvalitet, och patienten måste tillförsäkras information och rättigheter.

En vårdpeng gör att resurserna fördelas till vårdgivarna där de efterfrågas och behövs. En attraktiv vårdgivare får därigenom mer resurser än den som inte efterfrågas i lika hög grad. Producenterna bör vara självständiga och ha frihet att kunna påverka sitt utbud och sin attraktivitet som vårdgivare och arbetsgivare, vilket förutsätter att de kan anpassa så-

väl det som erbjuds patienterna som vad man kan erbjuda personalen. I de fall patienterna erbjuds behandlingar som inte täcks av den offentliga finansieringen, krävs liksom idag annan form av finansiering.

### *Institutioner och regelverk*

Hälso- och sjukvårdssystemet bör ha en struktur som stimulerar till dynamik, utveckling och anpassning till patienter och personal. Tjänsternas utformning bör avgöras av sjukvårdens medicinska utveckling och hur patienternas behov ser ut. Politiker och myndighet har det övergripande ansvaret men bör i övrigt inte vara inblandade i produktionen. Produktion och drift bör skötas av flera aktörer som verkar i konkurrens under samma villkor.

En nationell vårdpeng och fri etableringsrätt inom de uppställda reglerna för totala resurser, auktorisation och kvalitet skapar konkurrens, pluralism och utvecklingskraft. Myndighet skriver då inte kontrakt med ett begränsat antal privata producenter enligt en beställar–utförarmodell, utan kundvalet är utsträckt till obegränsad konkurrensutsättning där marknaden bestämmer hur mycket var och en producerar.

Det finns en mängd olika sätt att organisera sjukvård. Många lärdomar kan dras av andra länders system och de fördelar och nackdelar som dessa innebär. Lärdomar kan också dras av de visioner och modeller som utarbetats tidigare på detta område. Dessa typfall, visioner och modeller utgör en grund för analysen av lämpliga reformer av den svenska sjukvården.

Organisationen av sjukvården struktureras i denna utredning för att de övergripande systemfrågorna ska kunna analyseras, utan att skymmas av den detaljrikedom som finns i ett så omfattande system som sjukvården. Den strukturella indelning som används i denna rapport är:

- Patienter
- Myndighetsfunktionen
- Politiker

- Sjukhusen
- Specialistvården
- Primärvården

Terminologin kan tyckas missvisande eftersom även läkare inom primärvården är specialistutbildade inom allmänmedicin. Begreppet primärvård är dock en vårdnivå som också inkluderar privata vårdgivare i allmänmedicin. Specialistvård återfinns i denna rapport inom övrig öppenvård, medan den specialistvård som görs på sjukhusen finns inom kategorin ”sjukhus”.

I vårt förslag har politikerna ett övergripande ansvar för resursbehov, målsättningar och riktlinjer inom hälso- och sjukvården. Myndigheten ansvarar för auktorisation, legitimation, tillsyn och information. Myndigheten fördelar också de totala resurserna till vård- och omsorgsföretag utifrån deras anslutna medlemmar. Företagen kan vara offentliga eller privata och ha anslutna eller anställda vårdgivare inom primärvård samt avtal med specialistvårdgivare och sjukhus. Sjukhus och specialistvårdgivare är intäktsfinansierade, medan primärvårdgivare får ersättning från vård- och omsorgsföretaget enligt kapitering, det vill säga utifrån de anslutna medlemmarnas förväntade vårdbehov och/eller prestation. Viss ”olönsam vård” upphandlas av myndigheten i konkurrens.

Medborgarna väljer att ansluta sig till ett vård- och omsorgsföretag och får tillgång till dess vårdgivare inom primärvården. Patienter kan byta vård- och omsorgsföretag om de inte är nöjda med den vård som erbjuds. Specialist- och sjukhusvården är inte på motsvarande sätt knuten enbart till specifika vård- och omsorgsföretag.

Utöver myndighetens auktorisation och kvalitetsgranskning, ansvarar ett oberoende utvärderingsinstitut för utvärdering och kvalitetsmärkning av vårdgivarna. Den information som då erhålls är också tillgänglig för medborgarna.



### *Finansiering och ersättning*

Det finns en bred uppfattning om att sjukvården ska betalas solidariskt och vara tillgänglig för alla, och vi håller fast vid denna princip i vårt reformförslag. Finansieringen av sjukvården är enligt vårt förslag offentlig i en allmän och obligatorisk sjukvårdsförsäkring. Finansieringen sker via sjukvårdsskatt, arbetsgivaravgift och patientavgift. Skatter och arbetsgivaravgifter för sjukvården hanteras inom statsbudgeten.

Samtidigt som det finns minimalt utrymme för att ta ut mer i skatt, går utvecklingen mot ökad efterfrågan på vård. Vården tillhör dessutom de områden där medborgarna har en hög betalningsvilja. Privata tilläggsförsäkringar täcker i vårt förslag det som ligger utöver det offentliga åtagandet, men det privata systemet är skilt från det offentliga och ger inga fördelar i det offentliga systemet, det vill säga det finns inga förutsättningar för ”gräddfiler”.

Vid kundval med obegränsad konkurrensutsättning finns inte någon myndighet som skriver avtal med producenterna med produktionstak, och därmed ingen direkt uppställd gräns för hur mycket som produceras. Det måste därför finnas någon annan typ av kostnadskontroll vid offentlig finansiering.

I vårt förslag ingår kontroll av de totala kostnaderna, men ingen kontroll av hur mycket som produceras av var och en. Politiker och myndighet kontrollerar de totala resurser som går till vård- och omsorgsföretagen. Dessa ersätts utifrån hur många som valt att ansluta sig till dem, och riskprofilen hos dessa. Vård- och omsorgsföretagen ersätter i sin tur primärvården utifrån kapitering, prestation eller en kombination av dessa, samt specialist- och sjukhusvård utifrån prestation. Vård- och omsorgsföretaget utformar de interna ersättningsprinciperna till primärvården och har även rätt att avtala om remissystem med de specialistvårdgivare och sjukhus som de har relationer med.

Offentlig finansiering i kombination med privat konsumtion kan i vissa fall ge oönskade selektionsproblem, men det torde inte vara alltför problematiskt i detta fall eftersom ersättningen varierar med riskprofilen hos de anslutna medlemmarna.

## SJUKVÅRDEN IGÅR OCH IDAG

Svensk sjukvård är till övervägande del en offentlig angelägenhet, både beträffande finansiering och drift. Landstingen har i princip regionala monopol på att ansvara för sjukvården, under statens vakande öga. Under det senaste decenniet har även kommunerna fått utökat ansvar inom vård och omsorg.

I takt med ökat välstånd växte hälso- och sjukvårdssektorn upp till en komplex byråkrati där administrationen slukade alltmer resurser. Det ledde till att nya decentraliserade styrformer infördes, där administration och beslut spreds ut i systemet. Decentraliserade system ger nya utmaningar och kräver mått på måluppfyllelse och resultat som på ett rättvisande sätt kan bedöma verksamheten.

De ekonomiska villkoren har inte utvecklats i takt med efterfrågan under det senaste decenniet. Vårdbehovet är på flera områden inte tillgodosett på ett tillfredsställande sätt. I dag har landstingen ambitionen att förbättra vårdens tillgänglighet för patienterna. Det återstår att se om resurser och förutsättningar finns för att leverera den vård och omsorg som medborgarna anser sig ha rätt till.

## Vem gör vad i vården?

Landstingen har ansvaret för hälso- och sjukvården. Under senare år har även kommunerna fått ta över en del av vårdansvaret. Det övergripande ansvaret för hela sektorn har staten. Det är ett politiskt ställningstagande att alla medborgare ska ha rätt till vård på lika villkor oberoende av var i landet man bor, och staten beslutar om det regelverk och den lagstiftning som ska gälla. Dessutom svarar staten för utbildning, forskning och en del av finansieringen.

De viktigaste myndigheterna som handlägger hälso- och sjukvårdsfrågor är Socialstyrelsen, Läkemedelsverket, Rättsmedicinalverket, Folkhälsoinstitutet, Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd samt Smittskyddsinstitutet. Dessutom finns ett antal myndigheter som till en del ansvarar för hälso- och sjukvårdsfrågor, till exempel Arbetarskyddsstyrelsen och Försvarets sjukvårdsstyrelse. Myndigheterna använder sig i stor utsträckning av allmänna råd, men de ger även ut föreskrifter om de har stöd i lagen.

Socialstyrelsen är den centrala förvaltningsmyndigheten inom området som har betydelse för medborgarnas hälsa och sociala förhållanden. Socialstyrelsen har inte enbart en rådgivande roll utan även en tillsynsfunktion över vården. Om man avser att bedriva hälso- och sjukvård som står under Socialstyrelsens tillsyn så måste det anmälas. Sedan 1980 har frågor om disciplinansvar, varningar och återkallelse av legitimation legat på Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd.

### *Sjukvården är geografiskt indelad*

Sverige är indelat i 18 landsting, 2 regioner och en kommun, Gotland. De två regionerna är Region Skåne och Västra Götalandsregionen. Dessa regioner har tagit över landstingens roll och det ansvar för regional utveckling som tidigare låg hos respektive länsstyrelse. Hälso- och sjukvård står för ungefär 80 procent av landstingens verksamhet. De övriga uppgifterna är till exempel kollektivtrafik, folktandvård, utbildning och kultur.

Regeringen tillsatte år 1992 en utredning som förutsättningslöst skulle granska vårdens organisation och finansiering (SOU 1993:38). Flera alternativa modeller för att organisera sjukvården utreddes, vilka redovisas nedan. Utredningen fick tilläggsdirektiv efter att ha varit vilande en period. Dessa innebar att landstingen även fortsättningsvis skulle vara huvudansvariga för sjukvården, och att kommunerna också fortsättningsvis skulle svara för en del av vården, framför allt för vården av äldre.

En grundläggande regel är att landstingen själva får sköta sina angelägenheter i så stor utsträckning som möjligt, inom ramarna för de politiska målsättningarna och det uppställda regelverket. Hälso- och sjukvårdslagens (HSL) bestämmelser, mål och krav på hälso- och sjukvården är gemensamma för kommuner och landsting, liksom bestämmelserna om vårdavgifter och forskning. Därutöver har huvudmännen ett mycket stort handlingsutrymme vad gäller organisationsformer och driftsformer.

I landstingen finns landstingsfullmäktige som är den högsta politiska ledningen med direkt valda landstingsledamöter. Denna kan sägas vara landstingets ”riksdag”. Landstingsstyrelsen är på motsvarande sätt landstingets ”regering”.

### *Vårdens olika former*

Vården indelas i primärvård, länssjukvård och regionsjukvård. Vårdcentraler, barna- och mödravårdscentraler är alla delar av primärvården. För sjukdomar som kräver behandling på sjukhus finns länssjukvården med läns- och länsdelssjukhus. Även den psykiatriska vården tillhör länssjukvården. Ovanliga och komplicerade sjukdomar behandlas inom regionsjukvården. Landstingen samarbetar i sex sjukvårdsregioner, var och en med ett regionsjukhus. På regionsjukhusen utbildas läkare och där bedrivs forskning.

De senaste tio till femton åren har de politiska intentionerna varit att så många som möjligt ska bo hemma i stället för på sjukhus, och besöka sjukhus eller vårdcentral endast för hjälp och behandling.

Primärvården är basen i vården och är organiserad så att det finns vård-

centraler i varje kommun. I Sverige är primärvården mindre utvecklad än i andra västeuropeiska länder, och trots utökade satsningar svarar sjukhusen för en relativt stor andel av öppenvårdsbesöken.

I princip har primärvården ansvar för de ”vanliga sjukdomarna” och för att föra patienten rätt i sjukvårdssystemet. När de egna resurserna inte räcker till ska patienten remitteras till läns- eller regionsjukvården. Primärvården återtar sedan ansvaret när patienten är färdigbehandlad. Man brukar tala om denna funktion som ”grindvakt”. Utöver detta ska primärvården arbeta förebyggande för den befolkning som den ansvarar för.

Primärvårdens ansvarsområden är direkt sammankopplade med den kompetens som krävs av specialistutbildade allmänläkare och övrig personal inom denna del av vården. Distriktssköterskorna har ofta ett omfattande ansvar inom primärvården. Sjukgymnaster, arbetsterapeuter och kuratorer har en nyckelroll för rehabiliteringen. Det är relativt få läkare inom primärvården som har annan specialistkompetens än allmänmedicin, trots att dessa kan behövas där.

Den öppna vården inkluderar även huvuddelen av den privata vården. Privat vård i Sverige innebär offentligt styrd vård betald med skattemedel, men i privat regi. Samverkansavtal eller vårdavtal med huvudmännen är ett villkor för att få etablera sig som privat specialistläkare eller sjukgymnast med offentlig finansiering. Det krävs vidare att man är under 65 år och inte är landstingsanställd. Utöver privatpraktiker och privata läkarhus finns även privat vårdverksamhet för kommuner och landsting på entreprenad.

Hälso- och sjukvård bedrivs även inom företagshälsovården. Företagshälsovården är arbetsgivarens expert i rehabiliteringsfrågor och den personal som finns här har arbetsanpassad och yrkesinriktad rehabilitering som sitt huvudsakliga verksamhetsområde. Dessutom arbetar företagshälsovården ibland med direkt sjukvårdande verksamhet, och samverkan med primärvården är nödvändig.

Betydande omstruktureringar görs för att lösa de strukturproblem som

uppkommer i ett så komplext system som sjukvården. I mitten på 1990-talet var samverkan det ord som var i fokus inom hälso- och sjukvårdsverksamhet. Denna samverkan inrymmer dels ett ökat gränsöverskridande mellan kommuner och landsting, dels mer intensiv samverkan mellan sjukhus, kliniker och vårdcentraler, liksom mellan olika professionella grupper. Den ledde till en omfattande strukturell omvandling inom de enskilda landstingen.

Inom vården kan de olika aktörsgруппerna i korthet kategoriseras som politiker, administratörer och professionella utövare. Dessa har ofta sina egna och från varandra skilda referensramar och utmaningar.

### *Politikens roll och utmaningar*

Enligt den demokratiska idealmodellen, som den utformats i den statsvetenskapliga teoribildningen, bör det råda en strikt rollfördelning mellan politikerna och den administrativa ledningen i en politiskt styrd organisation. Politikerna ska ange mål och riktlinjer för verksamheten, och administratörerna ska utreda olika handlingsalternativ och ta fram lämpliga beslutsunderlag. Därefter ska politikerna fatta beslut och administrationen ska se till att besluten omsätts i handling.

Dessa teoretiska ideal har i praktiken varit svåra att upprätthålla. Den offentliga verksamheten har växt till stora komplexa system som blivit allt mer byråkratiska och svåröverskådliga. Nya former för politisk styrning av den offentliga sektorn eftersöks för att demokratin ska kunna fungera, samtidigt som verksamheten bedrivs på ett effektivt sätt.

Inom hälso- och sjukvård måste alltid prioriteringar göras, och politikerna är de som ska se till helheten och väga intressen mot varandra. Riksdagen fattade år 1997 beslut om riktlinjer för prioriteringar inom hälso- och sjukvården. Prioriteringar och gränser för det politiska åtagandet är en svår och krävande, men nödvändig politisk uppgift. Politiker är medborgarnas företrädare. De behövs särskilt som ombud för utsatta och svaga grupper som inte själva kan göra sig hörda. De som arbetar inom vården är dock de som bäst känner till effekterna av de priorite-

ringar som görs, och de som på nära håll får ta del av etiska dilemman vid prioriteringar.

Hälso- och sjukvårdslagen anger att personalen inte är underställd sjukvårdshuvudmannen vid diagnos eller vård. I dessa fall finns i stället bestämmelser för medicinskt yrkesansvar. I frågor som gäller sjukvårdens organisation och resursanvändning är dock även sjukvårdspersonalen underställd landstingens politiska organ.

Falk och Nilsson (1999) hävdar att erfarenhet av politisk ledning av offentlig verksamhet visar att det inte är tillräckligt med vare sig modeller för lokalt folkstyre eller modeller för företagsekonomi för att bedriva hälso- och sjukvård. Det behövs nya begrepp. De föreslår ”governance” som innebär ledning och koordinering, där politiska, administrativa och professionella aktörer samverkar, såväl mellan olika nivåer som mellan decentraliserade enheter, för att undvika målkonflikter och suboptimering.

### *Administrationns roll och utmaningar*

Administratörens roll är att bistå den politiska ledningen. Ur ett verksamhetsperspektiv är administratörerna politikernas förlängda arm.

Den administrativa verksamhetens roll i hälso- och sjukvården har förändrats över tiden (se nedan). De administrativa funktionerna expanderade och övertog maktbefogenheter från den medicinska professionen, för att sedan decentraliseras och utlokaliseras som stödresurser till läkare och övrig sjukvårdspersonal.

Hälso- och sjukvården har således blivit mindre hierarkisk, vilket påverkar utformningen av den administrativa styrningen. När organisationen decentraliseras måste även ansvar delegeras, och varje enhet får ett eget resultatansvar. Det kräver ett reformerat ledarskap och styrmodeller som är utformade utifrån de nya behoven.

För att kunna klara av de nya kraven behövs utvecklade informationssystem som stöd för beslut. Informationssystemen måste utformas så att information finns tillgänglig inom de decentraliserade enheterna, och är



anpassad till olika enheters behov. Tidigare fanns informationen huvudsakligen tillgänglig centralt för den centrala planeringen, och utformat utifrån dess behov.

Dagens informationssystem möjliggör nya lösningar och de kan dessutom utformas så att de kan knyta samman informationen från enheterna vid behov, så att informationen både kan sammanställas centralt och förmedlas mellan enheterna. Flera landsting har inhämtat system från amerikansk sjukvård eller från det privata näringslivet.

Enbart god tillgång på statistik och information är dock inte tillräckligt. Det krävs även tydliga mål för verksamheten. Att definiera målen är den politiska ledningens uppgift, och de är ofta både oklara och motstridiga. Enbart ekonomiska mål är i allmänhet inte tillräckliga för att styra verksamheten, utan ytterligare målsättningar krävs för hur väl åtagandena uppfylls. Svårigheten att sätta mål präglar förutsättningarna för administrativ styrning. En följd har blivit att man på många håll har fortsatt att detaljstyra verksamheten med traditionella sjukvårdsplaner, budgetprocesser och verksamhetsmål.

Administrationen inom sjukvården har således behövt genomgå stora förändringar under det senaste decenniet för att vara tillämplig för en mer decentraliserad och ramstyrd organisation och för att kunna dra nytta av den teknologiska utvecklingens möjligheter och nya arbetssätt. Till detta kommer det förändringsbehov som uppkommit genom politiska beslut om reformer av verksamheten.

### **Några politiska reformer**

Under de senaste tio åren har vissa reformer gjorts inom hälso- och sjukvården. Av dessa är Ädelreformen den mest omfattande. Den innebär att ansvaret för sjukvård i särskilda boendeformer, exklusive läkarinsatser, överfördes från landstingen till kommunerna. Många av kommunerna ansvarar dessutom för sådan sjukvård i ordinärt boende.

Ädelreformen gav också kommunerna ansvaret för medicinskt färdigbehandlade patienter. På så sätt skulle kommunerna kunna integrera

medicinska insatser med övrig omvårdnad. Kommunerna svarar för behandling, omvårdnad, förebyggande arbete och rehabilitering som inte kräver särskild kompetens eller sjukhusens resurser. Landstingen ansvarar för läkarinsatserna i kommunernas vård.

I spåren av Ädelreformen följer den dubbelnatur som är så karakteristisk för sjukvården idag. Samtidigt som de äldre genom utvecklade behandlingsmöjligheter kan få tillgång till allt mer avancerade behandlingar, har landsting och kommuner betydande problem med att erbjuda tillgång till grundläggande medicinsk behandling i hemmet för patienter med kontinuerliga behov. De reformer som nu initieras handlar därför främst om att öka tillgängligheten i primärvården och att förbättra kvaliteten på insatserna för de, mestadels äldre, som vårdas i hemmet.

Psykiatrireformen som genomfördes år 1995 syftade även den till att tydliggöra kommunernas ansvar för boende, sysselsättning och omvårdnad för de psykiskt funktionshindrade. Tanken var att dessa i högre grad skulle integreras i samhället.

Läkemedelsreformen år 1996 gav landstingen ansvar för läkemedel i både den slutna och den öppna vården. Tidigare hade staten ansvaret för läkemedel i öppenvården. Tanken med reformen var att läkemedel i öppenvård skulle integreras i hälso- och sjukvården och därmed värderas och prioriteras efter samma kriterier som andra sjukvårdsinsatser. Bakgrunden var de kraftigt ökande läkemedelskostnaderna. Ur sjukvårdens perspektiv kunde de statliga läkemedelsutgifterna tidigare betraktas som en fri nyttighet, med risk för överutnyttjande som följd. Reformen har kritiserats för att basera sig på statens behov av att vältra över kostnader på landstingen, samtidigt som det inte går att skapa en fungerande enhetlig struktur genom att lägga över kostnaderna på landstingen (Gennser, 1998). Gennser förespråkar istället att läkemedelsförmånen återförs till nationell nivå, och att priser och läkemedelstillgång är enhetliga oavsett boendeort.

Läkemedelsreformen genomförs i flera steg, och fler förslag finns på förbättringar vad avser prissättning, distribution och förmånssystem.

Även brister i förskrivning och användning är problem som söker lösningar. Högst varannan patient följer läkarnas ordinationer vid långtidsbehandling och många patienter använder en mängd olika läkemedel med begränsad kunskap om hur de påverkar varandra.

En ny myndighet, Läkemedelsförmånsnämnden inrättades i oktober 2002. Denna myndighet ska bedöma vilka läkemedel som ska subventioneras och förhandla med läkemedelsföretagen för att fastställa priser på de subventionerade läkemedlen.

År 2001 träffades en överenskommelse om en ny modell för statens ersättning till landstingen mellan 2002–2004. Formerna för läkemedelsförmånen ska vidareutvecklas under denna period. De grundläggande besluten om förmånssystemet fattas av regeringen, medan läkemedelskostnaderna finns inom landstingen. År 2003 ska en avstämning göras och senast våren 2004 ska en överenskommelse träffas om statens ersättningar för tiden från och med 2005.

Ett annat reformområde under det senaste decenniet är patientens ställning. Hälso- och sjukvårdslagen har skärpts när det gäller vårdgivarens skyldigheter att lämna information och patienternas valmöjligheter har ökat. Vid nittitalets ingång var alla hänvisade till en bestämd vårdcentral och till ett sjukhus. Tio år senare tillämpar alla landsting, utom de fyra landstingen i norra sjukvårdsregionen, åtminstone i princip en rekommendation från Landstingsförbundet som ger patienterna möjligheter att söka vård i hela landet. Det återstår dock att se vad detta kommer att innebära i praktiken.

Frågan om patientens rätt till vård har diskuterats mycket och länge, trots att den är så grundläggande. År 1992 infördes en vårdgarantin för att korta väntetiderna för vissa behandlingar till maximalt tre månader. Vårdgarantin omprövades därefter i Prioriteringsutredningen (SOU 1995:5) som ansåg att den inte gällde de högst prioriterade vårdbehoven. Året därpå kompletterades därför garantin så att tillgängligheten garanterades till primärvård och till besök hos specialisläkare. År 1998 togs den ursprungliga garantin bort medan besöksgarantin blev kvar. Den natio-

nella vårdgarantin gav då patienten rätt att få hjälp av primärvården, antingen per telefon eller genom besök samma dag som vården kontaktas. Om den första kontakten inte är ett läkarbesök, ska tid för läkarbesök inom primärvården kunna erbjudas senast inom åtta dagar. Besök inom specialiserad vård ska erbjudas senast inom tre månader. Om dessa gränser inte hålls har patienten rätt att göra besöket hos vårdgivare i annat landsting, utan extra kostnader.

Någon tidsgräns för behandling ingår inte i vårdgarantin. En behandlingsgaranti avsågs initialt av Socialstyrelsen med hänvisning till att andra åtgärder var bättre för att korta väntetiderna, såsom bättre redovisning av väntetider, förstärkning av primärvården och utökade valmöjligheter. Landstingsförbundets styrelse föreslog dock sommaren 2002 att vårdgarantin skulle kompletteras med en garanti för behandling.

Ovanstående reformer syftar till att på olika sätt stärka patientens rättigheter, att sänka kostnader och att dra nytta av samordningsfördelar. Sjukvården har över tiden växt till ett svårmanövrerat och resursslukande system som är så komplext att helhetssynen på både patient och verksamhet är svårfångad, trots ambitioner att värna om patienterna och säkerställa systemets effektivitet. I nästa avsnitt beskrivs hur denna situation har uppkommit.

## **En byråkrati växer fram – och decentraliseras**

Hälsa- och sjukvården har växt i takt med den ekonomiska utvecklingen. Detta har starkt präglat den organisatoriska utvecklingen av sektorn. Olika organisationsformer har avlöst varandra i en stegvis process utifrån de förutsättningar som funnits.

Sjukvårdens organisation är – och måste vara – under kontinuerlig omprövning utifrån omvärldens förändringar, krav och begränsningar. Ekonomiskt tillväxt, besparingskrav, demografiska förändringar, teknologisk utveckling, värderingar och nya idéer är exempel på faktorer som präglat utvecklingen av hälso- och sjukvårdssystemet.

Mot slutet av 1950-talet inleddes en kraftfull expansion av framför allt

den slutna kroppssjukvården och ett antal stora sjukhus byggdes över hela landet. Under 1960-talet byggdes den lokala sjukvårdsorganisationen ut, samtidigt som landstingens samlade huvudmannaskap stärktes. Landstingen och de större kommunerna övertog ansvaret även för provinsialläkarväsendet och mentalsjukhusen. Under 1980-talet minskade satsningen på den slutna vården något, men den ersattes av ökade satsningar på den öppna och förebyggande vården, huvudsakligen i form av vårdcentraler. Den psykiatriska vården överfördes från de gamla mentalsjukhusen till olika öppna vårdformer.

Från början av seklet och ända fram till mitten av 1960-talet svarade sjukhusen för den övervägande delen av sjukvården. De flesta sjukhusen var egna organisatoriska enheter inom landstingen eller inom de större kommunerna. Några tillhörde staten men var likväl relativt självständiga. Den traditionella sjukhusorganisationen var professionell och hierarkisk. De flesta sjukhus var formellt underställda en direktion som bestod av lokala politiker, men de styrdes i realiteten av den medicinska professionen.

En snabb teknisk och vetenskaplig utveckling med en rad nya medicinska specialiteter och subspecialiteter under 1960-talet ledde till att det byggdes allt större sjukhus. Den lokala sjukvårdsorganisationen växte också, vilket resulterade i nya organisatoriska enheter som omfattade hälso- och sjukvård inom ett visst geografiskt område, så kallade sjukvårdsförvaltningar.

De nya förvaltningsenheterna blev stora och komplexa. För att kunna styra och samordna verksamheten infördes nya organisationsprinciper från industriella organisationer, som ansågs ligga före andra organisationer i utvecklingen. Dessa principer gick framför allt ut på att tillvarata stordriftens och specialiseringens fördelar, vilket krävde stark centralisering av både resurser och patienter.

Denna utveckling innebar en ökad byråkratisering av sjukvården. Det inrättades ett stort antal administrativa funktioner, och en ny administrativ hierarki växte upp vid sidan av den traditionella medicinska hierarkin.

Den medicinska professionen hade dock fortfarande en stark ställning, men reducerades till inflytelserika experter utan formellt linjeansvar.

Mot slutet av 1970-talet och i början av 1980-talet växte kritiken mot sjukvårdsorganisationen som ansågs alltför byråkratisk. Sjukvårdens organisation hade växt mer än den verksamhet som skulle administreras (Lane och Westin, 1983). Denna utveckling är inget unikt för sjukvården eller ens den offentliga sektorn, utan är ett mer allmänt samhällsfenomen. En förklaring till detta är tillkomsten av nya lagar och avtal. En annan förklaring är att utvecklingen av alltmer sofistikerade informations- och planeringssystem har höjt den administrativa verksamhetens ambitionsnivå. Denna administrativa ambitionsökning har dock tagit en allt större del av de samlade resurserna till vården vilket inte gagnat vården av patienten (Axelsson, 1998).

Förutom att den administrativa verksamheten tagit allt större resurser i anspråk, har den ökade byråkratiseringen också kritiserats för att patienterna riskerat att komma i kläm. Utöver att den medicinska specialiseringen medfört en bristande helhetssyn, så har byråkratiseringen minskat möjligheterna att anpassa verksamheten till patienternas behov.

Under 1980-talet genomförde många landsting omfattande decentraliseringar av sjukvårdsförvaltningar runt om i landet, delvis som resultat av den kritik som uppkommit. Gemensamt för dessa reformer är att de centralstyrda byråkratiska strukturerna har ersatts med en organisation där kliniker och andra basenheter fått en mer självständig ställning. De centrala administrativa funktionerna skars ned eller utlokalisades, och man har på olika sätt försökt att förenkla det byråkratiska regelsystemet.

Även inom de stora sjukhusen har det skett en liknande organisatorisk utveckling. Kliniker och övriga basenheter har blivit allt mer självständiga och fått ett större administrativt ansvar för den egna verksamheten. Man har plattat ut organisationen genom att reducera eller ta bort den administrativa nivån mellan sjukhusdirektören och de olika enheterna. Denna nivå har i stället förts över till enheterna. Allt fler beslut fattas där-

med självständigt av enheterna, och den centraliserade styrningen har ersatts av mål- och ramstyrning.

Satsningen på primärvård var delvis en anpassning till den uppkomna kritiken. Inom primärvården skulle det finnas ett ansvar för en definierad befolkning och ett helhetstänkande, som saknades inom sjukhusen. Eftersom verksamheten bedrevs i geografiskt utspridda enheter så var det naturligt att även decentralisera administrationen till enheterna.

Dessa förändringar har inneburit att överläkarna och distriktsläkarna i chefsposition fått ett större administrativt ansvar för sina enheter, vilket resulterat i att mer tid har gått till pappersarbete och mindre till patienterna. Under 1990-talet när den ekonomiska situationen blivit alltmer problematisk för de flesta landsting och kommuner har den nya rollen dessutom inkluderat att prioritera och omfördela bland knappa resurser.

### **Besparingarna har satt sina spår**

Hälso- och sjukvårdssektorn utsattes för stora påfrestningar under det senaste årtiondet. Efter flera decennier med ökande resurser tvingades vården till minskade resurser under 1990-talet. Antalet anställda minskade med en fjärdedel (exklusive de timanställda) samtidigt som många områden inom vården expanderade, bland annat läkemedelsanvändningen och vissa operationer såsom starr och höftleder.

Hälso- och vårdens andel av BNP har minskat under 1990-talet från 8,8 procent år 1990 till 8,5 procent år 2000 (inklusive den hälso- och sjukvård som kommunerna ansvarar för). Dessutom har de kraftigt ökade läkemedelskostnaderna inneburit en omfördelning av resurserna inom sektorn.

Om vårdsektorn år 2000 hade utgjort samma andel av BNP som tio år tidigare skulle vården ha disponerat ytterligare sex miljarder kronor. Om dessutom läkemedlens andel hade varit oförändrad skulle resten av vården ha haft ytterligare cirka tio miljarder kronor (Landstingsförbundet, 2002).

Inom EU är det bara Sverige och Finland som har minskat utgifterna för hälso- och sjukvård som andel av BNP. I Danmark, Irland, Italien och

Holland har vårdens andel varit i stort sett oförändrad, medan den ökat i alla övriga EU-länder (Landstingsförbundet, 2002).

Ett annat sätt att mäta utvecklingen av hälso- och sjukvårdsutgifterna är att jämföra sjukvårdskostnaderna per invånare (uttryckt i dollar med hänsyn till köpkraft). Med denna beräkningsgrund har kostnaderna i Sverige ökat med 15 procent mellan 1990 och 1998, vilket är den lägsta kostnadsökningen bland samtliga EU-länder. Flertalet länder, som exempelvis Frankrike och Tyskland, ligger på en femtioprocentig ökning.

En del av nedskärningarna har kunnat ske genom den medicinska utvecklingen. Denna har medfört kortare vårdtider och övergång till öppenvård, vilket gjort det möjligt att reducera vårdplatserna. Utvecklingen syns i statistiken där antalet vård dagar minskade med 30 procent (3,6 miljoner dagar) och antalet vårdplatser minskade med 45 procent mellan 1992–2000. Det är främst den äldsta åldersgruppen som har minskat sina vårdtider och -dagar. Vid slutet av 1990-talet hade Sverige jämte Storbritannien och Finland det lägsta antalet vårdplatser per invånare. Landstingsförbundet (2002) betonar även kunskapen om den sängbundna sjukhusvårdens begränsningar som en förklarande faktor till denna utveckling och menar att dessa insikter manar till anpassning av vårdens struktur.

För landstingen har kraven på kostnadsbesparingar och svårigheter att rekrytera personal givit upphov till strukturförändringar under 1990-talet. Dessa strukturella förändringar varierar mellan olika landsting och mellan storstadsregioner och glesbygd, men generellt sett har sjukhusstrukturen blivit mer differentierad med profilerade och samverkande sjukhus. En trend under senare år har varit att knyta samman närsjukvård och specialiserad vård. Antalet sjukhus har i stort sett varit oförändrat under det senaste decenniet.

Under 1990-talets början stod införandet av marknadsmekanismer i fokus för att klara ekonomin och förbättra produktiviteten. Andelen vård utförd av privata vårdgivare har sedan dess ökat kraftigt men nivån är fortfarande låg. Den uppgick endast till några få procent i början av 1990-



talet och var 9,1 procent av landstingens kostnader år 2000 (Landstingsförbundet, 2002). År 2000 gjordes 23 procent av läkarbesöken inom primärvård hos privata vårdgivare. Den försäkringsfinansierade vården har ökat under perioden och antalet försäkringar översteg 100 000 år 2000, men den representerar mindre än 2 procent av vårdens kostnader.

Generellt sett har tillgängligheten till vård försämrats. Samtidigt har ambitionsnivån på vissa områden höjts och bör så göra i takt med ökat välbefinnande och medicinska framsteg. Vissa operationer har ökat drastiskt och görs i ett tidigare skede, och för nya patientgrupper. Totalt har dock antalet läkarbesök minskat, från 26,2 år 1990 till 25,2 miljoner år 2000, vilket kan tyckas rimma illa med såväl en allt äldre befolkning och högre ekonomiskt välbefinnande som de kraftigt ökande ohälsotalen.

Omställningarna och nedskärningarna har således inte skett problemfritt och patienterna har drabbats. De har resulterat i att vårdens tillgänglighet brister, att vårdbehovet för framför allt de äldre inte alltid kan tillgodoses på ett tillfredsställande sätt. Även läkemedelskostnaderna ökar på ett otillfredsställande sätt.

Dessa problem ligger bakom inriktningen av dagens politik. ”Den nationella handlingsplanen för utveckling av hälso- och sjukvården” (Prop. 1999/2000:149) är inriktad på att förbättra tillgängligheten i primärvården. Ett annat initiativ är att staten och Landstingsförbundet har överenskommit att förbättra tillgängligheten till vård genom att förkorta väntetider för besök och behandling inom specialistvården.

### **Tillgängligheten prioriteras**

I dag prioriteras inom landstingen runt om i landet tillgänglighet tillsammans med läkarförsörjning och äldrevård. Det framkommer av landstingens lokala handlingsplaner för utvecklingen av hälso- och sjukvården, som Socialstyrelsen har studerat (Socialstyrelsen, 2002). Inom psykiatri är det ohälsa hos barn och ungdomar som står i fokus. Samverkan med kommunerna för vård och omsorg om de äldre är också ett område som har hög prioritet. Dessa handlingsplaner är dock mer uttryck för ambi-

tioner och inriktning än konkreta uppföljningsbara mål, vilket kritiserats av Socialstyrelsen som fått i uppdrag att utvärdera handlingsplanerna.

Alla landsting har för avsikt att förbättra tillgängligheten till vårdcentralen, både för att komma fram på telefon och att få tid för besök. Knappt någon uppmärksamhet ägnas åt reformer av vårdens övergripande struktur och alternativa driftsformer. Denna så uppmärksammade fråga under första halvan av 1990-talet (se nedan) har nu kommit totalt i skymundan, och det är i stället samverkan och förbättringar inom det givna huvudmannskapet som ligger i fokus.

Våren 2002 genomförde Socialstyrelsen tillsammans med Statistiska centralbyrån (SCB) en rikstäckande befolkningsenkät om vad medborgarna tycker om sjukvården (Socialstyrelsen, 2002). Syftet var att studera i första hand tillgängligheten i primärvården och förekomsten av fast läkarkontakt.

Tillgängligheten för att komma fram till en läkare har visat sig vara bättre än för att komma fram på telefon. Under våren 2002 fick hälften av patienterna träffa en läkare samma dag man sökte tid för besök, och ytterligare en fjärdedel fick vänta upp till åtta dagar. De flesta, 80 procent, anser att de fått tid hos läkare inom acceptabel tid, enligt Socialstyrelsens befolkningsenkät.

I undersökningen framkommer att telefonkatalogen är viktig för att ta reda på vart man ska vända sig om man behöver kontakta sjukvården; sex av tio använder i första hand denna. Endast en procent använder sig av Internet för detta ändamål.

Vårdcentralerna har också fått ökad betydelse vilket är i enlighet med de politiska intentionerna; åtta av tio vänder sig i första hand till vårdcentral om man behöver kontakta läkare och inte behöver läggas in på sjukhus. Sex av tio känner mycket eller ganska väl till vilka sjukdomar eller besvär man kan söka för. Nio procent vänder sig till privatpraktiserande läkare och tre procent till akutmottagning på sjukhus. Jämfört med en liknande undersökning som Socialstyrelsen gjorde år 1995 har andelen som vänder sig till vårdcentral ökat.

Framkomligheten per telefon behöver förbättras. Socialstyrelsen har gjort en riksövergripande studie för att mäta framkomligheten på telefon (Socialstyrelsen 2002). Hälften av alla samtal till vårdcentraler under dagtid besvarades av sjukvårdspersonal inom tio minuter, men mer än vart tionde samtal blev obesvarat; det var upptaget, telefonkö eller så besvarades inte samtalet inom 45 minuter.

Även befolkningsenkäten visar att framkomligheten per telefon inte är tillfredsställande. En relativt hög andel, 40 procent, angav att det var mycket eller ganska svårt att komma fram på telefon till vårdcentralen.

Det finns således ambitioner och en vilja att förbättra de problem inom hälso- och sjukvården som är direkt synbara, men det förs ingen egentlig diskussion om vad som orsakar dessa problem; om det enbart är en fråga om resurser och prioriteringar eller om det också är ett strukturellt problem baserat på bristande incitament att handla på önskat sätt. Det är tänkbart att en annan struktur på hälso- och sjukvården skulle generera andra beteenden. Att införa marknadsmekanismer, där det är passande, är ett sätt att förändra strukturen för att minska problemen.



# HÄLSO- OCH SJUKVÅRD SOM FÖRVALTNING OCH MARKNAD

Hälso- och sjukvård är en kunskapskrävande verksamhet som kontinuerligt utvecklas, och som behöver anpassas i takt med de förändringar som sker. Under 1990-talet blev införandet av marknadsmekanismer modernt och de privata inslagen i vården har ökat, om än bara marginellt. Dessa kan på många sätt bidra till sektorns utveckling, och balansera dess tradition av byråkrati. Det finns stöd i modern organisationsteori för att hälso- och sjukvård skulle vinna på att söka balans mellan de byråkratiska och de organiska inslagen i organisationsstrukturen, och därigenom uppnå mer flexibilitet, kreativitet och dynamik. Ett stort antal studier visar konkurrensens befrämjande inverkan på såväl effektivitet som kvalitet och kundanpassning. De privata aktörer som har växt fram har också visat sig väl tillgodose kundernas och personalens behov.

Det vore olyckligt om diskussionen om införandet av marknadsmekanismer i vården endast var en modefluga under 1990-talet. De marknadsmekanismer som då infördes på flera håll kan utvecklas vidare.

Hälso- och sjukvården har historiskt imiterat modeller från näringslivet, men de modeller som introducerats ligger fasförskjutna och släpar efter i förhållande till de insikter som påverkat organisationsutvecklingen inom näringslivet. Anbudsförfarande är ett trubbigt instrument för att skapa en marknad som kan möta och tillgodose kundernas önskemål.

Denna marknadsmekanism har begränsade möjligheter att skapa den dynamik och den patientmakt som är eftersträvansvärd.

Hälsa- och sjukvård är av flera skäl inte en vanlig marknad som helt kan hänskjutas till renodlade marknadsmekanismer. Det finns emellertid stora möjligheter att dra nytta av marknadens fördelar. Med lämplig reglering kan de specifika svårigheterna hanteras för att trygga patentens behov av trygghet och information, samt finansiärens behov av kostnads-kontroll.

### **Införandet av marknadsmekanismer: utveckling, pendel eller passé?**

Ett skäl till att man under 1990-talet införde marknadsmekanismer i vården var det ökade vårdbehov man såg framför sig i kombination med begränsade resurser. Dessutom kritiserades sjukvården för att inte använda resurserna tillräckligt effektivt, och för att inte i tillräcklig mån kunna anpassa sig till patienternas önskemål och behov.

Många länder stod inför samma dilemma och nya lösningar eftersöktes på flera håll i världen. New Public Management är en filosofi om styrning och ledning av offentlig verksamhet som inspirerat till reformer i flera länder. Den fick ett stort genombrott redan på 1980-talet, särskilt i Storbritannien, Nya Zeeland och Australien. Det är dock ingen enhetlig teori utan består snarare av ett antal kännetecken (Falk och Nilsson, 1999):

- En nedtoning av samhällsplanering och statlig styrning, parallellt med en ökad betoning av offentlig kostnadsminskningar.
- En förskjutning från politik till ledarskap. Det innebär en avpolitisering av offentlig verksamhet och att viktiga avgöranden om behov och resurser förflyttas från politiska forum till professionella grupper och andra icke-politiska enheter.
- Intern konkurrens, decentralisering och lokalt resultatansvar.
- En förskjutning från processkontroll till efterkontroll. Regelstyrning ersätts med olika former av effektivitets- och kvalitetsmätning.
- Beställning skiljs från utförande. Detta innebär också att det sker en

uppluckring av vad som är offentlig verksamhet och det banar väg för privat bedriven vård.

- Medborgarnas individuella rättigheter betonas, främst rättigheten att fritt få välja mellan olika tjänster och producenter.

### *Pendeln kan slå tillbaka*

Under 1990-talet skedde direkta konkurrensutsättningar i vården främst inom primärvården där privata entreprenörer och privata akutmottagningar växte fram. Det utvecklades även alternativa driftsformer, till exempel kommunala bolag och personalkooperativ.

Nya driftsformer och konkurrensutsättningar var inte de enda marknadsmekanismer som introducerades. Flera landsting delade upp verksamheten i beställare och utförare. Reformerna utformades på lite olika sätt i olika landsting.

Diskussionen om finansierings- och huvudmannaskapsfrågor inom sjukvården var en central fråga under denna tidsperiod. Landstingens roll ifrågasattes och det diskuterades förslag som innefattade en mer marknadsmässig uppdelning mellan finansiärer och producenter med såväl försäkringsbolag som interna marknader och självständiga resultatenheter.

Axelsson (1998) hävdar att det finns risk för att decentralisering och marknadstänkande blev ett mode utan att de inblandade har kunnat framföra tillräckligt goda argument om varför dessa reformer behövs. Det kan riskera att leda till att pendeln slår tillbaka i ökad centralisering och centralplanering. Axelsson menar att de stora sjukhusens sammanslagningar av enheter och kliniker som vi sett under senare år kan vara ett utslag av en pendelrörelse tillbaka.

### *Byråkratin behöver balanseras med pluralism*

De egenskaper av pluralism, decentralisering och anpassningsförmåga som de privata inslagen kan bidra med har stöd i modern teori för att balansera byråkratin, och det vore därför olyckligt om systemdiskussio-

nerna endast var en kortvarig modefluga och trenden mot mer privat bedriven vård skulle avstanna.

Den klassiska organisationsteorin handlade framför allt om att på ett lämpligt sätt bygga byråkratiska organisationspyramider. Den moderna organisationsteorin däremot har en mera relativistisk syn på organisationsutformningen och bejakar att det finns många olika sätt att bygga organisationer. Det viktiga är att organisationens struktur är anpassad till den situation som den är verksam inom.

Den centraliserade byråkratiska organisationsstrukturen är framför allt lämplig i samband med industriell produktion och vid rutinmässig och storskalig administrativ verksamhet. I många sammanhang är däremot byråkratin direkt olämplig, som i vissa serviceverksamheter och i professionella organisationer med en kreativ och föränderlig miljö. Där krävs i stället en organisk struktur som i mångt och mycket är byråkratins teoretiska motpol.

En organisk struktur kännetecknas av decentralisering och spridning av beslutsfattande, informella kontakter och kommunikationskanaler, pluralism och en tillåtande kultur för olikheter samt ofta gränsöverskridande lagarbete. Tillsammans ger dessa egenskaper en löst sammansatt struktur med stor flexibilitet som hålls samman av ett gemensamt synsätt eller ideologi, snarare än genom övergripande styrning.

De flesta organisationer har beståndsdelar av både organisk och byråkratisk struktur, och de flesta verksamheter har olika delar som har olikartade krav på den strukturella organisationsutformningen. Man bör då försöka åstadkomma en situationsanpassad organisation med en lämplig kombination av både byråkratiska och organiska inslag. Det finns flera olika modeller för detta, till exempel projektorganisationer och matrisorganisationer, men i praktiken är det ofta en svår balansgång för att den ena principen inte ska skapa oordning och bristande styrning, samtidigt som den andra kväver kreativiteten och friheten.

Den moderna organisationsteorin förordar, trots dessa svårigheter, utformningen av en situationsanpassad organisation som kan vara både



centraliserad och decentraliserad i olika avseenden, och som dessutom innehåller både byråkratiska och organiska inslag i olika proportioner beroende på förutsättningarna.

Axelsson (1998) anser att det mot bakgrund av att de byråkratiska inslagen väger så tungt finns anledning att stödja framväxten av alternativa organisationer för att på så sätt få en bättre balans i den organisatoriska utvecklingen inom vårdsektorn. Axelsson förordar att sjukvårdens organisation bör kännetecknas av en större förmåga till förändring för att snabbt kunna anpassa sig till förändrade förutsättningar. Detta skulle innebära mer av pluralism och kontinuerliga anpassningar, i stället för stora pendelrörelser och systemskiften baserade på dagens modetrender.

#### *Vad är en anpassningsbar och flexibel organisation?*

Inga organisationer kan överleva utan någon form av anpassnings- och förändringsförmåga i dagens värld. Det finns dock olika former av anpassning, exempelvis korrektion, rambrytande omställning och kontinuerlig utvecklingsförmåga.

De olika typerna av förändringssituationer och organisationers förändringsbehov och förmåga därtill är en vetenskap som går utöver denna studie. Det finns dock enligt Levin och Normann (2001) vissa principer som kan karakterisera ett system som har förutsättningar att framgångsrikt anpassa och utveckla sig i takt med att omvärlden förändras.

För det första måste systemet vara utsatt för krav och spänning för sitt överlevande. Många gånger har de duktigaste företagen de mest krävande kunderna, och dessa kunder måste ha makt, valfrihet och information så att de kan utöva sina krav gentemot producenterna.

För det andra uppstår det nya och utvecklande ”i kant med kaos” och inte i alltför välordnade byråkratier. Bortom den välstrukturerade tillvaron, men inte helt ute i ett oorganiserat tillstånd skapas nya lösningar och ny struktur för verksamheter. Denna princip bygger på Ilya Prigogines teser om så kallade dissipativa strukturer, som belönades med Nobelpriset i fysik.

Det krävs även förutsättningar för utvecklingsprocesser som kan växla mellan faser där mångfald och variationsrikedom söks för att följas av faser där mångfalden struktureras och fokuseras.

Slutligen krävs också förmågan att kommunicera det nya, så att det får fäste i människors sinnen, för att nya strukturer ska etableras.

Det är inte alltid helt enkelt att utifrån se hur anpassningsbar en organisation är. De som ger sken av att vara mycket dynamiska kan dölja stor oförmåga till förändring. Det finns även organisationer som är hysteriskt hyperaktiva där alla tycks vara intensivt engagerade i olika utvecklingsprojekt, men där alla springer åt olika håll och ingenting följs upp och realiserar.

Förutsättningar för att framgångsrikt anpassa och utveckla sig kan vara värdefulla att ha i åtanke vid en diskussion om reformer i hälso- och sjukvårdssystemet. En överblick över systemet av idag och det reformarbete som genomförs ger intryck av att det finns ytterligare lärdomar att ta till sig från organisationsforskningen.

#### *Vårdens organisation ligger efter*

Levin och Normann (2001) hävdar att vården ligger efter den organisationsutveckling som finns inom näringslivet och förespråkar mer anpassningsbara och självutvecklande system inom denna sektor. Hälso- och sjukvården har historiskt imiterat framgångsmodeller från näringslivet, men de dominerande modellerna har kommit att bli fasförskjutna och släpar efter i förhållande till organisationsutvecklingen i näringslivet, och också till de krav som verkligheten ställer.

När systemen för hälso- och sjukvården byggdes upp, tjänstgjorde den industriella modellen som förlaga. Systemen byggdes därför i mycket stor utsträckning upp utifrån principer om standardisering och massproduktion i stora ”fabriker” och utifrån synen på kunden som mottagare.

Inom näringslivet skulle man snart inse att denna modell inte fungerade längre. Kunderna krävde betydligt mer makt och en större lyhörighet. Tjänsterna och varorna behövde differentieras för att kunna hantera

olika kunders behov. Kunden sågs också i den efterföljande utvecklingen i högre grad som medproducent, och inte enbart som mottagare av tjänsterna. Fokus var därför inte längre enbart inne i fabriken utan i allt högre grad i ”sanningens ögonblick”, det vill säga i mötet med kunden. Allt fler resurser flyttade till kanalerna mot kunden och till den personal som skulle hantera denne.

Den offentliga serviceproduktionen har, enligt Levin och Normann (2001), stannat kvar i den gamla formen, med identisk behandling av alla och kunderna som passiva mottagare som håller tillgodo med de tjänster som systemet så effektivt producerar. Trots slagord som ”kunden i centrum” har man enligt författarna i grunden stannat kvar i denna modell, samtidigt som näringslivet nu ligger både ett och två steg före.

Införandet av marknadsmekanismer introducerades i den offentliga sektorn när omvärldens förändringar drivit fram ytterligare utveckling i näringslivet.

Privat bedriven vård och skapandet av interna marknader som ett sätt att införa dessa marknadsmekanismer bygger enligt Levin och Normann på en missuppfattning om var marknaden av idag egentligen befinner sig. Marknaden antas vara en institution inom vilken utbud och efterfrågan på ett effektivt sätt kan mötas och där kontrahenterna har valmöjligheter och informationen är transparent. I näringslivet idag handlar dock inte konkurrensen enbart om välspecificerade produkter och tjänster, utan om helhetslösningar och om vem som kan förnya det som säljs och själva mönstret att skapa värde för kunden. Det handlar idag om att kunna skapa systemlösningar av kända, och ibland nya, komponenter.

Konkurrensen handlar enligt Levin och Normann om värdeskapande system och inte om enskilda produkter, och det är förmågan att skapa totallösningar för systemen som är avgörande. I en värld där allt kan tas isär och plockas ihop på olika sätt är förmågan att skapa den bästa helhetslösningen som marknaden ofta handlar om, inte enbart att skapa den billigaste prylen eller tjänsten.

Den form av privat bedriven vård och interna marknader som genom-

förts inom vård- och omsorg kan därför vara systemkonserverande, enligt Levin och Normann. Anbud är väl definierade, vilket leder till en fastlåsnings av systemet i stället för ett bredare tänkande kring de möjligheter som gynnar patienten. Systemet konserveras i stället för att kampen för förnyelse och innovation får ökat spelrum. Systemet handlar därför om en marknad av traditionella tjänster vilket leder till att kompetensen för systemutveckling inte utvecklas utan blir alldeles för låg.

Denna kompetens att organisera värdeskapandet innebär i korthet att i stället för att vara fokuserad på en viss typ av produkt, tjänst eller teknologi är man fokuserad på kunden och dennes användning av det som säljs. Då måste man tänka i termer av att mobilisera dem som har olika typer av erbjudanden och sätta samman dessa till ett erbjudande som matchar kundens behov. Kunden ses också i högre grad som medverkare med egna ambitioner och egen kompetens, och inte som en passiv mottagare.

De lärdomar som gjorts inom organisationsforskningen kan emellertid inte helt och hållet överföras till marknaden för sjukvård. Värderingen om allas rätt till vård på lika villkor och en begränsad skattefinansiering kan, åtminstone i viss mån, begränsa systemets förutsättningar för innovation, kreativitet och anpassning till patienternas önskemål. Även andra faktorer, till exempel underläge i kompetens och behovet av patientsäkerhet, medför begränsningar.

Inom den finansiella ramen och det uppställda regelverket finns dock utrymme för innovationer, kreativitet och patientanpassning. För att maximalt kunna tillvarata de möjligheter som finns, är det säkerligen mycket av organisationsforskningens erfarenheter som i högre grad än i dag skulle kunna användas inom sjukvården. Det bör finnas möjlighet att, inom givna finansiella ramar och lämpligt utformad regelstruktur, ta tillvara de tankar som präglar forskningen om förmågan att skapa system och organisationer där innovationer, kreativitet och dynamik stimuleras.

## Politik och marknad i samverkan

Hälso- och sjukvård är en speciell marknad som endast delvis kan liknas vid en vanlig marknad, och bör följaktligen inte överlämnas tillfullo till marknadsmekanismer. Övergripande målsättningar och djupt liggande värderingar om befolkningens hälsa och vård på lika villkor kan dock enligt vår mening förenas med traditionella marknadsinslag som konkurrens och valfrihet. Utan att rucka på förutsättningarna för solidaritet och upplevd rättvisa, kan införandet av konkurrens mellan vårdgivare och valfrihet för medborgare ge större möjligheter till lyhördhet för patienternas önskemål, effektivitet i produktionen och större förutsättningar att tillvarata de möjligheter som öppnar sig i denna kunskapsintensiva sektor.

Konkurrens och valfrihet är begrepp som egentligen har större innebörder än vad de vanligen ges i den dagliga politiska debatten. Valfrihet bör inte enbart innebära att kunna välja mellan befintliga alternativ, utan bör också ge förutsättningar för att över tiden kunna ha en inverkan på dynamiken och på de tjänster som växer fram. Detta förutsätter att konkurrensen fungerar (utifrån medborgarnas och inte enbart upphandlarnas önskemål) och stimulerar producenterna till att på ett effektivt sätt skapa och leverera de tjänster och lösningar som medborgarna efterfrågar, och anpassa sig till de förändringar som sker i både efterfrågan och i andra omgivande förutsättningar.

Förslag på införandet av marknadsmekanismer i offentlig verksamhet kräver analys och genomgång. I den politiska debatten står ofta tron på marknaden kontra tron på offentlig verksamhet. En blind tro på den ena eller andra lösningen fördjupar dock inga insikter. En ambition att säkerställa förutsättningar för att patienternas behov tillgodoses, samtidigt som produktionen ska vara dynamisk och effektiv, vinner på avvägningar utifrån både teori och empiri.

*Konkurrens och privat bedriven vård*

De modeller som utvecklades under början av 1990-talet i flera svenska landsting byggde huvudsakligen på införandet av konkurrens i hälso- och sjukvården. Genom att skilja finansören från vårdproducenten och låta fler vårdgivare konkurrera om patienterna eftersträvade man en effektivare produktion och större anpassning utifrån patienternas behov.

Tankegångarna om konkurrensens välgörande inverkan på produktionssystemen är väl förankrade i forskningen. Flera studier från slutet av 1980-talet visar att konkurrens främjar effektiviteten och att det är konkurrensen snarare än ägandeformen som är avgörande (se till exempel Borcharding m.fl. 1982; Millward och Parker, 1983). Jämförelser som gjorts mellan privat och offentlig drift under likartade konkurrensförhållanden tyder på att privat drift i sig inte behöver vara effektivare än offentlig. Likaså är reglerade privata företag på marknader med låg grad av konkurrens inte effektivare än reglerade offentliga företag (Kay och Thompson, 1985).

Ägandeformen är dock inte helt utan betydelse över tiden. När privata företag drabbas av dålig lönsamhet av något skäl så utlöser det åtgärder för att vända utvecklingen. Offentliga företag som är konkurrensutsatta har inte nödvändigtvis samma krav på att införa åtgärder. Privata företag ger också förutsättningar för ett entreprenörskap inom sektorn.

Privatisering är ett mångdimensionellt begrepp som ofta men inte alltid innebär konkurrens. Att tillåta privata aktörer på en marknad är ett medel för att skapa konkurrens. Att endast privatisera ett offentligt monopol till ett privat monopol ger inte konkurrens, men att öppna för fler aktörer att komma in på marknaden eller konkurrera om anbud ger förutsättningar för konkurrens. Det ska också noteras särskilt att en mångfald av aktörer på en marknad inte enbart är av värde för kunderna utan också för de anställda.

*Skilj på produktion och finansiering*

Traditionellt anknyter begreppet privatisering till ägandet av produktionsresurserna och därmed till den klassiska distinktionen mellan system som antingen kapitalistiska eller socialistiska. Denna distinktion är emellertid otillräcklig och täcker inte dimensionerna i hälso- och sjukvårdssystemet. En grundläggande distinktion här är i stället att skilja på vad den offentliga sektorn producerar och vad den finansierar. Såväl finansiering som produktion kan vara offentlig eller privat.

Argumenten för offentligt inflytande i en sektor är flera och skiljer sig åt beroende på om det är finansieringen eller produktionen som avses. En offentlig finansiering kan motiveras såväl med marknadsmisslyckanden, som av rättvise- och fördelningspolitiska skäl. Ambitionen för hälso- och sjukvården har varit att fördela sjukvårdtjänsterna mellan medborgarna jämnare än vad en marknadslösning av finansieringen skulle göra.

De argument som är tillämpliga vid diskussionen om offentlig finansiering av vården är inte gångbara vid en diskussion om produktionsstrukturen, men i praktiken sammanblandas dessa ofta. Flera av de missförhållanden som används i debatten av kritikerna till privatiseringar berör privatisering av finansieringen. Vid privat finansiering kontrolleras inte totalkostnaderna på samma sätt som när vården är offentligt finansierad, och likaså kan vårdens innehåll och kvalitet utfalla olika beroende på vilken insats som betalats. Motståndare mot privata aktörer i vården hämtar ofta näring från USA där den privata finansieringen ger svårigheter att hålla kostnaderna under kontroll, och vården utifrån ett svenskt perspektiv, kan upplevas som orättvis.

Privat sjukvård i Sverige växte till en början fram som en reaktion på de långa väntetiderna till delar av den elektiva vården. Det fanns patientgrupper som var beredda att själva betala för behandlingar vilket föranledde försäkringsbolag att introducera privata sjukvårdsförsäkringar som kunde tillgodose behovet av snabb och flexibel tillgång till behandling. Denna företeelse finns i andra länder exempelvis i England, men var nytt i Sverige, och möts även idag med misstro.

*Det finns fördelar med privatproducerad vård*

Privat bedriven vård och omsorg har sedan 1990-talet tagit andra skepnader. Genom att många landsting har praktiserat olika former av beställare–utförare-modeller har det öppnats nya möjligheter för privata aktörer att vara verksamma inom den offentligt finansierade sjukvården. Privat vård som är offentligt finansierad leder inte till de missförhållanden, kostnadsökningar och orättvisor som förknippas med privata sjukvårdssystem.

Etablering av dessa privata aktörer kan bidra till hälso- och sjukvårdens utveckling. Bland andra organisationen Svenskt Näringsliv argumenterar för att privata alternativ inom vård och omsorg bör stimuleras:

- Den konkurrens som uppstår när man öppnar för privata alternativ ger ökad effektivitet och lägre kostnader parallellt med bibehållen kvalitet.
- Utvecklingen stimuleras genom att konkurrensen bidrar till nytänkande. Detta nytänkande ger kvalitetsökningar även inom den vård som bedrivs av kommuner och landsting.
- Utbudet av aktörer ökar vilket inte bara ökar konkurrensen, utan även ger fler valmöjligheter för patienter.
- En arbetsmarknad med fler arbetsgivare växer fram för personal inom vård och omsorg.
- Företagandet i samhället ökar.

Ett flertal empiriska undersökningar visar att de privata alternativen inom vården jämförelsevis väl lyckas tillfredsställa kundernas behov. Detta är en utmaning för de offentliga vårdgivarna och ger förutsättningar för konkurrens som kan komma patienterna tillgodo.

En undersökning visar att privata vårdcentraler får högre betyg på tillgängligheten till vården. Deras patienter är mer nöjda med den service som ges av vårdcentralen och anser att det är lättare att få träffa en läkare. Endast 29 procent av patienterna på vårdcentral i offentlig drift anser att det är lätt att få telefonkontakt med vårdcentralen, medan motsvaran-



de siffror för patienter på privat vårdcentral är 41 procent. Även andelen som anser att det är lätt att få träffa en läkare är högre på privata vårdcentraler, 69 procent av patienterna på privata vårdcentraler tycker att det är lätt att få träffa en läkare, medan endast 56 procent på offentliga vårdcentraler tycker detta (Eureka, 2001).

Den upplevda patientnöjdheten är högre inom öppenvård som drivs i privat regi än i offentlig regi. I en undersökning genomförd av Svenskt Kvalitetsindex (SKI) i samarbete med Svenskt Näringsliv är den upplevda patientnöjdheten mätt på en skala mellan 1 och 100 inom den privata öppenvården 69, medan den uppgår till 63 inom den offentliga (Morin och Vedell, 2002).

En ytterligare undersökning visar att patienterna inom Stockholms läns landsting upplever att servicen förbättrats sedan deras vårdcentral fått en alternativ driftform. De positiva synpunkterna gäller särskilt att det blivit lättare att få tid hos läkare, att tillgängligheten på telefon har förbättrats, att väntetiderna för besök har blivit kortare samt att bemötandet från personalen blivit mer positivt (Landstingsrevisorerna, Stockholms läns landsting, 2001).

Inte bara för patienterna utan även för de anställda visar flera undersökningar att privata alternativ kan bidra positivt. Svenska Kommunalarbetareförbundet genomförde till exempel år 2000 en attitydundersökning bland undersköterskor och vårdbiträden i kommunalt respektive privat bedriven äldrevård. De som var privatanställda hade genomgående en mer positiv syn på sina arbetsvillkor än de kommunalt anställda. De ansåg att de i högre grad kunde hinna med arbetsuppgifterna på ett tillfredsställande sätt. De tyckte också att de hade större möjligheter att ta egna initiativ, påverka sin egen arbetssituation och få kompetensutveckling (Kommunal, 2001).

Även sjuksköterskors inställning till privata arbetsgivare är utifrån många aspekter mer positiv än den är till offentliga arbetsgivare. Hela 80 procent av de privatanställda sjuksköterskorna och 50 procent av de offentligt anställda ansåg att privata arbetsgivare är mer nytänkande och flexibla än de offentliga (Juth, 2002). Dubbelt så många sjuksköterskor

inom de privata arbetsgivarna har förtroende för sin arbetsgivare. Hela 61 procent tyckte att påståendet ”Jag har stort förtroende för min nuvarande arbetsgivare” stämde ”ganska bra” eller ”helt och hållet”. Inom de offentligt anställda var motsvarande andel 31 procent.

Flera av fackförbunden lyfter idag fram fördelar med konkurrens inom vård och omsorg. Ett skäl är att privata arbetsgivare ökar möjligheterna för de anställda att välja mellan olika arbetsplatser och arbetsformer. Vårdförbundet stödjer privata etableringar och har inrättat ett särskilt serviceföretag för detta ändamål som ger utbildning, stöd och information till medlemmar som vill starta vårdföretag.

Också politiker i kommuner och landsting är positiva till konkurrens i vården. Enligt en enkätundersökning genomförd av Demoskop på uppdrag av Svenskt Näringsliv instämde nästan samtliga tillfrågade i att verksamheten stimuleras av att utsättas för konkurrens. En övervägande majoritet ansåg att kvaliteten i vården ofta höjs och att det är bra för de anställda att kunna välja mellan fler arbetsgivare (Fölster, 2001).

### *Kundval vs. anbud*

Konkurrens kan ha olika former. Vid anbudskonkurrens konkurrerar vårdgivarna om marknaden. Vid kundval konkurrerar vårdgivarna om patienterna på marknaden. Kundval ger möjlighet till återföring av kundernas önskemål direkt till vårdgivaren. När välfärdstjänster upphandlas, det vill säga produktionen privatiseras men konsumtionen är offentlig, är konsumenternas önskemål hänvisade till att kanaliseras via upphandlarens kontrakt med producenten.

Kundval, till exempel genom pengsystem, ger medborgarna möjlighet att fritt välja producent. Det passar bra för vissa verksamheter, till exempel barnomsorg och skola, men behöver utformas annorlunda för sjukvårdstjänster där finansieringen också har formen av försäkring och riskspridning. Om varje medborgare får förfoga över sin egen peng går den riskspridning som krävs för försäkringsmomentet förlorad. Dessutom är tjänsterna inom sjukvården mångfasetterade, vilket innebär att det inte

går att utforma en på förhand bestämd specifik peng. I stället krävs en prissättning av tjänsterna som kan ligga till grund för pengens storlek i varje enskilt fall och en beräkning av risker och totalkostnader.

Inom vissa delar av vården till exempel akutsjukvården går det inte att ha kundval överhuvudtaget, utan närmsta sjukhus är det enda rimliga valet. Andra situationer där val i praktiken inte existerar är för mycket specialiserad vård som bara kan bedrivas effektivt med tillräcklig kompetens på ett ställe i landet.

Det är däremot fullt möjligt att ersätta vårdgivaren med peng för den befolkning som den antingen ansvarar för genom till exempel medlemskap eller har behandlat, det vill säga ersättning antingen genom så kallad kapitering eller baserad på prestation. Då kan patienten välja vårdgivare samtidigt som riskerna sprids i populationen, och pengan kan variera utifrån förväntade risker och vårdbehov.

#### *Ingredienser i regleringar av vård och omsorg*

En sektor där konsekvenserna av en felaktig tjänst kan bli så stora som inom hälso- och sjukvården, blir med nödvändighet kraftigt reglerad. I de flesta länder kräver samhället att patientsäkerheten är överordnad principerna om närings- och yrkesfrihet. Yrkesgrupper som har särskild betydelse för patientsäkerhet omfattas vanligen av legitimation. I princip alla länder förekommer krav på registrering av verksamma yrkesutövare inom hälso- och sjukvård. Registrering är vanligen ett krav för att utöva yrket och är normalt inte särskilt kontroversiell. En anmälan kan resultera i varning eller avstängning.

I Sverige är den statliga tillsynen över hälso- och sjukvården lagreglerad sedan 1999 i lagen om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område. All verksamhet inom hälso- och sjukvården liksom all personal står under tillsyn av Socialstyrelsen. Den statliga tillsynen omfattar verksamhetstillsyn som bevakar att vårdgivaren bedriver sin verksamhet i enlighet med lagar, förordningar och föreskrifter det vill säga att den är tillfredsställande organiserad, att det finns den personal och den tekniska utrust-

ning som behövs, att kvaliteten håller en hög nivå och att patienternas rättssäkerhet är tillgodosedd. Dessutom omfattar tillsynen individtillsyn vilket är tillsyn över all hälso- och sjukvårdspersonal. Tillsynen utövas både genom inspektioner och besök för att rätta till missförhållanden och sprida erfarenheter, men kan också innebära direkta sanktioner. I dessa fall görs anmälan till Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd med begäran om disciplinära åtgärder. I allvarliga fall kan legitimerad yrkesutövare fräntas legitimation.

De regleringar som tillämpas inom hälso- och sjukvården kan delas in i olika kategorier (Rehnberg och Garpenby, 1995):

- Åtgärder för att kontrollera och påverka kvaliteten på de tjänster som vårdgivaren tillhandahåller.
- Reglering av tillträdet till sjukvårdssektorn och därmed begränsningar av antalet vårdgivare.
- Åtgärder för att påverka totalkostnader och priser.
- Regler för de ekonomiska transaktionerna mellan patienter och vårdgivare.

Ovanstående interventioner kan utformas på olika sätt. Reglering av kvalitet skiljer sig åt mellan olika länder. Ett sätt är att förebygga problem eller tillrättalägga missförhållanden som kan leda till problem. Ett annat är att genom sanktioner i efterhand straffa felaktigheter. Ofta förekommer blandformer av dessa två modeller. I de länder där privata vårdgivare är dominerande är regleringarna vanligen hårdare och mer detaljerade.

Ytterligare reglering är krav på tillstånd för att bedriva verksamhet och tillsyn över verksamheter. I Sverige infördes relativt detaljerade regler för tillståndsgivning och tillsyn i början på 1930-talet sedan politiska instanser och sjukvårdsmyndigheter reagerat på missförhållanden inom delar av den privata sektorn. De skäl som brukar anföras för att ha en striktare tillsyn och kontroll av privata vårdgivare är att patienten anses befinna sig i en mer utsatt position inom privat vård och att viktiga kontrollinstru-

ment – i den mån de inte avtalats fram – kan vara svagare eller saknas i den privata sektorn, exempelvis politisk tillsyn och offentlighetsprincipen. Ett annat skäl är att det inom privat vård finns andra ekonomiska drivkrafter än inom offentlig vård.

Andra former av regleringar är regler för tillträde och expansion. I USA infördes till exempel Certificate-of-need (CON) regleringar under 1960- och 1970-talen. Syftet med dessa var att begränsa de snabbt ökade sjukvårdskostnaderna genom att få kontroll över investeringarna inom sjukvårdssektorn. CON-regleringarna dämpade dock inte ökningen av de totala sjukvårdskostnaderna och hade ingen eller liten effekt på utbudet. Det fanns flera skäl till detta, varav ett är att reglerna bara inriktades mot en del av sjukhusens totala budgetar och en liten del av den totala sjukvården. Ett annat skäl är att det fanns möjligheter att på olika sätt kringgå reglerna (Rehnberg, Garpenby, 1995).

Även själva etableringen kan regleras. Det kan ta sig uttryck i form av prövning innan tillstånd utfärdas för etablering. Detta är vanligt i de fall någon form av offentlig finansiering erhålls.

Budget- och prisreglering tillämpas ofta, både av offentliga myndigheter och privata finansiärer. Pris- och intäktsregleringar har använts till exempel i USA för att begränsa hur stora intäkter ett sjukhus kan få under en viss tidsperiod. Dessa har utformats som en reglering av priser, vårdavgifter och/eller intäkter. Ett annat exempel är Sverige som 1994 införde taxesystem för privatpraktiserande läkare med ett ekonomiskt tak för varje specialitet. När läkaren passerat ett visst antal besök trappades ersättningen ned, och fortsatt verksamhet blev mindre attraktivt.

Sammantaget kan konstateras att det finns en mängd verktyg att styra vården för att uppnå de krav medborgare och politiker har på hälso- och sjukvårdssystemet.

### *Patientmakten beror på strukturen och individen*

Valfrihet är ett i politiska sammanhang slitet ord. Det är så ofta använt att dess egentliga innebörd ibland riskerar att gå förlorad. Valfrihet innebär

att kunna välja de tjänster och varor som passar bäst och detta ger i sin tur helt nya förutsättningar för tjänster att växa fram, som passar den enskildes behov ännu bättre än de befintliga tjänsterna gör. Valfrihet ger kunden makt inte bara att välja mellan befintliga varor och tjänster utan även att styra utvecklingen av vad marknaden kan komma att erbjuda. En förutsättning för att patientmakten verkligen ska gynna patienten fullt ut är således att producenterna agerar under villkor där de har förutsättningar att identifiera och svara mot patienternas signaler.

Vilka effekter patientens möjligheter att välja kan ge analyseras utifrån strukturen i hälso- och sjukvårdssystemet. Samma handling från patienternas sida kan ge helt skilda effekter beroende på hur systemet ser ut. Det kan skapa dynamik och över tiden stimulera sjukvårdsutbudet, men det kan också ge endast marginella förändringar. Vårdkostnaderna kan komma att antingen höjas eller sänkas, och patienten kan uppleva både försämringar och förbättringar i upplevd kvalitet beroende på hur strukturen ser ut. I en struktur med anbuds konkurrens kan till exempel den upplevda kvaliteten försämrans om kundens önskemål inte kanaliseras via upphandlaren och denne i högre grad i stället fokuserat på priserna. Upphandling av vård i konkurrens ger begränsade möjligheter till patientmakt om inte upphandlaren är lyhörd för patienternas behov, utan mer tar hänsyn till den egna organisationens krav och behov, även om en ökad valmöjlighet ändå ger patienten makt i den givna situationen. Reell patientmakt påverkar dock också utvecklingen.

Till en del har de reformer som gjorts under 1990-talet inte inneburit ökad patientmakt, utan snarare ökad makt för administratörer och upphandlare. Denna organisatoriska makt kan bara ersättas om patienten har bestämmanderätten över resursallokeringen.

Begreppet patientmakt kan ha olika betydelser och innefatta allt från val av enskild vårdgivare till inflytande över behandlingsalternativ, och från kontroll över budgetmedel till val av sjukvårdspolitiker.

Teoretiskt kan man urskilja flera former av patientval:

- Kliniskt kontra logistiskt
- Innehållsdemokrati kontra processdemokrati
- Kommersiellt kontra demokratiskt
- Ekonomiskt kontra politiskt
- Individualistiskt kontra samhällsinriktat

Logistiska valmöjligheter har att göra med tillgänglighet, schemaläggning, tidgivning etc. Den kliniska valmöjligheten har att göra med val mellan alternativa behandlingar och vårdformer.

Innehållsdemokrati är ett mått på den formella politiska kontrollen över beslut inom olika områden som erhållits genom allmänna val och lagstiftning, medan processdemokrati innebär att medborgarna direkt deltar i beslut inom ett visst ämnesområde. Ökad patientmakt inom vården innebär att medborgarna i högre grad är delaktiga i vårdprocessen och inte enbart uttrycker sin åsikt genom allmänna val.

Patienternas val kan betraktas som kommersiella i den meningen att patienterna väljer sjukvård på en marknad av sjukvårdstjänster. Patienterna kan dock även betraktas som att de utövar demokratiska rättigheter.

Patienternas val kan ses som individualistiska, det vill säga att endast konsumera, kräva och ta emot från samhället. Patienterna och deras val kan dock också ses som välutbildade och motiverade individers ansvarstagande för samhället och dess inriktning. Saltman (1992) uttrycker det som att ”kompetenta patienter liksom kloka medborgare föds inte, de skapas”.

I begreppet patientmakt ligger samtliga av dessa aspekter. En patient i ett modernt samhälle bör ha makt som baserar sig på alla dessa perspektiv.

Benägenheten att uttrycka och använda sig av sin patientmakt varierar dock mellan olika individer. Hur hälso- och sjukvårdssystemet ser ut är endast en av de faktorer som påverkar i vilken grad individer verkligen utövar patientmakt, i någon form. Andra påverkande faktorer är sociala, psykologiska och demografiska. Socialgruppsstillhörighet, tillit till det egna omdömet och tilltro till auktoriteter samt ålder och kulturell tillhö-

righet är faktorer som starkt påverkar i vilken mån individer är benägna att utöva makt i systemet.

Målet med patientmakt är att ge patienten inflytande i vårdprocessen och på så sätt få en effektivt producerad vård med högre kvalitet och som är anpassad till de individuella behoven och preferenserna. För att patienten ska kunna välja behövs relevant information som är presenterad så att patienten kan tillgodogöra sig den. Dessutom behöver patienten kunna ändra sig och byta vårdgivare ifall denne inte motsvarar förväntningarna, och resultatet av ett felaktigt val får endast ge begränsade negativa konsekvenser. Slutligen bör nya vårdgivare kunna tillkomma och produktcenternas resurser styras utifrån patienternas beteenden.

#### *Kritiken mot marknadsmekanismer i sjukvården*

De marknadsmekanismer som har införts inom hälso- och sjukvården under det senaste decenniet, interna marknader och beställar–utförarsystem, skiljer sig i många avseenden från traditionella marknadslösningar, så som dessa är beskrivna i läroböcker. De har inte skapat någon ”riktig” marknad genom att finansieringen sker från en tredje part och att patienten inte fullt ut är delaktig i de val som görs.

Hälso- och sjukvården har, enligt kritikerna av marknadslösningar, egenskaper som försvårar införandet av en mer renodlad marknad. Det är främst två egenskaper inom sjukvården som medfört att en oreglerad marknad för hälso- och sjukvård skulle vara otillfredsställande enligt litteraturen inom hälsoekonomi (se till exempel Carlsson och Rehnberg, 1995). Det är osäkerhet och ojämn informationstillgång.

Eftersom sjukdom är oförutsägbart uppkommer behovet av ett försäkringsskydd och försäkringsgivaren är en tredje part i relationen mellan köpare och säljare på marknaden. Denna tredje part är den enda som har ett egentligt intresse av kostnadseffektivitet. Den försäkrade har inte motiv att hålla kompensationen nere, det vill säga patienterna är relativt prisokänsliga.

Detta problem benämns ”moral hazard” i litteraturen om försäkringar,



och är inget som är unikt för hälso- och sjukvården utan finns på alla försäkringsmarknader. Försäkringen kan genom åtgärder riktade mot konsumenten, till exempel patientavgifter, eller mot producenten, till exempel regleringar, minska risken för överutnyttjande av sjukvård. Det är främst åtgärder som riktats mot producenten som föredragits. Åtgärder gentemot konsumenten har kommit i konflikt med fördelningspolitiska önskemål och dessutom visat sig mindre verkningsfulla (Carlsson och Rehnberg, 1995).

Försäkringsgivaren har incitament att kontrollera vårdproduktionen. Detta kan ske på olika sätt. Försäkringsinstitutioner utan produktionsansvar kan hantera relationen med vårdgivarna genom kontrakt. Ett annat alternativ är att integrera vård och finansiering under en och samma huvudman, såsom den traditionella landstingsmodellen.

Den ojämna kunskapsfördelningen är en annan karakteristisk egenskap inom hälso- och sjukvård som skiljer den från många, dock inte alla, andra marknader. Detta har motiverat åtgärder för att skydda konsumenten och argument för att mer renodlade marknadslösningar inte passar. Därav finner man en mängd icke-vinstsyftande privata eller offentliga institutioner inom denna sektor runt om i världen.

I en äldre studie (Hansmann, 1980) hävdas att även i sjukvårdssystem där konsumenterna kan välja producent, tenderar icke-vinstdrivande producenter att dominera. En förklaring som anges är att om konsumenten har små möjligheter att avgöra kvaliteten på tjänsten i fråga så tenderar man att undvika producenter som har incitament att exploatera konsumenten. Det vore också rimligt att tro att riskaversionen är större ju mer omfattande de negativa konsekvenserna skulle kunna bli av en felaktigt utförd tjänst.

Asymmetrisk information kan dock hanteras med regleringar som säkerställer vårdgivarens kvalitet. Det ska inte heller förglömmas att denna asymmetri också gäller för offentliga institutioner. Dessa har bara en fördel gentemot privata aktörer om de, baserat på någon grund, åtnjuter ett större initialt förtroende än de privata.

Sammantaget kan sägas att de egenskaper hos sjukvården som brukar anföras som argument mot marknadslösningar inte kan anses vara skäl för att inte privata aktörer skulle fungera på denna marknad, givet ett tillfredsställande regelverk. Är dessutom finansieringen offentlig kan de problem med kostnadskontroll och fördelning av vård som uppvisas i vissa andra länder undvikas.

# ALTERNATIVA SYSTEM FÖR HÄLSO- OCH SJUKVÅRD

Sjukvård kan finansieras och produceras på många alternativa sätt, och svensk sjukvård har präglats av ett sökande efter nya organisationslösningar och styrmodeller. Även mer genomgripande reformer och visioner har målats upp.

Ett hälso- och sjukvårdssystem som växer kontinuerligt med ständigt ökande resurser ställs inför helt nya utmaningar när resurserna dras åt samtidigt som vårdbehovet snarare ökar än minskar. Samtidigt förändras tiderna och gårdagens krav som ställdes av gårdagens medborgare tillhör en förgången tid. De förutsättningar för vården som växt fram under det senaste decenniet banar väg för ett behov av nytänkande och sökande efter nya lösningar.

Det finns lärdomar att dra av de visioner som förts fram om reformer inom hälso- och sjukvården och av de reformer som har satts under det senaste decenniet. Det finns också mycket att lära av alternativa modeller i andra länder. Även om många förutsättningar skiljer sig åt, så kan vissa erfarenheter föras över till svenska förhållanden. De försöksverksamheter som gjordes tillsammans med visioner om den svenska sjukvården och erfarenheter från andra länder studeras nedan för att ge underlag och referensramar till en analys av reformer inom hälso- och sjukvård.

### Några av 1990-talets praktiserade modeller

Under början av 1990-talet utvecklades på flera håll i landet försöksverksamheter med nya modeller för hälso- och sjukvårdens struktur. Den bärande tanken i alla nedanstående modeller är användandet av marknadsmekanismer och konkurrens för att stimulera fram konsumentinflytande och kostnadseffektivitet.

Uppdelningen i beställare och utförare gav nya sätt att tänka och i dess spår utvecklades organisations- och styrformer. Det gav mervärden och bättre beslutsunderlag, trots att mycket av det gamla består och landsingen fortfarande sitter på dubbla stolar. Arbetet följdes dock inte av någon omfattande diskussion om ytterligare reformer i denna riktning. Samverkan och koordination avlöste i stället betoningen på nya driftsformer och marknadsmekanismer.

#### *Dalamodellen*

Dalamodellen infördes år 1991, och dess utgångspunkt var att valfriheten skulle vara så stor som möjligt vid behov av hälso- och sjukvård i någon form. Samtidigt skulle det finnas en fast kontakt för varje person. Enligt denna modell registreras varje invånare hos en läkare.

Länet indelades i sjukvårdsområden som skulle ledas av en styrelse. Styrelsen har enligt modellen i uppgift att företräda konsumenterna och svarar inte för produktionen av tjänsterna. Den bärande idén var att renodla rollerna där politiker är beställare och professionen utförare. Uppdraget till vårdgivarna regleras enligt modellen genom befolkningskontrakt.

Vårdcentraler kan enligt Dalamodellen utnyttja sjukhusets resurser genom att teckna vårdavtal med de kliniker som man behöver stöd från. Det är således vårdcentralerna som har till uppgift att utforma avtalen mellan primärvården och slutenvården. Dessa ratificeras av styrelsen som bedömer om avtalen är förenliga med den politik som förs och utifrån patienternas intressen. Vårdavtalen följs upp med avseende på kvalitet, väntetider, kostnader och andra parametrar.

De flesta läkareerbjudanden var initialt tänkta att komma från lands-

tingens egna vårdcentraler, men modellen är öppen för att styrelsen även sluter avtal med privata läkare eller läkargrupper.

Ett syfte med modellen är att förbättra samspelet mellan vårdcentraler och kliniker. Klinikerna är enligt modellen egna resultatenheter som är helt intäktsbaserade genom vårdavtalen med sjukvårdsområdena. Klinikerna ingår i sjukvårdsgrupper som leds av en styrelse vilka arbetar i bostadsliknande former och har relativt stor frihet att utforma verksamheten. Klinikerna konkurrerar med varandra och med andra sjukhus utanför landstinget. De serviceverksamheter som finns konkurrerar med externa leverantörer.

Dalamodellens initiala struktur förutsatte egentligen inga nya aktörer, utan skapade en marknad med de befintliga hälso- och sjukvårdsproducenterna. Den största omställningen var därför mestadels mental. Murar raserades i gamla strukturer och maktbalanser rubbades. Detta gav i sig utrymme för nytänkande och effektiviseringar, och de grundläggande tankegångarna gav dessutom relativt stort utrymme för vidareutveckling.

Dalamodellen har kritiserats för att politikerna haft svårt att hävda sig mot de starka producenterna, och för att de nya idéerna inte förankrats tillräckligt bland de anställda. Det finns också kritiker som menar att av de högtflygande planerna om konkurrens och alternativa driftsformer blev det inte så mycket med i praktiken.

### *Bohusläns landstings styrmodell*

Inom Bohusläns landsting eftersträvades i det så kallade Projekt 90 en ny styrmodell för att öka sjukvårdens kvalitet och skapa bättre möjligheter för politikerna att styra sjukvården. Ett medel för att uppnå dessa ambitioner var att förnya budgetstrukturen genom att gå från anslagsbudgetering till intäktsbudgetering.

Landstinget och förvaltningsutskottet gavs en tydligare roll som finansierare och ansvarig för övergripande strukturfrågor. Merparten av sjukvårdspengarna fördelades till 14 lokala nämnder för upphandling av tjänster från olika vårdproducenter.

Enligt modellens konstruktion ansvarar varje lokal hälso- och sjukvårdsnämnd för all sjukvård dess invånare behöver, även den vård som måste köpas av sjukhus. Nämnderna kan köpa vård av olika vårdproducenter, enskilda distriktsläkare, vårdcentraler etc.

Sjukhusen säljer sjukvård med utgångspunkt från en prislista där varje diagnos ges ett pris som bestäms av landstinget. Ersättningen för primärvården sker utifrån abonnemang och/eller prestation.

Merparten av resurserna läggs enligt denna modell på primärvårdsnivå, som också ges det samlade ansvaret för befolkningens hälso- och sjukvård. De tjänster som primärvården inte klarar av ska den köpa av andra vårdgivare.

Syftet med modellen var att åstadkomma en renodlad producentorganisation där politikernas möjligheter till styrning kunde förbättras. En bärande tanke var att de lokala nämnderna skulle få en mer renodlad roll som företrädare för patienterna. En förutsättning för att denna liksom liknande modeller ska fungera tillfredsställande är att vården är rätt pris-satt och att informationen är tillräcklig.

### *Stockholmsmodellen*

Även i Stockholm fann man i början av 1990-talet tungt vägande skäl för att införa nya styrsystem i vården. Orsakerna var dels ekonomiska, såsom behoven av ökad produktivitet i en situation med sämre ekonomi och ökade sjukvårdsbehov, och dels vårdrelaterade såsom behovet av att stärka patienternas valmöjligheter och att skapa förutsättningar för ökad dynamik inom sektorn. Den budgetprocess som fanns vid 1990-talets början ansågs inte ge förutsättningar för att styra vården i den riktning som behövdes för att skapa effektivitet och kvalitet, utan man eftersträvade ett styrsystem som kunde ge bättre information om prestationer och kostnader.

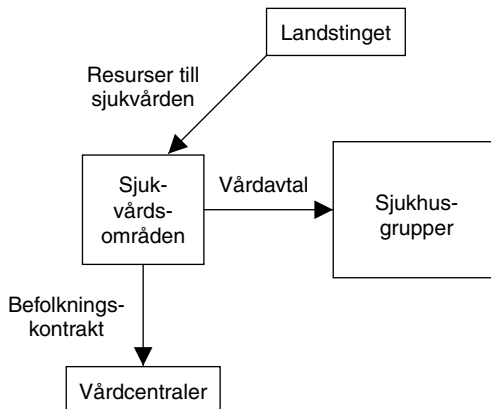
Patienternas valfrihet framhålls i modellen, inte enbart som tillgång för medborgarna, utan också för dess värde som styrmedel. Enligt modellens principer fördelas landstingets budget på geografiska områden utifrån befolkningens karaktär och förväntade behov.

Områdesstyrelsens budget var avsedd att täcka befolkningens totala konsumtion av hälso- och sjukvård. Områdesstyrelserna fick därmed dels ett driftansvar för främst primärvården, geriatriken och den psykiatriska vården, dels ett ansvar för att köpa sjukvård från främst sjukhusen, vilka blev självständiga driftenheter. Ansvaret för struktur- och investeringsbeslut låg dock fortfarande kvar på Hälso- och sjukvårdsnämnden.

Modellen krävde att nya system utarbetades, till exempel befolkningskontrakt mellan områdesstyrelser och primärvårdsområden, avtal mellan områdesstyrelser och akutsjukhus, samarbetsavtal mellan primärvårdsområden och sjukhuskliniker samt information om vårdkvalitet, tillgänglighet och kostnader.

#### *Erfarenheter från 1990-talets strukturella reformarbete*

De reformmodeller som infördes under början av 1990-talet uppvisar en åtminstone på ytan slående likhet. I samtliga fall eftersträvas ökad valfrihet för patienten och högre konkurrens mellan vårdgivarna. Nedan visas en principskiss för hur en reformmodell kunde se ut:



Källa: Arvidsson och Jönsson (1992).

Samtliga modeller baserar sig på behovet av ett nytt styrsystem. Den traditionella metoden för budgetering ansågs inte fungera tillfredsställande och i de nya modellerna fördelas budgeten ut på geografiska områden utifrån befolkningens förväntade behov. I alla ovanstående landsting utarbetades därför också metoder att beräkna behoven hos befolkningen.

Den övergripande principen är att finansären formulerar målsättningarna och strategierna, samt bestämmer och fördelar ut de totala resurserna för vården. Beställarna köper tjänster utifrån de behov befolkningen förväntas ha och utförarna genomför verksamheten på grundval av skrivna kontrakt och i enlighet med de övergripande riktlinjerna.

I modellerna betonas interna marknader, där politiker och vårdgivare får mer renodlade roller som beställare respektive producenter. Modellernas utformning skiljer dock något. I Bohusmodellen och Stockholmsmodellen var utgångspunkten för prissättningen en centralt fastställd prislista utifrån den ställda diagnosen. I Dalamodellen delegerade områdesstyrelserna diskussionerna och förhandlingar om avtal med Mora lasarett till ett antal erfarna distriktsläkare vid vårdcentralerna. Avtalsformerna var relativt fria med en gemensam överenskommelse om en totalkostnadsbegränsning. I Stockholmsmodellen fördes förhandlingen om avtal mellan sjukvårdsområdets ledning och sjukhusledningen.

Oavsett hur decentraliserade förhandlingarna är, kräver en modell med interna marknader där resurserna följer patienter utvecklingsarbete för att skapa rättvisande interna priser och en patientbaserad kostnadsredovisning som kan accepteras av alla inblandade och inte leder till oändliga diskussioner.

De grundläggande idéerna bakom beställare–utförare har i praktiken tagits upp även av landsting som har valt att inte arbeta med en formell beställarorganisation. Anslag ersätts även på andra håll med en modell där intäkterna är direkt kopplade till utförda prestationer. Med den förändringen har även följt att såväl den politiska organisationen som organisationsstrukturen ändrats, där finansärens, beställarens och utförarens roller måste tydliggöras.



Ovanstående indelning i beställare och utförare dominerade hälso- och sjukvårdssektorn under första halvan av 1990-talet. Den kunde från början ses som ett ökat intresse att pröva marknadsstyrning inom vården, men har visat sig övergå i en fas av sökande efter nya former att styra, utveckla och effektivisera vården. Uppdelningen tvingar fram nya former av samarbete där man tvingas definiera och precisera besluten.

Ett problem är att landstinget fortfarande sitter på flera stolar. Ska rollerna renodlas bör inte beställaren ha egna anställda vårdgivare utan vara neutral. En privat aktör som konkurrerar med beställarens egna enheter får inte möjlighet att agera i en konkurrensneutral situation.

Det finns också en kritik att alltför lite egentligen har hänt. Ersättning per prestation har inte utnyttjats i den utsträckning som ursprungligen planerades. I praktiken blev schablonersättning och abonnemang vanligare (Falk och Nilsson, 1999). Beställarnas uppdrag är omfattande och kan ofta bli luddigt när de ska försöka omsätta politiska beslut i handling.

En utvecklingstrend är dock att beställarorganisationerna idag arbetar med en bredare ansats än vad som gällde i början av 1990-talet (Falk och Nilsson, 1999). Direkt upphandling av väldefinierade vårdtjänster är endast en mindre del av beställarnas uppdrag. I stället går utvecklingen mot att definiera program omfattande hela vårdkedjor som ofta inkluderar flera producenter och huvudmän. Denna utveckling är intressant och helt i linje med det behov av systemutveckling som nämns i organisations-teorin.

Kompetensutvecklingsprogram har också genomförts på beställarkanslierna eftersom man insåg att det ställdes starkt ökade krav på beställarkanslierna, och att det fanns kopplingar som behövde göras mellan teori och praktik.

Många hävdar att beställaridén verkligen har inneburit mervärden (Falk och Nilsson, 1999). Det är svårt att utläsa konkreta resultat av reformarbetet beroende på att de nya styrformerna genomfördes samtidigt med stora besparingar. Landsting som infört nya modeller med beställare och utförare kan uppvisa effektivitetsvinster och ökad kvalitet, men

liknande resultat kan uppvisas även hos andra landsting. Vissa forskare anser dock att ersättning till vårdgivaren per behandlad patient otvivelaktigt har höjt prestationsnivån (Jonsson, 1998a). En annan positiv effekt är att vården blivit mer genomlyst och att politikerna har fått bättre beslutsunderlag (Öhrming 1997).

Sammantaget har de reformer som gjorts skapat nya utmaningar att ta tag i, samtidigt som många av de gamla problemen återstår. Samverkan är det ord som har efterträtt konkurrens och idag har glöden kring att praktisera nya modeller och driftsformer slocknat. Den initiala entusiasmen har också på många håll förbytt i en förändringströtthet och resignation när förändringarna inte ledde till tillräckliga förbättringar och önskade effekter.

### **Visioner om hälso- och sjukvården**

Utöver de modeller som har praktiserats genom försöksverksamheter under 1990-talet finns även en diskussion om alternativa sätt att organisera hälso- och sjukvård i teorin. Företrädarna i denna debatt är forskare och debattörer från såväl olika organisationer som offentliga expertgrupper.

De visionära stora penseldragen över sektorns utveckling som var så framträdande under 1990-talets första hälft har därefter i praktiken fått stå tillbaka för en diskussion om förändringar inom ramarna för systemets befintliga huvudmannaskap och regelverk. Nytankandet och sökandet efter nya lösningar på befästa strukturer får idag endast sporadisk uppmärksamhet.

Nedan beskrivs några av de visionära modellerna översiktligt. En mer omfattande beskrivning finns i Appendix 1.

#### *Alternativ finansiering och alternativa huvudmän*

Samtliga modeller utgår från offentlig finansiering och valfrihet mellan vårdgivare. Utöver dessa gemensamma ståndpunkter uppvisar de i övrigt ett brett spektra där såväl finansiering som huvudmannaskap för driften varierar.

Landstingsförbundet presenterade i början av 1990-talet tre alternativa modeller över framtidens hälso- och sjukvård. Dessa benämndes Riksmodellen, Samordningsmodellen och Befolkningsansvarsmodellen och finansieringen av hälso- och sjukvård sker nationellt, lokalt respektive regionalt. I Riksmodellen finansieras sjukvården gemensamt med sjukpenning, förtidspension samt arbetsskadeförsäkring i en statlig central fond. Denna fond arbetar med lokala agenter som upphandlar vård av vårdgivare som fått tillsynsmyndighetens godkännande. Vårdgivarna konkurrerar om patienterna som har full valfrihet. Fördelen med modellen är att systemet kontrolleras av både fonden och tillsynsmyndigheten. En nackdel är att besluten fattas långt ifrån patienterna.

I Samordningsmodellen är det i stället primärkommunerna som finansierar hälso- och sjukvården och dessutom socialtjänsten, men endast för barn, ungdomar och pensionärer. Staten delfinansierar vården för dessa grupper genom skatteutjämningsystem. Förstärkta och förstatligade försäkringskassor ansvarar för hälso- och sjukvård, sjukpenning, läkemedel, förtidspension och arbetsskadeförsäkring för de yrkesverksamma. Kommunen upphandlar vård för "sina" grupper och försäkringskassorna kontrakterar vårdgivare för dem i arbetsför ålder. Medborgarna har rätt att välja vårdgivare och en tillsynsmyndighet kontrollerar de inblandade aktörerna.

I Befolkningsansvarsmodellen sker finansieringen regionalt. Även i denna modell inkluderas sjukpenning, förtidspension och arbetsskadeförsäkring. Regionerna är relativt självstyrande och vårdproduktionen sker i regionernas egen regi under parlamentarisk kontroll. Det finns dessutom en statlig kontroll- och tillsynsfunktion.

Också Expertgruppen till HSU 2000 (SOU 1993:38) presenterade i början på 1990-talet tre alternativa modeller över framtidens sjukvård som är av värde att begrunda även idag. Dessa modeller var Reformerad landstingsmodell, Obligatorisk sjukförsäkring och Primärvårdsstyrd vård.

I Reformerad landstingsmodell ansvarar landstingen för driften av vården. Finansieringen är landstingsbaserad, men modellen kan också

modifieras så att finansieringen är statlig. Då ansvarar landstingen fortfarande för driften och ersätts av staten för detta. Detta ger i högre grad möjligheter till vård på lika villkor än om beskattningsrätten är regional. Vården delas upp i beställare och utförare och modellen förutsätter såväl offentliga som privata producenter.

I modellen Obligatorisk sjukvårdsförsäkring är finansieringen statlig och skatteintäkterna antingen öronmärkta eller inte. Försäkringen kan administreras av en eller fler försäkringshandläggare. Selektionsproblemet undviks genom att ersättningen till dessa handläggare differentieras. Det offentliga inflytandet är i övrigt begränsat till reglering och kontroll av verksamheten inom sektorn. Försäkringsgivaren avgör självständigt kontraktet med vårdgivare och styr dessa via olika former av ersättningssystem. Sjukhusen får normalt en självständig ställning och ersätts efter prestation. Primärvården kan ersättas utifrån kapitering, prestation eller en kombination av dessa. I systemet finns en fristående utvärderande instans.

Primärvårdsstyrd vård är en modell som hämtat inspiration från Health Maintenance Organization, HMO, i USA. Finansieringen sker på lokal nivå med statliga bidrag eller utjämning, men kan också vara nationell men med lokal administration. De kommunala politikerna beslutar om omfattning och inriktning på vården. Samtliga ekonomiska resurser för hälso- och sjukvården till den lokala befolkningen läggs hos primärvården, som sköter det totala vårdbehovet för denna befolkning. Det finns två varianter av denna modell: en där husläkaren har kontroll också över sjukhusresurserna och en där dessa resurser finns hos en lokal beställarenhet. Det sistnämnda alternativet urholkar i viss mån modellens syfte. Sjukhusvården är självständig och ersätts efter prestation. Husläkarna ersätts enligt kapitering, möjligen i kombination med prestationsersättning.

I HSF-modellen som presenterades av Föreningen Den Nya Valfärden, ansvarar hälso- och sjukvårdsföretag (HSF) för anslutna medborgares sjukvård, liksom inkomstbortfall vid sjukdom. HSF har anslutna husläkare och fristående sjukhus som kan vara privata eller offentliga av olika slag. Finansieringen är offentlig och sker genom arbetsgivaravgifter, en

allmän sjukvårdsavgift, patientavgifter vid besök samt försäkringspremier för tilläggsförsäkringar. Resurserna går till en statlig sjukvårdsfond som finansierar respektive HSF utifrån ålder hos de anslutna medborgarna. Individerna väljer HSF och om så önskas också husläkare. De kan också byta HSF. Modellen bygger på auktorisation och systemet övervakas av statlig tillsynsmyndighet utifrån administrativa, ekonomiska och medicinska aspekter.

Vård Vision Skåne är ett projekt inom Region Skåne som resulterade i en vision för hälso- och sjukvården i regionen (Levin och Normann, 2001). Aktörerna är politiker, närvårdsenheter, vårdlogikansvariga, koncerner för produktionsresurser samt externa leverantörer.

Politikerna har det övergripande ansvaret för målsättningar och finansiering.

Modellen tar inte ställning till om det är politiker på lokal, regional eller nationell nivå som är ansvariga och inte heller på vilken nivå finansiering sker.

De vårdlogikansvariga är anslagsfinansierade och handhar utvecklingsansvaret för systemet. De certifierar och godkänner också närvårdsenheter och förhandlar fram avtal med vårdleverantörer. Närvårdsenheterna tar fullt ansvar för all vård till sina kunder. De konkurrerar om kunderna och kan utrusta sig med egna vård- och omsorgsresurser eller köpa dessa tjänster av externa vård- och omsorgsleverantörer eller den koncern som utvecklar och förvaltar regionens produktionsresurser för vården. Kunden väljer att ansluta sig till en viss närvårdsenhet som då får kapiteringsersättning. Kunden har rätt att byta närvårdsenhet och ersättningen följer då med. Ingen närvårdsenhet kan avvisa någon kund.

#### *Kommentarer till visionerna*

Även de visioner som målades upp för tio år sedan är aktuella som visioner än idag. Det kan vara ett gott betyg åt visionerna, men det kan också vara en tydlig indikation på att reformer av detta slag stöter på motstånd, och att genomgripande förändringar alltid behöver tid för att fastna i

medvetandet som något fullt möjligt. Det är tydligt att de visioner som upprättats sedan försöksverksamheter med marknadsmekanismer introducerats, i större utsträckning går vidare på den inslagna vägen än visionerna från 1990-talets början.

Generellt sett är samtliga visioner genomarbetade och fullt genomförbara i princip. De har ofta hämtat näring från utländska modeller och deras för- och nackdelar är till stor del relativt förutsägbara.

Det som skiljer och förenar ovanstående visioner är karakteristika beträffande finansiering, resursflöden, maktstruktur och principer för ersättning.

Finansieringen ligger i vissa modeller på nationell nivå och i andra på regional eller kommunal nivå. I fallet med kommunal finansiering krävs statliga utjämningsystem. Detta kan även vara fallet vid regional finansiering, beroende på hur stor region som definieras. En statlig finansiering är ett mer direkt sätt att uppfylla målet om sjukvård till alla på lika villkor, jämfört med att beskatta utifrån olika förutsättningar och därefter utjämna för dessa olikheter.

Även fördelningen av resurserna ut till vårdgivarna kan göras på kommunal, regional eller nationell nivå. Sker den på nationell nivå som i Riksmodellen kommer besluten långt från medborgarna och en central upphandlare får hantera alla vårdgivare. Ett alternativ som löser dessa problem är den primärvårdsstyrda modellen där de lokala beställarenheterna fördelar resurserna.

En alternativ fördelning uppkommer vid obligatorisk sjukvårdsförsäkring. Då undviks geografiska monopol, och kassor kan i konkurrens administrera en offentlig sjukvårdsförsäkring. En decentraliserad administration av försäkringen gör det lättare att kontrollera vårdgivarna, men selektionsproblemen måste undvikas. Privata försäkringsgivare i konkurrens är också ett alternativ, men då är inte finansieringen offentlig och individerna eller arbetsgivarna själva står för premieinbetalning utifrån individens förväntade risk. Eftersom denna risk varierar, så skiljer sig också premieinbetalningen åt, vilket kan ge oönskade fördelningseffekter.

Samtliga modeller är måna om att särskilja politikernas ansvar från produktionen. Enda undantaget är Befolkningsansvarsmodellen där regionerna ansvarar för både finansiering och produktion.

Konkurrens mellan vårdgivare synes vara ett inslag som har fått fäste, men konkurrens på nivån ovanför, mellan dem som ansvarar för vården, ingår endast i vissa modeller, till exempel HSF-modellen och vid obligatorisk sjukvårdsförsäkring. Denna tanke är dock en förutsättning för att de som ansvarar för affärsutveckling och nyskapandet av systemet inte ska agera i monopol och byråkrati.

Forskning om organisationsteori förespråkar att det finns mycket att vinna på att balansera de byråkratiska inslagen hos dem som har till uppgift att svara för driften av sjukvården. Vi tror mot denna bakgrund att förutsättningarna för ökad utvecklingsförmåga, dynamik, pluralism och anpassningsförmåga, skulle förbättras om det fanns mer av mångfald och konkurrens även på denna nivå i systemet, vilket skulle gynna både patienter och anställda.

Vård Vision Skåne diskuterar behovet av vårdlogikansvariga som utvecklar systemet och hävdar att kompetensen för systemutveckling i rådande struktur för hälso- och sjukvården riskerar att bli för låg. En svaghet i den föreslagna visionen är dock de vårdlogikansvarigas incitament. Den för dynamiken och så viktiga affärsutvecklingen är här anslagsfinansierad utan direkta egna incitament för utveckling av systemet. En struktur där de vårdlogikansvariga har egna incitament för affärsutveckling ger troligen mer utvecklingskraft.

#### *Lärdomar från alternativa sjukvårdsmodeller i andra länder*

Flera av de modeller som legat till grund för 1990-talets försöksverksamheter och de visioner som formulerats under det senaste decenniet har inspirerats av hälso- och sjukvårdssystem i andra länder. De erfarenheter som gjorts beträffande till exempel ersättning per prestation kontra per capita, eller primärvårdsläkare med kontra utan sjukhusresurser, ligger bakom de kommentarer som nämns i de svenska visionerna.

Detta avsnitt ger inte en uttömmande beskrivning av alla de reformer som gjorts till dags dato i andra länder, utan syftar till att lyfta fram för- och nackdelar i några andra länders hälso- och sjukvårdsdiskussioner under den senaste tioårsperioden. Vi koncentrerar oss på tre faktorer: finansiering, organisation och spelregler.

När det gäller finansiering finns det till att börja med olika försäkringssalternativ med homogena eller differentierade premier. På den andra ändan av skalan finns ren skattefinansiering. Däremellan finns olika former av offentliga försäkringssystem. Det går att urskilja några alternativa lösningar från olika länder:

- Nationella hälso- och sjukvårdssystem där sjukvården är skattefinansierad och huvudsakligen offentligt producerad i ett integrerat system. Politiker på nationell, respektive lokal, nivå har det yttersta ansvaret för såväl finansiering som drift.
- Offentligt försäkringssystem. I detta system finansieras hälso- och sjukvården i praktiken med skatter, men driften är privat. Det gäller både vård vid sjukhus och övrig läkarvård. Det finns en tydlig separation mellan finansiering som är ett politiskt ansvar, och drift där ansvaret ligger hos den privata producenten.
- Allmänna, obligatoriska försäkringar där avgiften står i relation till inkomsten. Spelreglerna fastställs av staten men finansieringen ligger hos försäkringsgivaren. Produktionen sker i privat eller offentlig regi. Eventuellt kan den offentliga finansieringen kompletteras med privata tilläggsförsäkringar.
- Privata försäkringssystem där det offentliga åtagandet begränsats till ut-satta grupper. Finansieringen sker genom privata riskrelaterade försäkringar, och produktionen sker huvudsakligen i privat regi. Ansvaret för produktionen är normalt skild från finansiären/försäkringsbolaget, men i princip ligger ansvaret för att tillhandahålla vård hos försäkringsgivaren.



Finansiären och vårdgivaren kan vara mer eller mindre integrerade, antingen i system med interna marknader eller i integrerade konkurrerande system, som de amerikanska HMO. Finansiären kan också avstå från att integrera framåt och i stället kontrollera vårdgivarna genom ekonomisk ersättning, reglering och övervakning.

Privat produktion kan vara av olika slag. Det är vanligt att produktion i privat regi drivs av stiftelser eller icke-vinstdrivande organisationer. De har ofta sitt ursprung i välgörenhetsorganisationer, religiösa sammanslutningar, kloster etc. Vissa länder, till exempel USA och Tyskland, har sjukhus som drivs i vinstsyfte, medan andra länder såsom Nederländerna och Kanada har en tradition av icke-vinstsyftande sjukhus. Husläkare och andra primärvårdsläkare driver vanligen sin verksamhet i privat regi, antingen som egenföretagare eller i läkargrupper.

Ersättningssystemen till vårdgivarna inom primärvården kan antingen vara prestationsbaserade eller kapitering. I praktiken förekommer olika kombinationer av dessa alternativ. Fast lön är också ett alternativ. I de två förstnämnda ersättningssystemen följer ersättningen patienten.

Ersättningen till sjukhusen kan indelas i två huvudkategorier: prestationsrelaterad ersättning och budget. I det förstnämnda systemet följer pengarna patienten. Även för sjukhusen finns blandformer där en del av ersättningen kan vara prestationsbaserad och en annan budgetbaserad.

För att begränsa kostnadsutvecklingen finns vanligen någon form av begränsningar för patienterna. Dessa kan vara i form av patientavgifter, remisskrav och självrisk vid försäkringslösningar.

Schematiskt kan bakgrunden till de reformer som genomförts i andra länder under det senaste decenniet grupperas efter: problem med kostnadsutvecklingen, problem med låg produktivitet/effektivitet, problem med lågt patientinflytande och bristfällig service (SOU 1994:115).

Problemen med kostnadsutvecklingen har åtgärdats med ökade patientavgifter för att minska efterfrågan, genom att begränsa vårdens åtagande och inte behandla vissa åkommor inom de offentliga systemen, samt genom att reglera utbudet av vårdgivare och/eller tillgången på medel.

Problemen med låg produktivitet och effektivitet har åtgärdats med förändringar som vi känner igen från den svenska vården. Det är till exempel att göra åtskillnad mellan finansär och producent genom beställare- utförare-modeller med konkurrens mellan utförarna. Ekonomiska incitament av olika slag som prestationsersättning har också använts. Decentralisering och klarare ansvarsfördelning är styrformer som inte bara Sverige har försökt uppnå.

Den bristfälliga servicen har man försökt rätta till genom att öka patientens valfrihet mellan vårdgivare och låta pengarna följa patienten i högre grad än tidigare.

Flera länder har genomfört reformer av hälso- och sjukvårdssystemet under det senaste decenniet som kan vara av intresse för svenska reformsträvanden. I Storbritannien, där man sedan andra världskriget haft ett utbyggt skattefinansierat system för alla, infördes reformer som inte syftade till att förändra systemet i grunden utan att göra det mer effektivt och kundanpassat. De reformer som då infördes var sådana som vi känner igen: att dela på beställare och utförare, att införa fristående vårdproducenter och budgetansvariga husläkare. Sjukhusen finansieras efter reformerna genom intäkter i stället för budget. Ersättningen till husläkarna bygger på en blandning av per capita-ersättning och aktivitetsrelaterade ersättningar.

Resultatet av reformerna blev att väntetiderna kortades och att fler patienter behandlades (SOU 1994:115). De budgetansvariga läkarna anses vara bättre beställare genom att de har bättre information och motivation.

Om paralleller ska dras till svenska reformer är det viktigt att komma ihåg att husläkarna av tradition har en mycket stark ställning i den engelska sjukvården.

När labour regeringen tillträdde år 1997 bibehölls de reformer som hade initierats, trots att man i opposition hade kritiserat dem. En viss förskjutning har dock skett genom att man idag har mindre betoning på konkurrens och marknad och mer betoning på samverkan och koordination inom hälso- och sjukvårdssystemet.

I Storbritannien finns parallella system för vården genom att det finns en liten men växande privat sektor som finansieras med privata försäkringar eller direktbetalning. Denna vård bedrivs huvudsakligen vid privata vårdinrättningar, men den finns även inom de offentliga sjukhusen, där de sjukhusanknutna specialisterna har rätt att behandla privata patienter vid det sjukhus där de arbetar.

Kanada däremot är ett land där den offentligt finansierade sjukvården drivs av ett pluralistiskt system med privata producenter, men där den privatfinansierade vården hålls skild från den offentliga. Merparten av sjukhusen är av tradition icke-vinstdrivna och drivs av frivilliga organisationer och kommuner. I övrigt består systemet till största delen av privatpraktiserande vårdgivare. Under senare år har man strävat efter att skapa läkarhus eller andra former av läkarmottagningar med fler läkare.

Man har i Kanada gjort en tydlig skiljelinje mellan den offentligt finansierade vården och den privatfinansierade. Privata sjukvårdsförsäkringar täcker inte den vård som ligger inom ramen för det offentliga åtagandet, och privata vinstsyftande sjukhus är inte heller verksamma inom dessa verksamheter.

Läkarna har en relativt fri etablering och ersätts vanligen efter prestation. Detta tillsammans med åtagandet att betala för all vård som läkarna producerar har en kostnadsdrivande effekt, vilket varit ett stort problem i den kanadensiska hälso- och sjukvården. Olika metoder har prövats för att införa kostnadsbegränsningar i systemet till exempel volym- eller kostnadstak samt reglerad etableringsrätt.

Ett land där man förstärkt kontrollen av den totala kostnadsutvecklingen är Tyskland. Där är merparten av befolkningen försäkrad i en obligatorisk försäkring. De med inkomst över en viss gräns, cirka 9 procent av befolkningen, kan försäkra sig offentligt eller privat. Producenter och finansärer är helt skilda åt. Vårdgivarna finansieras av försäkringskassor som konkurrerar om medlemmar. Under senare år har de i viss mån kompenserats för medlemmarnas riskprofiler, och problemet med selektion

har funnits på agendan. Läkarna och deras organisationer samt sjukhusen har avtal med dessa kassor.

De privatpraktiserande läkarna ersätts enligt prestationsprincipen utifrån en taxa som bygger på ett poängsystem. Alla ingrepp klassificeras på federal nivå och ges ett relativt värde i form av poäng. På delstatsnivå förhandlar läkarnas och kassornas organisationer fram en årlig budget för varje distrikt. Vid årets slut beräknas poängvärdet för varje distrikt och läkaren får sin ersättning i relation till sina prestationer. Genom att producera mycket kan läkaren öka sin inkomst, men samtidigt sjunker poängvärdet. Läkarna får också incitament att flytta till områden med låg läkartäthet, för där är poängvärdet högre.

Det bör noteras att trots denna kostnadskontroll är fokus i hög grad på tillgänglighet till sjukvård och köer, och väntetider är i princip obefintliga.

I Nederländerna finns av tradition en blandning av offentliga, kollektiva och privata lösningar för såväl finansiering som produktion. Härifrån kan därför intressanta lärdomar dras om avvägningen mellan pluralism och enhetlighet, även om stora skillnader finns i traditioner inom hälso- och sjukvård mellan Sverige och Nederländerna. I Nederländerna är systemet till exempel mycket mer centraliserat med nationella direktiv som omsätts till lokala lösningar. En annan stor skillnad är vikten av privata icke-vinstsyftande organisationer.

I Nederländerna har hälso- och sjukvårdssystemet successivt och något stapplande reformerats under det senaste decenniet. Finansieringen var tidigare till större delen offentlig och sjukvårdsförsäkring obligatorisk för alla med inkomst under en viss gräns. Försäkringsmedlen gick till en central fond som ersatte icke-vinstdrivande sjukkassor för vårdutgifter. Den offentligt finansierade vården kunde kompletteras med tilläggsförsäkringar för att få bättre service. Personer med inkomst över en viss gräns omfattades inte av de offentliga systemen utan tecknade privata försäkringar.

De privatpraktiserande allmänläkarna i Nederländerna är av tradition egna företagare. Deras ersättning var olika beroende på om patienterna

var privat eller offentligt försäkrade. Specialistläkarna fick mer fördelaktig ersättning för privat försäkrade patienter.

Utformningen av hälso- och sjukvårdssystemet upplevdes som orättvis. Dessutom behövde kostnadsutvecklingen hejdas. Ett antal reformförslag diskuterades därför i början av 1990-talet. Reformerna syftade till att införa en grundförsäkring för alla som skulle finansieras med premier. Försäkringen skulle vara allmän och obligatorisk, och försäkringsbolagen skulle inte kunna utestänga någon. Premien skulle liksom tidigare ha en fast och en inkomstrelaterad del och betalas av både arbetsgivare och den enskilde.

Strategin var att stegvis införa reformerna men detta arbete stötte på betydande motstånd under 1990-talet, bland annat från intresseorganisationerna. Idag är systemet i princip som förr. Alla medborgare är försäkrade mot utgifter för kronisk sjukdom och ”exceptionella” sjukvårdskostnader. De med inkomster under en viss nivå, cirka 60 procent av befolkningen, är obligatoriskt försäkrade för alla former av hälso- och sjukvård. Denna försäkring betalas med skattemedel, samt premier från den enskilde och arbetsgivaren. De med inkomster över den bestämda nivån har privata försäkringar.

Alla medborgare i Nederländerna är ”listade” hos en allmänläkare. Dessa sköter huvuddelen av vårdbehovet och tjänstgör som dörrvakt åt specialistvården. Drygt hälften av dem arbetar som enda läkare i egen praktik. Allmänläkarna får kapitering från någon av de 30 sjukkassorna för de offentligt försäkrade. De privatförsäkrade betalar ur egen ficka och får därefter ersättning av sitt försäkringsbolag.

Vårdgivarna är huvudsakligen privata och icke-vinstsyftande, och den privata och offentliga sektorn är helt integrerade. Även sjukhusen är till största delen privata men alla är icke-vinstsyftande. De ersätts med en budget baserad på en formel som tar hänsyn till befolkningsunderlag, antal sjukhusbäddar, förväntad vårdvolym och pris per tjänst.



# FÖRSLAG TILL REFORMER INOM HÄLSO- OCH SJUKVÅRDEN

Vårt förslag har som utgångspunkt att hälso- och sjukvården gynnas av att fler konkurrerande alternativ ansvarar för produktionen av vården. Konkurrens mellan alternativa vårdansvariga ger förutsättningar för dynamik, pluralism och anpassningsförmåga, till fördel för både patienter och personal.

Vi anser att regionala monopol över hälso- och sjukvården inte skapar de bästa förutsättningarna för drift, ansvar och utveckling av vården och omsorgen. Anbudsförfaranden och beställare–utförare-modeller kan inte skapa en innovativ hälso- och sjukvårdssektor som utvecklas och anpassar sig utifrån rådande förutsättningar och behov hos patient och personal.

Våra utgångspunkter är en vidareutveckling av 1990-talets tankar. Konkurrens och pluralism införs inte enbart bland de direkta vårdgivarna utan även bland de organisationer som ansvarar för driften av vården. Konkurrens införs på ytterligare en nivå för att skapa mångfald, vilket stimulerar den innovationsförmåga som måste finnas i en kunskapsintensiv och självutvecklande organisation.

Vanligen anges två alternativ för hälso- och sjukvårdsproduktion. Det ena är konkurrens mellan vårdplaner liknande HMO i USA. Då konkurrerar försäkringsgivarna och tillhörande vårdgivare med varandra. I de

fall försäkringen betalas privat eller av arbetsgivaren uppstår oönskade fördelningspolitiska konsekvenser, och stora grupper kan hamna utanför försäkringsmarknaden. Ett alternativt system för hälso- och sjukvårdsproduktion är försäkringsmonopol med utförarkonkurrens. Det är därhän utvecklingen successivt har gått i Sverige.

Vårt förslag utgör ett tredje alternativ för hälso- och sjukvårdsproduktion, med ett offentligt försäkringsmonopol där vård- och omsorgsföretag konkurrerar med varandra. Till dessa vård- och omsorgsföretag finns vårdgivare av olika slag anslutna eller integrerade.

Konkurrens ska förekomma på både vårdmarknaden och faktormarknaden. Vårdgivarna ska konkurrera om patienterna, men vårdgivarna ska även konkurrera om personalen. Det måste finnas incitament till effektivitet och inflytande på flera nivåer i systemet.

Det är visserligen bra att patienter idag har mer valmöjligheter än för tio år sedan, men det vore ännu bättre om också personalen kunde ha fler valmöjligheter. Alternativa vård- och omsorgsföretag betyder fler arbetsgivare vilket kan leda till att det öppnar sig fler möjligheter för de anställda, och att det blir mer attraktivt att arbeta inom vården.

Hälso- och sjukvårdssektorn är kreativ och nyskapande vad gäller den medicinska utvecklingen, där influenserna från den av tradition kreativa akademiska miljön är starka. De organisationer som ansvarar för drift och produktion av vårdtjänster uppvisar dock bristande innovativ förmåga. Att vara kreativ och nyskapande, inte enbart när det gäller den direkt medicinska utvecklingen, utan även i hur man utför och administrerar vårdtjänsterna är viktigt både för patienter och personal. Det finns olika sätt att lösa uppgifterna. Vissa sätt passar en del patienter och personal, medan andra föredrar andra lösningar. Mångfalden är viktig för att kunna tillfredsställa patienternas behov, och också för att personalen ska uppleva att det finns en valfrihet mellan olika arbetsgivare.

Bättre förutsättningar för mångfald, innovationer och utveckling inom hälso- och sjukvården kan också främja uppkomsten av ett framgångsrikt kluster inom hälso- och sjukvård. Det kan ge en grogrund där nya möj-



ligheter kan uppstå som kan ge positiva effekter inte enbart inom sektorn, utan även till resten av ekonomin.

Det bör finnas såväl offentliga och privata vårdgivare som offentliga och privata huvudmän som ansvarar för vården. En del individer kanske föredrar offentliga och andra privata. Olika huvudmän bör ha möjlighet att bedriva vård- och omsorgsverksamhet om de klarar de uppställda kraven. Stat, landsting, kommuner, stiftelser och juridiska och enskilda personer bör alla kunna vara huvudmän för de olika företagsformer som etableras. I de fall där offentliga organ är huvudmän är det nödvändigt att den politiska styrningen är skild från driften, och att verksamheten sker utifrån samma regler som de privata aktörerna.

### *Offentlig finansiering*

En utgångspunkt för detta arbete är att vården även fortsättningsvis ska vara offentligt och solidariskt finansierad. Sjukvården finansieras enligt vårt förslag genom sjukvårdsskatt samt patientavgifter vid besök. Finansieringen sker via statsbudgeten, och landstingens finansiering av hälso- och sjukvård upphör.

Patientavgifterna inom primärvården betalas till vård- och omsorgsföretagen, VOF. De går således inte in i statsbudgeten. Avgifternas utformning syftar till att det i ekonomiskt avseende inte enbart ska vara en kostnad för vård- och omsorgsföretagen om patienterna behöver vård, eftersom detta skulle ge incitament till att hålla en alltför låg tillgänglighet.

Det finns nationellt uppställda maximinivåer för läkarbesök hos primär- och specialistvårdgivare, där avgifterna om så önskas kan tillåtas vara högre om patienten går direkt till en specialistläkare istället för en allmänläkare. Patientavgifternas taknivå är politiska beslut. Möjligheten att kunna ta ut högre avgifter ger större incitament för god tillgänglighet och vård utan att riskera överkonsumtion, jämfört med om kapiteringen svarar för nästan all finansiering och patientavgifterna för VOF endast utgör en försumbar del. Detta får avvägas mot de fördelningspolitiska aspekter-

na. Under taknivån ansvarar respektive VOF för sin prissättning för de primärvårdsgivare som ingår i eller är anslutna till respektive VOF.

Vård utöver det som finansieras offentligt kan erbjudas med privat finansiering, liksom idag. Även privata tilläggförsäkringar förekommer. Dessa är inriktade på de tjänster som ligger utöver den offentliga vården. De är således inte inriktade på ”gräddfiler” eller att få fördelar i vårdköer.

#### *Det politiska systemet ansvarar för övergripande mål och resurser*

Politikens roll är i vårt förslag mindre omfattande än idag, men samtidigt starkare och mer fokuserad på att de övergripande målen uppnås. Finansieringen är ett politiskt ansvar men den är helt skild från produktionen.

Det offentliga åtagandet ska ge samma förutsättningar till vård för alla utifrån det bedömda vårdbehovet. Det politiska ansvaret är att sätta upp mål och fastställa de övergripande ekonomiska ramarna för hälso- och sjukvården. Regelverk och lagstiftning bestäms på den politiska arenan. Politikerna är patienternas företrädare och ansvarar för att sjukvården ska erbjuda det medborgarna efterfrågar. All drift och vårdproduktion ligger däremot utanför det politiska ansvaret.

Det offentliga åtagandet definieras av politiker utifrån medborgarnas önskan så som den uttrycks i allmänna val. Den specifika definitionen på vad som ingår i det offentliga åtagandet kan inte lösas en gång för alla, utan måste definieras allteftersom kunskapsfronten flyttas fram.

Det politiska ansvaret ligger på nationell nivå och inte inom landstingen. Kommunernas ansvar för vården behöver inte förändras genom detta förslag, men dess relationer är inte med landstingen utan med vård- och omsorgsföretagen.

#### *Myndigheten ansvarar för information, auktorisation och tillsyn*

Myndighetsfunktionen på hälso- och sjukvårdsområdet innefattar att betala ut den ersättning som utgår till vård- och omsorgsföretagen för sjukvårdskostnader för de anslutna medborgarna. Denna ersättning varierar utifrån kön, ålder, tidigare vårdbehov och andra faktorer som bedöms

spela roll. Det är viktigt att ersättningen kan variera utifrån bedömt vårdbehov för att undvika selektionsproblem, samtidigt som den bör ge incitament att genom förebyggande och andra åtgärder överkomma variationer som är påverkbara. Ersättningen bör därför ta hänsyn till exempelvis tidigare allvarliga sjukdomar.

Myndigheten ansvarar för auktorisation av vårdgivare och tillsynen över dessa. Auktorisation och tillsyn berör inte enbart vårdpersonal utan även huvudmännen och deras verksamhet. Myndigheten kontrollerar att det uppställda regelverket följs. Den beaktar såväl medicinska som ekonomiska/juridiska aspekter.

En viktig uppgift för myndigheten är att tillse att medborgarna får information som kan ligga till grund för deras val av hälso- och sjukvård. Att medborgare och patienter har relevant och tillräcklig information är en förutsättning för att en modell med kundval ska kunna fungera. Denna information bör därför finnas tillgänglig för alla hushåll. Den bör inkludera uppgifter om samtliga vård- och omsorgsföretag som är verk samma i närområdet och om de lokala vårdgivare inom primärvård och specialistvård som finns tillgängliga.

Information bör ges på olika nivåer; översiktligt och lättillgängligt för den vanlige medborgaren som ska välja vårdgivare, men det bör även finnas information att tillgå som är mer detaljerad och specifik för de patienter som vill eller behöver veta mer.

Myndigheten har även ansvar för att upphandla så kallad olönsam vård. Till denna hör akutsjukvård i glesbygd och viss annan vård som inte kan drivas på ett företagsekonomiskt lönsamt sätt men som utifrån politiska värderingar bör finnas tillgänglig för medborgarna. Denna vård upphandlas i konkurrens av myndigheten.

Utöver denna myndighet finns även ett självständigt institut som löpande utvärderar hälso- och sjukvården utifrån kvalitet, ekonomisk effektivitet, tillgänglighet, konkurrenssituation etc. Detta institut erbjuder också information till medborgarna som baserar sig på de utvärderingar som gjorts. Institutets fristående ställning i kombination med rollen som

utvärderare ger förutsättningar för att självständigt kvalitetsgranska, betygsätta och rangordna vårdgivarna utifrån kriterier som kan vara av såväl objektiv som mer subjektiv karaktär. Dessutom är det troligt att branschförbund, fackföreningar och andra organisationer med intressen i vården också kommer att kunna ge information om vårdgivarnas prestationer utifrån olika undersökningar.

#### *Vård- och omsorgsföretag (VOF) ansvarar för driften*

Vård- och omsorgsföretagen ansvarar för utformningen av vårdens produktion. De ansvarar för att vårdtjänsterna produceras på mest effektiva sätt utifrån behov och önskemål hos patienter och personal, omvärldens förutsättningar och de givna resurser som ges av det politiska systemet. Vårdenheternas storlek och inriktning är beslut som tas inom vård- och omsorgsföretagen. Likaså hur förändringar i teknologi, demografi, marknad etc. ska påverka affärsutveckling och tjänsteutbud inom de politiskt bestämda ramarna.

Vård- och omsorgsföretagen har egna eller avtalsanknutna vårdcentraler och läkarhus. De anslutna vårdgivarna inom primärvården tar emot de patienter som tillhör det VOF de har avtal med.

Ersättningen till vård- och omsorgsföretagen sker utifrån kapitering, det vill säga utifrån de anslutna medlemmarna och deras förväntade vårdbehov. Nackdelen med kapitering är att tillgängligheten kan bli alltför låg. För att minska denna risk går patientavgifterna vid besök hos de anslutna primärvårdsenheterna till VOF. Hur den offentliga ersättningen till VOF ser ut bestäms nationellt inom det politiska systemet (se ovan).

Inom varje VOF ersätts de vårdgivande enheterna utifrån antingen kapitering, ersättning per prestation eller en kombination av dem båda. Ersättning per prestation kan innebära en risk för överkonsumtion och denna får vägas mot risken för bristande tillgänglighet vid kapitering. Denna avvägning och hur ersättningssystemen till vårdgivarna ser ut avgörs inom respektive VOF, som ett led i den interna styrningen.

Vård- och omsorgsföretagen konkurrerar om medborgarna, och det

gör även de vårdgivande enheterna. Alla medborgare väljer en VOF. De som inte valt ges tillhörighet till en VOF utifrån närhet till dess primärvårdgivare. Varje VOF kan besluta huruvida de anslutna medborgarna ska "lista sig" hos en specifik vårdcentral och även hos läkare. Om primärvårdsenheterna får ersättning utifrån kapitering behöver medborgarna tillhöra en viss enhet på förhand, medan de kan välja mellan samtliga primärvårdsenheter inom den VOF som de anslutit sig till i de fall dessa enheter ersätts per prestation.

Kostnadskontrollen totalt utgörs av att de totala medel som fördelas ut på olika VOF är politiskt bestämda för en viss tidsperiod, till exempel ett år. Övrig kostnadskontroll sker internt inom vård- och omsorgsföretagen. De ansvarar för att verksamhetens utgifter håller sig inom ramarna för de resurser som de har tilldelats. Alla vård- och omsorgsföretag har krav på sig att bygga upp ekonomiska resurser för att klara svängningar i efterfrågan. De har dessutom en statlig garanti bakom sig för att inte äventyra patientsäkerhet och rätt till vård. Deras ekonomiska situation står under tillsyn, liksom att det medicinska åtagandet håller tillfredsställande kvalitet.

VOF har rätt att avtala om remissförfarande med de vårdgivare som de har relationer till. Detta kan vara efterfrågat av exempelvis sjukhus eller specialistvårdgivare som vill ha en första bedömning till hjälp för prioriteringsbeslut, eller av VOF i de fall kostnaderna kan öka okontrollerbart hos någon vårdgivare. Eventuellt behov av remisser avtalas av berörda aktörer som ett led i deras affärsförbindelse och avgörs utifrån vårdbehovets karaktär, kostnader, patienternas önskemål, attraktiva marknadserbudanden, konkurrensfördelar etc. Rätten att förhandla om remissförfarande ger VOF möjligheter att kunna påverka sin egen utveckling.

En del VOF har inriktat sig på olika klientel, men ingen VOF kan utestänga någon. På samma sätt kan de vårdgivande enheterna inom vård- och omsorgsföretagen inrikta sig mot vissa grupper, till exempel äldre, barn, idrott etc. men ingen kan utestänga någon. Finns inte resurserna inom den vårdcentral som har valts, kan någon annan mer lämplig vård-

enhet inom samma VOF väljas. Alternativt kan patienten/medborgaren alltid med rimligt varsel byta VOF. Uppsägningstider kan variera mellan olika VOF, men inom ett tak på exempelvis tre månader. Vid sjukdom avgör medicinska skäl rimlig uppsägningstid. Vid byte av VOF följer medborgarens sjukvårdspeng med till det nya VOF. Tvister om den medföljande pengens storlek avgörs i första hand av myndigheten.

Det krävs att myndigheten och politiker har information om kostnader för olika typer av patienter för att kunna fastställa en lämplig peng. Det krävs också att vård- och omsorgsföretagen har system för att få information om verksamhet och kostnader från sina olika vårdgivare. Denna information är grunden för att kunna skapa bra system för fördelning av resurser till vårdgivarna. Dessa svårigheter finns redan idag och på detta område har mycket arbete gjorts, särskilt under det senaste decenniet.

Även läkemedelsanvändningen för patienter anslutna till ett VOF ligger inom dennes ansvarsområde. De förändringar och reformer som arbetas fram på detta område är inte färdiga och kan förväntas fortsätta. Alternativa lösningar torde dock vara möjliga att foga samman med de reformer vi föreslår. Det är fullt möjligt att ge de medel för läkemedelsanvändning som idag ges till landstingen för både den slutna och öppna vården, till respektive VOF. Inom läkemedelsfinansieringens område har det dock framförts många olika förslag, och det finns också andra lösningar som är kompatibla med vårt reformförslag. VOF kan till exempel i princip agera även som försäkringshandläggare i ett system baserat på en allmän obligatorisk försäkring för en mer eller mindre individanpassad läkemedelsförmån. Alternativt kan VOF också agera handläggare i ett system där läkemedelsförsörjningen integreras i hälso- och sjukvården, och där regering och riksdag beslutar om förmånssystemen. VOF får då finansiering för läkemedelsförsörjningen från statsbudgeten, liksom för övrig hälso- och sjukvård.

Det system för att producera vård som respektive vård- och omsorgsföretag utvecklar kommer självfallet att vara behäftat med brister, liksom

alla system alltid har större eller mindre brister och från tid till annan står inför svårigheter som kräver nytänkande för att lösas. Det som är viktigt är att hälso- och sjukvårdssystemet ska vara en sektor där organisationerna i systemet klarar att kontinuerligt åtgärda de problem och brister som dyker upp, utan alltför smärtsamma och långdragna processer.

### *Specialistvården*

Inom varje VOF finns primärvård ansluten och patienterna är hänvisade till dessa, utom vid akut insjuknande. Specialistvården däremot är alltid öppen för patienter från alla olika VOF. VOF kan samarbeta med vissa specialister för sin profilering, eller för att det kan underlätta för administration och patienter att kunna rekommendera vissa vårdgivare som man samarbetar med. Patienter från en specifik VOF har dock inte någon fördel av ett eventuellt samarbete jämfört med patienter från någon annan VOF. Det är enbart medicinska skäl som ligger bakom eventuella förturer. Patienten har alltid full frihet att fritt välja specialistvård, oavsett om den VOF som han eller hon är ansluten till har etablerat samarbete med utvalda specialistvårdgivare.

Primärvårdsläkaren har på motsvarande sätt rätt att rekommendera patienten vidare till specialistvård där det finns ledig kapacitet, eller utifrån specifika önskemål, utan att vara bunden till de vårdgivare inom specialistvården som samarbetar med den egna VOF.

En del VOF kan välja att inte samarbeta med specialistvårdgivare, utan väljer utifrån det totala utbudet i varje enskilt fall, medan andra kan tycka att det är fördelaktigt av flera skäl att ha ett utvecklat samarbete med flera eller några specialiteter som kan erbjudas de anslutna medlemmarna.

Patienter som slussas från primär- till specialistvårdgivare och besök hos specialister utan att först ha besökt primärvården, registreras hos VOF så att betalning kan ske till specialistvårdgivarna från VOF. Dessa är, liksom sjukhusenheterna, fullt ut intäktsfinansierade och får all betalning för sin verksamhet från respektive VOF. Det krävs således avtal och en affärsmässig förbindelse med de vårdgivare som respektive VOF har

transaktioner med. Priserna är fullt transparenta och varje VOF kommer att ha incitament att styra besöken till de enheter där det finns överskottskapacitet som avspeglas i prissättningen. Valet av vårdgivare är dock alltid patientens.

Det finns inget remisstvång i systemet, men VOF kan ha avtal med specialistmottagning om att remiss krävs. I annat fall kan patienterna gå direkt till en specialistmottagning, utan att först besöka primärvården. Patientavgifterna kan, men behöver inte vara, högre för specialistvården.

VOF ansvarar för reskostnader för sjukvård någon annanstans än på hemorten om denna vård är medicinskt berättigad och inte finns i närområdet. I normalfallet finns alltid primärvården i närheten, medan specialistvården kan finnas längre bort. Finns specialistvården i närheten, men patienten själv föredrar en annan vårdgivare, ansvarar patienten själv för de uppkomna reskostnaderna. I vissa fall kan det dock vara lönsamt för VOF att stå för patienternas resor om det finns ledig, och därmed billigare, kapacitet längre bort. Systemet stimulerar till att ledig kapacitet ska utnyttjas av patienter från hela landet, i syfte att korta värdköer och utnyttja befintliga resurser så effektivt som möjligt.

### *Sjukhusen är självständiga*

Sjukhusen är tillgängliga för VOF. Sjukhusen får sina intäkter genom intäkter från VOF för vård av deras patienter. VOF kan ha samarbete med specifika sjukhus, men liksom för den öppna specialistvården är även andra sjukhus tillgängliga för varje VOF och dess patienter. Skälet för detta är att en VOF måste kunna erbjuda en heltäckande vård, även vid behov av smala subspecialiteter, att patienterna ska kunna välja sjukhus och specialist, och att befintliga specialistresurser ska kunna utnyttjas av samtliga VOF över hela landet för att få en optimal utnyttjandegrad. I vissa fall finns liksom för den öppna specialistvården avtal mellan VOF och sjukhuset eller någon av dess avdelningar att remiss krävs.

Liksom för specialistvården står VOF för reskostnader för vård, om denna vård inte kan erbjudas inom pendlingsavstånd, eller om det är



medicinskt berättigat att få snabbare vård än vad som kan erbjudas i närområdet.

Vissa primärvårdsenheter förfogar över resurser även för patienternas sjukhusvård och gör upp självständiga avtal med sjukhusen. I annat fall förfogar vård- och omsorgsföretaget över dessa resurser och ansvarar för avtalen. De primärvårdsenheter som är så kallade fundholder är godkända inte enbart av det egna vård- och omsorgsföretaget utan också av myndigheten för denna uppgift.

Sjukhusen kan ägas av privata eller offentliga aktörer av olika slag. De kan vara vinstsyftande eller inte. Deras priser till olika VOF och primärvårdsgivare är fullt synliga.

En del sjukhusvård, till exempel akutsjukvård i glesbygd är inte intäktfinansierad från VOF utan finansieras direkt från myndigheten genom konkurrensutsatta anbudsprocesser. Dessa processer kan liknas vid dem som finns idag för trafiken, där Rikstrafiken upphandlar olönsam trafik.

### *Patientmakt*

Medborgarna väljer vårdföretag och har därmed rätt att välja mellan de vårdgivare som ingår i eller är anslutna till vårdföretaget. Dessutom väljs om så önskas även en egen läkare. Studier visar att detta främst önskas av äldre (Socialstyrelsen, 2002), och att erbjuda denna valmöjlighet kan vara ett konkurrensmedel för vård- och omsorgsföretaget och för primärvårdsgivaren.

Patienternas val och en ökad patientmakt är både ett mål och ett medel. Patienternas valfrihet är ett mål i bemärkelsen att det är medborgarnas rättighet att ha inflytande över hälso- och sjukvården. Detta inflytande bör inte enbart gälla på ett övergripande plan uttryckt i allmänna val, utan även för val av vårdgivare och så långt det är möjligt för aktiv medverkan i vårdprocessens utformning.

Patienternas val är ett medel att skapa en hälso- och sjukvård utifrån medborgarnas preferenser. Patienten bör ha inflytande inte bara över valet av den egna vårdgivaren, utan även över inriktningen på utveckling-

en av hälso- och sjukvården och de tjänster som erbjuds. Detta kräver att vårdgivarna kan reagera på patienternas preferenser och anpassa processer och tjänsteutbud. Möjlighet till fritt patientval har en effektivitetsaspekt i den bemärkelsen att det ger förutsättningar att kunna utnyttja ledig kapacitet och befintliga resurser.

Vård är ett område där kunden kan uppleva sig maktlös. Det finns till viss del naturliga förklaringar till detta. Kompetensen för att kunna värdera möjliga alternativ kan vara bristfällig. I takt med att medborgarna blir alltmer välutbildade ökar dock kraven på att i högre grad skaffa egen kunskap och vara medbestämmare i stället för passiv mottagare. Ett ytterligare skäl är att en individ som behöver vård och dennes anhöriga kanske inte just i det akuta skedet är så aktiva, medvetna och kunskapsinsamlade kravställare, som de skulle varit i en normal situation. Å andra sidan är få områden så viktiga och engagerande för människor som den egna och anhörigas möjligheter till fullgod vård och förutsättningar för god hälsa.

Systemets konstruktion ska dock inte ytterligare begränsa patientens möjligheter till medverkan och inflytande, trots att det således åtminstone i vissa fall finns skäl till att individen i vårdprocessen, oavsett systemlösning, kan komma att känna sig relativt utlämnad. Kunniga, medvetna och i sin hälsa engagerade medborgare ska kunna vara delaktiga och aktivt välja bland de vårdgivare som finns för att få sitt vårdbehov tillgodosett på bästa sätt, och vårdgivarna ska ha möjlighet att anpassa sig till medborgarnas önskemål och behov. Ingen ska tvingas vara en passiv mottagare som stillatigande väntar i kön och får acceptera den vård som anses lämplig, bara för att det passar in i systemets utformning.

### *Regleringar för medborgare, patienter och skattebetalare*

Hälso- och sjukvården är en speciell marknad, och dess specifika karaktär behöver beaktas när marknadsmekanismer införs. På en marknad måste informerade patienter kunna välja fritt och deras val ska påverka produktionens inriktning och struktur. Inom hälso- och sjukvården har ofta

patienten ett underläge när det gäller information och kunskap. Konsekvenserna av ett felaktigt val av vårdgivare eller en felaktigt utförd behandling kan också bli orimligt stora. Dessutom ger en sjukvård som är rent privatfinansierad oönskade fördelningspolitiska konsekvenser och rimmar illa med värderingen att alla ska ha rätt till vård på lika villkor. En tredje offentlig part krävs därför, vilket innebär att systemet utformas så att kostnaderna håller sig inom uppställda gränser.

Införandet av marknadsmekanismer är samtidigt nödvändigt för att balansera den byråkratiska tradition som finns inom hälso- och sjukvård. Det är ett medel att skapa en struktur som gynnar den dynamik, kreativitet och flexibilitet som behövs för att sektorn ska utvecklas för patienternas bästa.

Det går att skapa regelverk som tillser att patienten kan känna sig trygg och säker med privata vårdgivare. Oavsett offentlig eller privat drift behövs väl utformade regler. Offentlig finansiering och offentlig produktion är ingen garanti för vård med tillfredsställande kvalitet. Vinst anses ibland riskera att vara en drivkraft som leder till otillbörligt utnyttjande av patienten, men i praktiken kan offentliga besparingskrav och ineffektivt resursutnyttjande få lika förödande resultat. Såväl offentliga som privata vårdgivare ska stå under sådan tillsyn att patienternas rättigheter är säkrade.

### *Steg på vägen*

Den lagstiftning som gäller idag och de krav på verksamhet och personal inom hälso- och sjukvården som finns är tillämplig oavsett huvudman. Den största förändringen i förslaget jämfört med dagens struktur är att vård- och omsorgsföretag övertar landstingens ansvar för hälso- och sjukvården. Kraven på den ansvarige att tillhandahålla den hälso- och sjukvård som ska ges till medborgarna enligt den politiska viljan gäller även i vårt reformförslag.

Enligt vårt förslag kommer landstingens uppgifter att bestå av verksamheten utöver hälso- och sjukvården. Den personal som idag sysslar

med hälso- och sjukvård kan använda sin kompetens i nya organisationer inom systemet.

En avgörande förändring är att den del av landstingsskatten som går till sjukvården försvinner. I stället tas en nationell sjukvårdsskatt ut. Utöver denna sjukvårdsskatt finansieras liksom idag sjukvården genom patientavgifterna.

Till övervägande delar kvarstår samma krav på de enligt vårt förslag nytillkomna aktörerna som på dagens organisationer inom hälso- och sjukvårdssektorn. Den största förändringen i dagens lagstiftning på området är att vård- och omsorgsföretag övertar de arbetsuppgifter inom hälso- och sjukvården som idag sköts av landstingen, och att dessa företag inte har regionala kopplingar. Ändringar som krävs i dagens hälso- och sjukvårdslag för att genomföra vårt förslag (SFS 1982:763 inklusive ändringar t.o.m. SFS 2002:452) är:

- Landstingens ansvar för de boende ändras till vård- och omsorgsföretagens (VOF:s) ansvar för dem som är anslutna.
- Stycken om uppgifter som innefattar att myndighetsutövning inte kan lämnas till ett bolag stryks.
- Stycken om att patienten inte har rätt till behandling som kan erbjudas inom landstingen ändras till att VOF inte betalar reskostnader om likvärdig behandling kan erbjudas i närområdet.
- De som flyttar inom EU kan anslutas i ett VOF och därmed erbjudas vård.
- Akutsjukvården erbjuder vård på samma villkor som den tidigare landstingsägda akutsjukvården.
- Möjligheter till anställning för läkares specialist- och allmäntjänstgöring hanteras av VOF och sjukhus, och finansieras av staten.
- Tak för vårdavgifter bestäms nationellt.

Idag finns kompetensen för att agera beställare inom hälso- och sjukvården inom landstingen. Det är därför troligt att vård- och omsorgsföretag

i ett första steg är ombildade delar av landstingen. Den största förändringen på marknaden för hälso- och sjukvård blir då att de kan konkurrera inom samma region.

Myndigheten får ytterligare uppgifter såsom att ge information till medborgarna inför val av vård- och omsorgsföretag. Stora delar av kontroll och tillsynsfunktionen finns redan idag, men behöver förstärkas och kompletteras med exempelvis informationsgivning, regler för auktorisation och ekonomiska krav på verksamheterna.

Vissa tillägg krävs för att lagen om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område (SFS 1998:531) ska vara förenlig med vårt reformförslag:

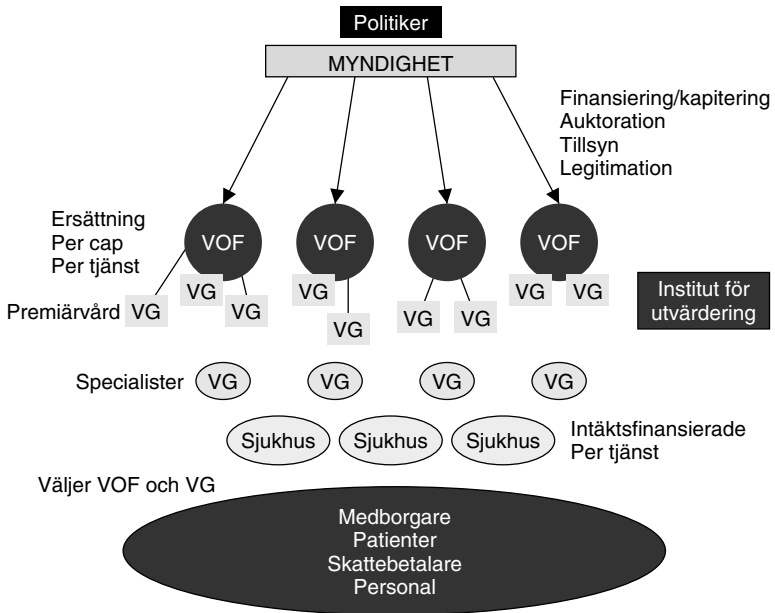
- Socialstyrelsens ansvar för ekonomisk och administrativ kontroll utöver kontroll av medicinsk säkerhet hos verksamheter inom hälso- och sjukvården.
- Krav på kapitaltäckning hos verksamheter.
- Statlig återförsäkring av verksamheter inom hälso- och sjukvården.
- Dagens anmälningsplikt till Socialstyrelsen utökas till formell auktorisation av vård- och omsorgsföretag samt vårdgivare.
- Socialstyrelsens ansvar för information om verksamheten till medborgarna.
- Socialstyrelsens uppgift att bestämma medföljande sjukvårdspeng om tvist uppstår vid byte av vård- och omsorgsföretag.

Missförhållanden anmäls liksom idag till Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd.

Läkemedelsfinansieringen förändras genom att VOF övertar landstingens roll som ansvariga för läkemedlen. Såväl finansieringens som förhållningssystemets utformning kan variera och fortfarande vara kompatibelt med vårt förslag om reformer av hälso- och sjukvårdens organisation.

En ytterligare förändring i vårt förslag är upprättandet av ett självständigt institut för utvärdering och kvalitetsmärkning i olika avseenden samt sammanställning av resultaten som information till medborgarna.

## Förslaget i korthet



Hälso- och sjukvårdssystemet består i vårt förslag av staten i form av politiker, myndighet och ett självständigt institut för utvärdering, samt vård- och omsorgsföretag (VOF) med olika former av relationer till primärvård, specialistläkare och sjukhus.

Politikerna har ansvaret för övergripande målsättning och totala ekonomiska resurser samt för regelverk och lagstiftning. Myndigheten ansvarar för fördelning av medel, auktorisation, legitimation, tillsyn och information. Medel till vård- och omsorgsföretag fördelas utifrån antal medlemmar och deras karakteristika. Myndigheten tillser att regler och lagstiftning följs, samt att vårdgivarna agerar och producerar vård med tillfredsställande kvalitet. Auktorisation och tillsyn av vårdgivare sker utifrån såväl medicinska som ekonomiska, juridiska och administrativa

kriterier. Myndigheten ansvarar även för att information om olika VOF och deras verksamhet finns tillgänglig för medborgarna. Vid sidan av myndigheten finns ett självständigt institut som ansvarar för utvärdering, kvalitetsmärkning och ytterligare information om VOF och vårdgivare i olika avseenden.

Vård- och omsorgsföretagen har totalansvar för medborgarnas behov av sjukvård. Dessa företag kan vara offentliga eller privata i olika tänkbara ägarkonstellationer, till exempel kommuner, landsting, stat, försäkringsbolag, stiftelser, privata företag etc. De kan drivas med vinst eller vara icke-vinstsyftande. Vård- och omsorgsföretag sluter avtal med vårdgivare inom primärvården och/eller har dessa i egen regi. De ersätter vårdgivarna utifrån kapitering, per prestation eller utifrån en kombination av dessa. Ersättningsprinciper bestäms inom företaget.

Varje medborgare väljer det vård- och omsorgsföretag som hon vill tillhöra. Därefter kan hon välja mellan vård- och omsorgsföretagets vårdgivare. Vissa vård- och omsorgsföretag låter medlemmarna ”lista sig” hos primärvårdsgivare, andra låter medlemmarna hålla detta öppet tills behov av tjänsterna uppstår. Den som önskar väljer även läkare hos vårdgivaren. Ett vård- och omsorgsföretag kan inte utestänga någon. Om företaget inte kan ta emot fler medborgare upprättas turordning utifrån anmälningsdatum.

Patienter kan i princip vända sig direkt till specialistvårdgivare om så önskas och då eventuellt betala en högre patientavgift. Vård och omsorgsföretaget har dock rätt att i samarbetsavtalen med sjukhus och specialistvårdgivare införa remissystem om parterna finner det lämpligt. Patienten kan inte vända sig till primärvårdsgivare inom något annat vård- och omsorgsföretag, men kan byta företag om så önskas. I normala fall finns en kortare uppsägningstid, men i särskilda fall kan denna förhandlas bort. För akutsjukvård råder alltid närhetsprincipen. Även för så kallad lättakut råder närhetsprincip i de fall patienten bor utanför pendlingsavstånd.

Sjukhus och specialistvårdgivare inom både den öppna och slutna vår-

den är fristående. De kan ha särskilda samarbetsavtal med vård- och omsorgsföretagen, men patienterna kan alltid fritt välja specialistvård utifrån det totala utbudet i hela landet, och vård- och omsorgsföretaget kan alltid välja fritt utifrån vårdbehov och där det finns ledig kapacitet. Vård- och omsorgsföretaget betalar reskostnader för vård utanför pendlingsavstånd om likvärdig vård inte kan erbjudas i närområdet, eller om det är medicinskt motiverat att få vård snabbare än vad som kan erbjudas där.

Sjukhusen och specialistvårdgivare kan ha privata eller offentliga huvudmän, och vara vinstdrivande eller icke-vinstsyftande. Priserna till olika VOF och deras primärvårdsgivare bör vara fullt synliga. Sjukhus och specialistvårdgivare får inga anslag med offentliga medel. Undantaget är vissa ”särskilda vårdgivare” som inom öppen och slutna vård upphandlas i konkurrens av myndigheten. Detta gäller i de fall där vårdgivare inte annars skulle ha etablerats och det är politiskt önskvärt att så sker, till exempel akutsjukvård i glesbygd.

Finansieringen av hälso- sjukvården sker genom sjukvårdsskatt och patientavgift. Sjukvårdsskatten hanteras i statsbudgeten och patientavgiften går till vård- och omsorgsföretagen. Sjukvårdsskatten ersätter den del av landstingsskatten som idag går till sjukvård. Patientavgifter till primär- och specialistvård har politiskt bestämda tak, i övrigt beslutar VOF och vårdgivare om prissättningen. Primärvårdens patientavgifter går alltid till respektive VOF. Skälet till detta är att patienterna för VOF i ekonomiskt avseende inte enbart ska vara en kostnad utan att det ska finnas ekonomiska incitament för god tillgänglighet till vård.

## **Modellen utifrån några viktiga aspekter**

### *Valfrihet*

I förslaget har både patienter och personal fått förstärkt valfrihet genom att flera vård- och omsorgsföretag kan finnas representerade inom en region.



*Finansiering och administration*

Finansieringen är offentlig och solidarisk för att garantera allas rätt till vård på lika villkor. En samlad statlig finansiering ger större möjligheter att skapa lika förutsättningar för vård över hela landet. Produktionen är dock pluralistisk och decentraliserad för att stimulera till dynamik, utveckling och anpassning till skilda behov.

*Spelregler och konkurrens*

Konkurrensen har skärpts och införts på ytterligare en nivå. Den innefattar inte enbart vårdgivarna utan också de som är ansvariga för drift och produktion, här kallade vård- och omsorgsföretagen (VOF). Såväl patienter som vårdpersonal får större makt att påverka och fler möjligheter att välja vård- och arbetsgivare. Företagen verkar i kreativ rivalitet utifrån de finansiella ramar och det regelverk för auktorisation och tillsyn som garanterar kvalitet och patientsäkerhet.

*Etableringsfrihet och kostnadskontroll*

Resurserna följer patienten, och vårdgivarna har möjlighet att agera utifrån patienternas behov och önskemål inom de finansiella ramarna, det offentliga åtagandet och de uppställda kraven för kvalitet. Det finns utöver de finansiella ramarna inga produktionstak per aktör eller tak för antal aktörer, utan de vård- och omsorgsföretag och vårdgivare som uppfyller kraven kan etablera sig och konkurrerar om att erbjuda vårdtjänster till medborgarna.

*Selektionsproblematiken*

Ingen vårdgivare får utestänga någon. Den offentliga finansieringen till vård- och omsorgsföretagen är differentierad utifrån förväntat vårdbehov för att inte skapa incitament till selektion. Tillsynsmyndigheten kan dra in auktorisationen om verksamheten inte är tillfredsställande utifrån ett rättviseperspektiv.

*Utvärdering, auktorisation och reglering*

Myndigheten har en viktig funktion i att säkerställa att de politiska intentionerna och målsättningarna utifrån medborgarnas önskemål efterlevs. Reglering, legitimation, auktorisation och tillsyn gäller såväl vårdens personal som vårdgivarens verksamhet. Regelverk och tillsyn bör gälla både medicinska, administrativa och ekonomiska krav på verksamheten. Utöver den myndighet som auktoriserar och fördelar medel till godkända vård- och omsorgsföretag finns ett självständigt institut som står för utvärdering, kvalitetsmärkning och kompletterande information till medborgarna.

## REFERENSER

- Arvidsson, G. och Jönsson, B.** (1992) *Valfrihet och konkurrens i sjukvården*, SNS Förlag.
- Axelsson, R.** (1998) *Hälso- och sjukvårdsadministration – i organisations-teoretisk belysning*, Studentlitteratur, Lund.
- Borcherding, T.E, Burnaby, B.C, Pommerehne, W.W., Schneider, F.** (1982) *Comparing the efficiency of private and public production: the evidence from five countries*, *Journal of Economics*, 127–156.
- Carlsson P. och Rehnberg C.** (1995) *Hälsoekonomiska perspektiv*, SNS Förlag.
- Eureka marknadsfakta, (november 2001) *Patienternas syn på vårdcentraler i privat och offentlig drift.*
- Falk, Viking och Nilsson, K.** (1999) *Hälso- och sjukvårdens organisation i Sverige*, Studentlitteratur, Lund.
- Fölster, S.** (2001) *Högre tillväxt med privat drift*, Svenskt Näringsliv.
- Gennser, M.** (1998) *Den rätta medicinen- Apoteksmonopolet vid vägs ände*, Timbro, Pejling nr 4.
- Hansmann, H.** (1980) *The Role of Nonprofit Enterprise*, *Yale Law Jour-*

nal, 89:835–901.

**Jonsson, E.** (1998a) *Har betalningen per patient givit mer vård för pengarna? - en jämförande utvärdering för perioden 1986–1993*, Spri förmedlar nr 4/98.

**Jonsson, E.** (1998) *Hur kan styrningen av sjukvården förbättras?* Spri informerar nr 6/98.

**Juth, P.** (2002) *Befria kvinnorna från den offentliga sektorn*, Svenskt Näringsliv mars 2002.

**Kay, J.A. och Thompson, D.J.** (1985) *Privatisation: a policy in search of rationale*, Working Paper 69, The Institute for Fiscal Studies, London.

Kommunal (2001) *Solidaritet och valfrihet i välfärden*, Kommunals kongress 2001, GfK Sverige AB.

Landstingsförbundet (1991) *Vägval – Hälso- och sjukvårdens övergripande strukturer och framtiden*, Stockholm.

Landstingsförbundet (2002) *Svensk hälso- och sjukvård under 1990-talet – utvecklingstendenser 1992–2000*.

Landstingsrevisorerna, (2001) *Patientsynpunkter på service vid upphandlade vårdcentraler*, Stockholms läns landsting Rapport nr 16/1.

**Lane och Westin** (1983) *Landstingen och byråkratiseringen*, Ekonomisk Debatt, vol 11, s. 419–426.

**Levin, B. och Normann, R.** (2001) *Vårdens chans*, Ekerlids Förlag.

**Millward, R. och Parker D.M.** (1983) *Public and private enterprise: comparative behaviour and relative efficiency*” i Millward, R. Oarker, D., Rosenthal, L., Sumner, M.T. och Topham, N. Longman, Public Sector Economics, London och New York, 1983.

**Morin, A. och Vedell, H.** (2002) *Öppen sjukvård – mätning av patientupplevd kvalitet på landstingsnivå m.m.*, Svenskt Näringsliv januari 2002.

MOU 1992:2, *Hälso- och sjukvård för 2000-talet*, Föreningen Den Nya Valfärden.

MOU 1994:1, *HSF- Modellen, Patientmakt, kvalitet och kostnadseffektivitet i en ny sjukvårdsstruktur*, Föreningen Den Nya Valfärden.

Prop. 1999/2000:149, *Nationell handlingsplan för utveckling av hälso- och sjukvården*.

**Rehnberg, C. och Garpenby, P.** (1995) *Privata aktörer i svensk sjukvård*, SNS Förlag.

**Saltman, R. B.** (1992) *Patientmakt över vården*, SNS Förlag.

Socialstyrelsen (2002) *Nationell handlingsplan för hälso- och sjukvården*, Årsrapport 2002.

SOU 1993:38, *Hälso- och sjukvården i framtiden – Tre modeller*, Rapport från expertgruppen till HSU 2000.

SOU 1994:115, *Sjukvårdsreformer i andra länder*, Rapport till Kommittén om hälso- och sjukvårdens finansiering och organisation, HSU 2000.

SOU 1995:5, *Vårdens svåra val*, Graphic System, Göteborg.

**Öhrming, J.** (1997) *Modellerna är döda*, Landstingsvärlden nr 37/97 s. 16–17.



# APPENDIX 1

## Några av 1990-talets visioner om hälso- och sjukvården

### *Vägval*

Landstingsförbundet beslutade redan i slutet av 1980-talet att starta en utredning om hälso- och sjukvårdens framtida struktur, organisation och innehåll. Den benämndes ”Vägval” (Landstingsförbundet, 1991). I denna utredning framfördes kritik mot sjukvårdssystemets tröghet och oförmåga till anpassning, vilket ansågs leda till produktivitets- och effektivitetsförluster till nackdel för patienterna.

I Vägval utvecklas tre scenarier över den framtida sjukvården. Det är Riksmodellen, Samordningsmodellen och Befolkningsansvarsmodellen.

I Riksmodellen finansierar staten sjukvård, läkemedel, sjukpenning, förtidspension samt arbetsskadeförsäkring genom en rikstäckande fond. Fonden tillförs resurser från en statlig inkomstskatt samt genom en särskild löneskatt som arbetsgivaren betalar in till staten. Ansvaret för finansieringen är i denna modell helt skild från ansvaret för produktionen. Riksdagen beslutar om fondens resurser en gång om året, vilket innebär att det finns ett tak för de samlade kostnaderna. Regeringen är det beslutande organet för avgifter och förmåner.

Den centrala fonden arbetar med agenter lokalt och regionalt som är

professionella upphandlare av sjukvård. Alla vårdgivare som fått tillsynsmyndighetens godkännande kan teckna kontrakt med fonden. Arbetet med att ta fram underlag för de olika kontrakten sker i ett nära samspel mellan fondens agenter och den centrala fondens kansli.

I princip förekommer tre olika typer av avtal parallellt med varandra. Blockkontrakt innebär att vårdgivaren får en fast ersättning för att tillhandahålla en viss typ av tjänst till en definierad befolkning. ”Pris och volym” lägger utöver ersättningen också fast en övre volym för antalet tjänster som kan erbjudas befolkningen inom ramen för kontraktet. En tredje typ av kontrakt bygger på en specificerad ersättning per utförd tjänst utan något övre tak vad gäller volymen. Ersättningarna behöver inte vara lika stora och skillnader emellan exempelvis olika delar av landet slår igenom i kontrakten.

Den statliga fonden granskar vårdens kvalitet och företräder patienterna, men den har inget direkt ansvar för produktionen. Myndigheten har successivt utvecklat ett system för att gruppera vårdgivarna mot bakgrund av i första hand bredden i, och graden av, specialisering på de tjänster de erbjuder. Vårdgivarna granskas från tre håll: fonden, tillsynsmyndigheten centralt och dess regionala enheter, samt patienten som har frihet att välja bort vårdgivare.

Vårdgivarna agerar på en konkurrensutsatt marknad. Medborgaren har rätt att välja vårdgivare och betalar själv sina resor såvida det inte går att påvisa att resan var oundviklig. I princip har patienten total valfrihet, men i praktiken begränsas den av reskostnader.

En konsekvens av Riksmodellen är att patienter i tätbefolkade områden har störst valfrihet. En annan konsekvens är att fonden är ensam upphandlare, vilket kan skada kvaliteten genom att alltför många vårdgivare slås ut. Det finns också risk för att vårdgivarna bildar karteller för att ha förhandlingskraft gentemot en enda central uppköpare.

Fondens fokusering på kostnadseffektivitet kan också komma i konflikt med medborgarnas intressen, och besluten om pengarna tas långt ifrån patienterna. En ytterligare risk är att sjukvården får stryka på foten om



kontantstödet ökar mer än planerat eftersom alla resurser finns i samma penningpåse. Tillsynsmyndigheten kan därmed av flera skäl förväntas fokusera på kvalitetsfrågor.

En av modellens styrkor är att den kontrolleras av flera oberoende instanser. Fonden kontrollerar kostnadseffektiviteten, den statliga tillsynsmyndigheten kontrollerar den medicinska kvaliteten och patienten har kontroll över servicenivån.

I modellen är patienten en kostnad för fonden, en inkomstkälla för vårdgivaren, och för tillsynsmyndigheten någon som man skall visa omsorg. Dessa tre aktörers inbördes styrkeförhållanden avgör i hög grad huruvida vården riskerar över- eller underkonsumtion och i vilken mån medborgarnas intressen tillgodoses.

I Samordningsmodellen är det primärkommunerna som finansierar hälso- och sjukvård för barn, ungdomar och pensionärer. Finansieringen sker genom att ta ut inkomstavgifter och patientavgifter. Avgifterna bestäms självständigt inom ramen för ett av staten fastlagt högkostnads-skydd. Staten delfinansierar genom skatteutjämningsystemet. Staten ansvarar dessutom för finansieringen av hälso- och sjukvård för personer i yrkesverksamma åldrar. Denna finansiering sker genom den statliga inkomstskatten och avgifter baserade på lönesummorna.

I denna modell kopplas vård och sjukförsäkring ihop för förvärvsarbetande samt vård och socialtjänst för barn, ungdom och pensionärer. Kommunerna ansvarar för att tillgodose barnens, ungdomarnas och ålderspensionärernas behov av hälso- och sjukvård, samt för socialtjänst. Kommunerna svarar även för läkemedelskostnaderna för dessa grupper. De förstärkta och förstatligade allmänna försäkringskassorna ansvarar för hälso- och sjukvård, sjukpenning, läkemedel, förtidspension och arbets-skadeförsäkring för befolkningen i arbetsför ålder.

Kommunen upphandlar vård av vårdgivare som är godkända av den statliga tillsynsmyndigheten. Kassorna kontrakterar vårdgivare för de yrkesaktivas behov. Kassorna har dessutom nära samverkan med arbets-givarna och företagshälsovården.

Tillsynsmyndigheten kontrollerar kassor, vårdgivare och kommuner utifrån både administrativa och medicinska aspekter. Medborgaren väljer läkare och vårdcentral bland de vårdgivare som har avtal med kommunerna respektive kassorna. Den demokratiska förankringen är större hos barn och äldre i denna modell än för de yrkesverksamma för vilka de politiska besluten tas på nationell nivå.

Samordningsmodellen har tagit fasta på behovet att samordna sjukvårdens insatser för barn, ungdom och äldre med motsvarande insatser inom socialtjänsten, och för dem i arbetsför ålder inom försäkringskassans ansvarsområde. Dock kan barn och föräldrar mycket väl gå till samma vårdcentral, trots att de har olika finansiering.

Modellens uppbyggnad ger förutsättningar för specialisering utifrån olika gruppers vårdbehov, på gott och ont. En risk är att det skapas ”gräddfiler” där arbetsföra grupper går före på bekostnad av de äldre.

Befolkningsansvarsmodellen är en starkt strukturerad och regionaliserad modell med ett vidareutvecklat och fördjupat befolkningsansvar. I denna modell finansieras hälso- och sjukvården på regional nivå, även om landstingen inte finns längre. Även sjukpenning, förtidspension och arbetsskadeförsäkring inkluderas. Statsbidrag utgår inte och regionerna är så pass stora att utjämningsystem inte är aktuellt. Regionerna är relativt självstyrande vad gäller vårdavgifter, egenavgifter för läkemedel och inom vissa gränser också sjukpenningnivå och antalet karensdagar.

Vårdproduktionen sker i regionernas egen regi under direkt parlamentarisk kontroll. Patienterna har helt fria val av såväl distriktsläkare och vårdcentral som sjukhus. Resurserna följer patienternas val.

Det finns en statlig kontroll- och tillsynsfunktion som i första hand är inriktad mot frågor kring utbildning, legitimation, FoU, resursutjämning och effektivitet.

Befolkningsansvarsmodellen var en fortsättning på den politik mot ökad decentralisering som fördes för tio år sedan. Sedan dess har utvecklingen till stora delar gått i annan riktning, mot mer privat driven vård och åtskillnad mellan beställare och utförare.

*HSU 2000*

Expertgruppen bakom SOU 1993:38 presenterar tre alternativa modeller över framtidens sjukvård. Dessa riktlinjer och deras avvägningar är aktuella än idag och såväl finansiering, huvudmannaskap som spelregler skiljer sig åt mellan de olika modellerna. Gemenensamt för dem är att betona införandet av marknadsmekanismer i enlighet med det fokus som var på modet i början på 1990-talet.

I Reformerad landstingsmodell utvecklas dagens landstingsbaserade modell för hälso- och sjukvården i riktning mot mer marknadsmekanismer och konkurrens. Den bygger på den långa tradition som finns i Sverige att regionala enheter finansierar och producerar sjukhusvård.

Den reformerade landstingsmodellen bygger på de fundament en landstingsbaserad modell har, såsom kollektivt anslutna medborgare inom en region där sjukvårdsorganisationen präglas av en politisk process och anpassning till lokala förhållanden. Möjligheten finns till lokala försök och anpassningar.

Det är enligt expertgruppen fullt möjligt att tänka sig annan form av resurstilldelning utan att landstingen upphör att existera som regionalt ansvariga för hälso- och sjukvården. Idag finansierar landstingen sin verksamhet genom främst skatteinkomster och statsbidrag, samt vissa övriga inkomster. I modellen skisseras två alternativa utvecklingar för finansieringen: en där finansieringen i form av landstingsskatt renodlas, och en där staten finansierar den offentliga sjukvården genom ersättning till sjukvårdshuvudmännen. Det sistnämnda innebär att landstingens beskattningsrätt upphör. Fördelen med detta alternativ är att sjukvårdens totala utgifter vägs mot annan statlig verksamhet. Landstingen erhåller i detta finansieringsalternativ på årsbasis ersättning för sjukvårdstjänster. Denna ersättning beräknas efter befolkningsstorlek, ålder och eventuellt med hänsyn till andra specifika lokala förhållanden.

En statlig finansiering kan enligt expertgruppen i högre grad uppfylla målet om en sjukvård på lika villkor än dagens system där landsting med olika skattekraft uttaxerar medel, som därefter utjämnas. Denna finansi-

eringsform skulle dock komma att uppfattas som en allvarlig inskränkning i det traditionella självbestämmandet för de regionala sjukvårdshuvudmännen. En ny ansvarsfördelning mellan stat och landsting kräver också tydliga regler för hur landstingen ska förvalta de tilldelade ekonomiska resurserna.

I samtliga fall krävs en stabil finansiering som klarar svängningar i både demografi och konjunkturen utan att slå igenom i verksamheten. Expertgruppen talar för att medel för offentlig sjukvård fonderas för att utjämna mellan perioder med växlande skatteunderlag.

Även i denna modell, liksom i de flesta andra, görs en uppdelning av beställare och utförare och såväl offentliga som privata vårdproducenter förutsätts. Anbud upphandlas i konkurrens, en prestationsrelaterad ersättning förespråkas och både interna och externa marknadsmekanismer utnyttjas. I konsekvens med en organisation med beställare och utförare krävs utveckling av informationssystem.

Som skäl för uppdelningen av beställare och utförare anförs att det i högre grad kan tillvarata den dynamik och kunskapsutveckling som sker inom hälso- och sjukvård. Den prestationsrelaterade ersättningen ger incitament till en hög produktivitet, men kan innebära nackdelar beträffande kostnadskontrollen. Svårigheterna att finna lämpliga former för prissättning av tjänsterna påpekas också.

Modellen är öppen för att samliga vårdgivare står i ett direkt ägarförhållande till landstinget, alternativt att landstinget äger vissa vårdgivare medan andra är fristående juridiska personer. Detta förutspås bero på intresset hos privata vårdgivare i regionen. Som alternativ till bolagisering anser expertgruppen att verksamhetsstyrelser kan inrättas med extern kompetens för att bistå den operativa ledningen vid olika sjukvårdsenheter, likaså diskuteras lagändringar för att göra självständiga driftsstyrelser obligatoriska.

Modellen utgår från att förtroendevalda även fortsättningsvis har det yttersta ansvaret för inriktning och resursanvändning. Politikernas roll blir att etablera spelregler för hur producenter och medborgare kan mötas.

De reformer som anförs i den reformerade landstingsmodellen är den väg som till stor del har gällt för många landsting. De svårigheter som förutspås av expertgruppen, till exempel svårigheter att finna rättvisande priser och kostnadskontroll med bibehållna incitament till produktivitet, är också de som man brottats med och arbetat vidare med under det senaste decenniet.

Modellen obligatorisk sjukvårdsförsäkring är en alternativ finansieringsform där landstingsskatten upphör och finansieringen sker med statliga medel. Den statliga finansieringen kan utformas på olika sätt, antingen genom statens totala skatteuttag via statsbudgeten utan någon specialdestinerad intäktspost, eller genom en sjukvårdsavgift motsvarande dagens landstingsskatt, där intäkterna specialdestineras direkt till sjukförsäkringen. En kompletterande finansieringskälla oavsett alternativ är patientavgifterna.

Sjukvård i ett system med obligatorisk sjukvårdsförsäkring kan i princip finansieras av en eller flera försäkringsgivare som också kan vara privata. Medborgarna kan då få olika försäkringskontrakt och det blir möjligt att etablera konkurrens mellan försäkringsgivarna. Konkurrensen leder troligen till att försäkringsgivaren integrerar framåt för att få kontroll över kostnaderna, vilket ger en situation med konkurrerande mer eller mindre integrerade ”sjukvårdsföretag”.

Ett annat alternativ är att sjukvårdsförsäkringen är ett statligt monopol, men att försäkringen administreras av en eller fler försäkringshandläggare i privat eller offentlig regi. Det är den modell som tillämpas i exempelvis Tyskland, där administrationen av sjukförsäkringen sker genom ett stort antal fristående sjukkassor som bedriver verksamhet under relativt hård reglering.

Det huvudsakliga motivet för att sjukförsäkringen administreras av en försäkringsgivare med monopol är att selektionsproblemet kan undvikas. Det finns dock anledning att undvika en centralisering också av administrationen av försäkringen. Erfarenheter från andra länder visar att en nationell försäkringsadministration medför svårigheter att styra och kon-

trollera vårdgivarna (SOU 1993:38). För att upprätthålla kostnadskontroll och effektivitet samtidigt med kvalitet i vården fordras aktiva försäkringsgivare som kan följa upp de kontrakt som slutits med vårdgivare. Det öppnar dessutom för en konkurrenssituation där olika försäkringsgivares agerande kan jämföras.

Det är stor skillnad om försäkringsgivaren endast administrerar försäkringen, jämfört med om de kontrollerar premierna och står för risken. Är det flera försäkringsgivare krävs differentierade premier och statlig återförsäkring för att hantera risken och undvika selektionsproblem, det vill säga att försäkringsgivaren försöker att rikta sig mot attraktiva grupper och undvika övriga.

Erfarenheter från hälso- och sjukvårdssystem med pluralism på försäkringssidan visar att den avgörande nackdelen med konkurrens bland försäkringsgivare är tendensen till selektion av individer. Det är mer lönsamt för försäkringsgivare att dra till sig individer med låg risk för sjukdom än att effektivt försöka styra och kontrollera vårdgivarna.

Försäkringen kan dock vara solidariskt finansierad i en allmän obligatorisk sjukförsäkring och finansieras med homogena eller inkomstbaserade premier gentemot staten, men att staten i sina utbetalningar gentemot försäkringsgivaren differentierar utifrån förväntat vårdbehov. Alternativt kompenserar staten försäkringsgivarna, i Nederländerna upprättades till exempel en centralt administrerad statlig fond som kompenserade försäkringsgivare med anslutning av individer med hög risk för sjukdom.

Patienternas valfrihet begränsas till att gälla de vårdgivare som försäkringsgivaren har avtal med. Ett alternativ till denna lösning är att differentiera patientavgifterna, så att patienter som vill söka sig till vårdgivare utanför försäkringsgivaren får betala en högre avgift.

Ett annat alternativ för att öka individernas valfrihet är att godta utträde ur den offentliga obligatoriska försäkringen. Detta godtas i vissa länder, till exempel Tyskland och i Nederländerna. De privata försäkringarna ger då heltäckande försäkringsskydd, men gäller bara för individer över en viss inkomstgräns. En frågeställning som kräver en lösning vid

detta alternativ är hur stor del av skatteinbetalningen som ska återbetalas. Eftersom den offentliga finansieringen är oberoende av risk bör de medel som överförs till en privat försäkring inte överstiga vad som är motiverat med hänsyn till individens förväntade risk.

Vid obligatorisk finansiering som är offentlig kommer politiker att ha stort inflytande över nivån på skattesatser eller sjukvårdsförsäkringsavgifter samt över fördelningen av resurser till försäkringsgivarna. Däremot behöver inte politiska församlingar ha ett avgörande inflytande över administrationen av försäkringen eller de kontrakt som upprättas mellan försäkringsgivare och vårdgivare.

Sjukhusen får normalt en självständig ställning vid obligatoriska sjukvårdsförsäkringar, genom att ägandet är frikopplat från finansieringen. Försäkringsadministrationen kan sluta avtal med sjukhus som uppfyller vissa kriterier. Ett klart köp/säljförhållande finns i modellen genom att produktionen är skild från finansieringen, och försäkringsgivarna försöker styra vårdgivarna via finansiella incitament. En kombination av budget och taxor har vanligen tillämpats i länder med detta system.

Primärvården kan ersättas efter prestation eller kapitation, det vill säga ersättning utifrån befolkningsunderlag. Utgår ersättningen efter prestation finns starka incitament till hög tillgänglighet men också till låg kostnadskontroll. Detta kan föranleda försäkringsgivarna att införa ersättningar som sätter en ekonomisk ram för verksamheten. Kapitationsersättning kontrollerar kostnaderna men ger svagare incitament till hög tillgänglighet. Kombinationer av dessa två är också möjliga.

I denna modell begränsas det offentliga inflytandet till övergripande finansiering samt reglering och kontroll av hälso- och sjukvårdens verksamhet. Det politiska ansvaret koncentreras till nationell nivå. Försäkringsgivaren avgör självständigt kontrakten med vårdgivare. Uttag av patientavgifter är dock vanligen hårt reglerat i länder som har denna lösning.

En frågeställning som kan lösas på olika sätt vid obligatorisk försäkring är huruvida anslutningen ska vara individuell eller kollektiv till de olika

konkurrerande försäkringsadministratörerna. För individuell anslutning talar att det är den mest marknadsliknande lösningen, där varje individ skaffar information om den aktör som synes bäst och har rätt att byta försäkringsgivare om så inte är fallet. En nackdel är att administrationen kan bli dyrbar.

Är försäkringen kopplad till arbetsgivaren kan en kollektiv lösning ge lägre kostnader, riskspridning och mindre selektionsproblem, men den kräver alternativa skydd för äldre och personer utanför arbetsmarknaden. Framför allt minskas individens valfrihet.

Subventioner av förskrivna läkemedel kan ingå i de resurser som försäkringsadministrationerna erhåller. Även sjukpenning och förtidspension kan i princip samordnas med hälso- och sjukvårdsförsäkring i denna modell.

En utvärderande instans följer upp hälso- och sjukvårdens funktion. Denna instans bör vara fristående från samtliga parter på marknaden.

Modellen primärvårdstyrd vård kommer ursprungligen från HMO-modellerna (Health Maintenance Organization) i USA. Dessa organisationer garanterar medlemmarnas totala sjukvårdsbehov för en fast årlig premie, men modellen bygger på frivillig anslutning, ofta via arbetsgivaren.

Systemet med ”fundholders” i National Health Services i Storbritannien är ett exempel på primärvårdstyrd vård där allmänläkarna kontrollerar och finansierar delar av sjukhusresurserna. Även dessa idéer var ursprungligen inspirerade av det amerikanska systemet, men anpassades till nationella förhållanden.

I denna modell läggs samtliga ekonomiska resurser för hälso- och sjukvården hos primärvården. Spelreglerna liknar till viss del de modeller som praktiserats under 1990-talet. Primärvården koordinerar sjukvårdsresurserna för en definierad befolkning. Tilldelning av resurser sker utifrån befolkningsunderlaget. Individerna väljer primärvårdsläkare och alla vårdgivare utsätts för konkurrens. Det förutsätts dock att vårdproduktionen har en relativt fristående ställning gentemot beställaren.



Sjukvårdens omfattning och inriktning beslutas av de kommunala politikerna. De beslutar om övergripande målsättningar och utser ledande tjänstemän till beställarenheterna. En grundläggande idé i modellen är att lokala politiker ska ha så nära kontakt med medborgarna att de sjukvårdspolitiska besluten har goda förutsättningar att förankras.

Det finns tre finansiella relationer: mellan beställarenheten och husläkaren; mellan beställarenheten och övrig vård; mellan husläkaren och övrig vård. Modellen ger två alternativ av primärvårdsstyrd vård. I det ena har husläkaren kontroll över sjukhusresurserna, men inte i det andra. Då husläkaren inte har kontroll över sjukhusresurserna erhåller en lokal beställarenhet de totala resurserna för hälso- och sjukvårdstjänster och köper dessa av såväl husläkarna som specialist- och sjukhusvården. Husläkarna ges en renodlad producentroll som kommer att styras av avtal och ersättningar. Denna variant är vanlig i ett större HMO där avtalen ofta utformas så att incitament ges att optimera avvägningen mellan primärvård och sjukhusvård med olika belönings- och kontrollsystem.

Husläkare som inte har kontroll över sjukhusresurserna urholkar modellens huvudsyfte, att primärvården ges en samordnad roll för individens vårdkonsumtion. I detta alternativ kommer i stället koordinationen att administreras av den kommunala beställarenheten. Den fördel som ligger till grund för detta alternativ är att en större grupp upphandlar all sjukvård, vilket kan vara ekonomiskt och kompetensmässigt fördelaktigt.

I den alternativa lösningen har primärvården administrativ kontroll över de totala sjukvårdsresurserna inklusive specialist- och sjukhusvård, vilket överensstämmer mer med modellens bärande tankegångar. Ersättningen till primärvården utgår utifrån befolkningskriterier där hänsyn tas till variationer i vårdbehov. Syftet är att motverka överbehandling samt att få läkarna motiverade att upprätthålla långsiktiga relationer med patienterna.

Det sistnämnda alternativet påminner om den lösning som utvecklades inom Dalamodellen. En erfarenhet från denna visar dock att det kan

finnas svårigheter att inom primärvården prioritera mellan egen verksamhet och köp av sjukhusvård. Detta kan ses som ett incitamentsproblem där det finns risk för att primärvården prioriterar sina egna resursbehov för tilldelning till specialist- och sjukhusvård, vilket kanske inte behöver vara det bästa för patienten.

Sjukhusen förutsätts ha en relativt självständig ställning. Ansvaret för investeringar upp till en viss gräns kan läggas på sjukhusen, men för större investeringar och investeringar av strategisk karaktär föreslås i SOU 1993:38 att de offentliga myndigheterna har ett inflytande och finansiellt ansvar.

Sjukhusvården enligt den primärvårdsstyrda modellen kan organiseras utifrån ett antal olika principiella lösningar. I SOU 1993:38 analyseras några olika sätt att organisera sjukhusvården. Det första alternativet är att sjukhusen kan organiseras i en eller flera sjukhuskedjor med offentliga ägare. En sådan lösning ger möjlighet till omfattande politiskt inflytande. Ett annat alternativ är att sjukhusen ägs av staten men att driften kontrakteras ut till privata företag. Enligt en tredje lösning drivs sjukhusen av aktiebolag där kommunerna har aktiemajoriteten. Slutligen kan sjukhusen enligt modellen även drivas som stiftelser med koppling till någon ideell organisation eller säljas ut till privata intressenter. Någon direkt utförsäljning till privata aktörer diskuteras inte, men det nämns att privata vinstdrivande sjukhus genom nyetablering kan konkurrera med existerande sjukhusproducenter. Oavsett modell är tanken att sjukhusens utbud anpassas till primärvårdens och beställarenheternas efterfrågan och därigenom i hög grad styrs av marknadsmekanismer.

Husläkarna agerar inte utifrån stordriftsfördelar, specialisering och långsiktiga investeringar i lika hög grad som sjukhussektorn. Denna vårdform är därför än mer flexibel. De kan agera i privata läkarhus, personalkooperativ kommunala vårdcentraler etc. Ersättningen kan ha någon form av kapitationsprincip som även kan kombineras med någon form av prestationsersättning. Olika former av ekonomiska styrmedel kan också inrättas för att optimera sjukhusnyttjandet.

Om husläkarna ansvarar för resurser för sjukhusvård, erhåller hus-

läkaren inte enbart resurser för sina prestationer utan för det förväntade vårdutfallet totalt. Risktagandet för husläkarna ökar i detta fall. Det eventuella selektionsproblemet kan då bli ännu större. Regleringar av anslutningsförfarande och husläkarnas vårdutbud används för att minska selektion.

Utformningen av ersättningsystemet är därför en avgörande faktor för omfattningen av selektionsproblematiken. Hur väl modellen fungerar beror till stor del på om resurser och prissättning är rättvisande. Inom den hälsoekonomiska forskningen har olika utformningar av en kapitationsformel studerats. Patientens ålder, kön, bostadsort, levnadsnivå, liksom variabler för hälsostatus som till exempel tidigare vårdutnyttjande tillhör de faktorer som har använts för att bygga upp kapitationsformler.

I Storbritannien infördes reformen med fundholders successivt genom ett förfarande där allmänläkarna ansöker om att erhålla status som fundholders. Sjukhusen ersätts därför av både sjukvårdsdistriktens beställarenheter och allmänläkare med status som fundholders.

Erfarenheterna från Dalamodellen är att en löpande kostnadskontroll av primärvården är nödvändig. Om primärvården har ett totalt ansvar för sjukvårdsresurserna och först tillgodoser sina egna resursbehov utan att bedöma kostnaderna för medborgarnas utnyttjande av sjukhusvård så riskerar budgeten att överskridas.

Modellkonstruktörerna i SOU 1993:38 betonar att producentrollen och regleringsrollen måste separeras för att de kontrollerande myndigheterna inte ska gynna de egna producenterna. Om kommunerna driver egna enheter med husläkare finns en risk att dessa roller sammanblandas.

Andelen av resurserna som kanaliseras till primärvården kan variera. En variant av modellen är således att en relativt stor del av de totala vårdresurserna, men inte allt, går till primärvården. Likaså behöver andelen av finansieringen till sjukhusresurser som går till primärvården inte vara antingen eller, utan kan vara någonstans mittemellan.

Även finansieringskällorna kan växla. Finansieringen av den primärstyrda vården kan antingen vara kommunal med utjämning av skatteun-

derlaget och statliga bidrag, eller centralt statlig med kommunal administration, samt alla tänkbara kombinationer dessemellan. Det är naturligt att primärkommunerna är finansiärer, men det är inte troligt att primärkommunernas eget skatteunderlag räcker utan utjämning. Kommunerna kan därför i stället ersättas av staten genom någon form av befolkningsbaserad resursfördelning.

Det är värt att notera att patientens valfrihet i denna modell endast berör primärvården. I modellen tillåts inte att patienten påverkar sin slutenvårdskonsumtion. Vid flera HMO krävs också remiss från läkaren i öppenvård för att bli behandlad vid sjukhus, och patienten är begränsad till de sjukhus som har kontrakt med primärvården.

### *HSF-modellen*

Grundstenarna i HSF-modellen är hälso- och sjukvårdsföretag (HSF) med anslutna husläkare samt fristående sjukhus som finansieras genom intäkter för utförda tjänster. Modellen presenterades av Föreningen Den Nya Valfärden år 1992 (MOU 1992:2). Finansieringen av hälso- och sjukvården sker genom arbetsgivaravgifter, en allmän sjukvårdsavgift (i stället för landstingsskatt), egenavgifter vid läkarbesök och försäkringspremier för tilläggsförsäkringar.

Ett HSF ska ha totalansvar för anslutna medborgares sjukvård, även den förebyggande vården, och för inkomstbortfall vid egen sjukdom. Huvudmän för HSF kan vara landsting, försäkringsbolag, privata företag eller enskilda. Inledningsvis kan ett eller flera landsting utgöra ett HSF. HSF knyter till sig ett antal läkare och övrig vårdpersonal genom anställning eller samarbetskontrakt. Varje medborgare har sin husläkare.

Husläkaren kan remittera till sjukhus eller specialist och då svarar HSF för kostnaden. Något remisstvång finns dock inte i modellen. Patienten har rätt att vända sig direkt till ett sjukhus eller fristående specialist. Patienten betalar då en högre patientavgift och HSF bedömer i efterhand till vilken grad HSF står för kostnaderna. Individen kan byta HSF med en viss uppsägningstid.

Patientavgifter kan variera mellan olika HSF, men ska förenas med högkostnadsskydd och begränsas av ett högsta tak. Högkostnadsskyddet är inkomstberoende.

Sjukhusen är helt fristående och finansieras genom intäkter. De får inga anslag av allmänna medel. Huvudman för sjukhus kan vara staten, landsting, kommuner, försäkringsbolag, HSF eller annan juridisk eller enskild person.

HSF står också för kostnaderna för inkomstbortfall vid sjukdom. Försäkringskassan beslutar liksom idag om rätten till sjukpenning och betalar ut ersättningen enligt gällande regler. Därefter krävs den försäkrades HSF på den utbetalda ersättningen.

Sjukpenningen finansieras genom att arbetsgivaravgifterna inom sjukförsäkringen förs till en statlig sjukvårdsfond. Dit förs också statens bidrag till sjukvården och den nya sjukvårdsavgiften som ersätter huvuddelen av landstingsskatten.

Sjukvårdsfonden finansierar HSF med ett visst belopp beroende på ålder hos de registrerade medborgarna. Övriga skillnader i sjukdomsrisk utjämnas inom varje HSF.

Staten ansvarar för administrationen av sjukvårdsfonden, och för den medicinska utbildningen och forskningen. Staten upprättar också spelreglerna det vill säga bestämmer omfattningen av HSF:s verksamhet och vilken hälso- och sjukvård som täcks av de offentliga medlen från sjukvårdsfonden. Staten har genom en nyinrättad hälso- och sjukvårdsinspektion även ansvar för tillsynen så att den erbjudna vården har tillräcklig kvalitet. HSF kan samverka med försäkringsbolagen och därmed få ytterligare finansiering för den vård som ligger utanför det offentliga åtagandet.

Medborgarna har valfrihet genom att de kan välja både husläkare och HSF. Konkurrenten främjas genom att flera HSF kan finnas inom en region och inte enbart inom landstinget. Ett HSF kan inte neka någon att ansluta sig. Om fler ansöker än vad som kan tas emot upprättas en turordningslista strikt efter tidpunkten för vars och ens anmälan.

Modellen bygger på statlig auktorisation, och ett HSF eller sjukhus får inte utöva verksamhet utan tillstånd. För att få tillstånd krävs att HSF har både medicinska, administrativa och finansiella förutsättningar för att bedriva vård så att medborgarens intressen och behov tillfredsställs.

Om kostnaderna för sjukvården förändras så ändras i första hand sjukvårdsavgiften. Medborgarnas betalningsvilja för vården kommer främst till uttryck i de allmänna valen.

I MOU 1994:1 kompletterades och förändrades det ursprungliga förslaget något. Bland annat slopades rätten att med förhöjd patientavgift uppsöka någon annan läkare utanför det egna HSF. Skälet angavs vara den ekonomiskt oklara situation som skulle gälla om betalning skulle ske i efterhand. Detta gäller dock inte akutfall. Ytterligare en förändring var att varje medborgare inte obligatoriskt måste namnge sin egen läkare, men att de som så önskar kan göra det.

En utveckling av modellen som presenterades i MOU 1994:1 var att den statliga tillsynsmyndigheten föreslogs ansvara för de rent medicinska professionella aspekterna medan Socialstyrelsen föreslogs ansvara för kontrollen av de administrativa och ekonomiska uppgifterna.

Den ursprungliga modellen kompletteras även med en mer utförlig diskussion om hur HSF:s ansvar för sjukpenningförsäkringen kan se ut. Det föreslagna systemet har två beståndsdelar: ett standardiserat statligt trygghetsbidrag på två basbelopp per år, och en obligatorisk icke-statlig försäkring mot arbetsskada eller sjukdom där arbetsgivaren svarar för premieinbetalningarna. Statens beräknade kostnader för trygghetsbidragen läggs in i underlaget för beräkningen av per capita-ersättningen per ansluten till HSF. Per capita-ersättningen föreslås i det modifierade förslaget MOU 1994:1 även integrera läkemedelsersättningen.

### *Vård Vision Skåne*

Vård Vision Skåne är ett projekt på initiativ av Region Skåne och Kommunförbundet. Projektet mynnande ut i en vision för hälso- och sjukvården, samt äldreomsorgen (Levin och Normann, 2001).

Huvudaktörer i denna vision är individen, den politiska ledningen, när-vårdsenheterna, vårdlogikansvariga, koncerner för regionens och kommunernas egna produktionsresurser samt externa leverantörer av vård och omsorg.

De vårdlogikansvariga utses av den politiska ledningen. De certifierar och kvalitetsgodkänner närvårdsenheter och alla leverantörer av vård-tjänster till närvårdsenheterna. Vårdlogikansvariga ansvarar även för att förhandla fram avtal med olika vårdleverantörer som närvårdsenheterna sedan kan utnyttja. I denna uppgift ingår också att utveckla avtalen och det sätt som vården bedrivs på.

Grunden i denna vision är att varje individ är en ”kund” som tillförsäkras ett belopp som bara kan användas för att välja närvårdsenhet. När-vårdsenheterna tar fullt ansvar för all vård till sina kunder. De är inte samma sak som dagens primärvårdsenheter. Närvårdsenheterna konkurrerar om kunderna och kan utrusta sig med egna vård- och omsorgsresurser eller köpa dessa tjänster från antingen den koncern som ansvarar för att utveckla och förvalta regionens och primärkommunernas produktionsresurser för vården, eller av externa vård- och omsorgsleverantörer.

När individen väljer att ansluta sig till en närvårdsenhet får denna enhet en kapiteringsersättning. Denna ersättning varierar för olika medborgare. Kunden har rätt att byta närvårdsenhet och ersättningen följer då med. Varje närvårdsenhet har skyldighet att ansluta de kunder som väljer dem. Det är närvårdsenheten som tar ansvar för de insatser som man anser behövs, och kunden har inte i den bemärkelsen fri rätt att förfoga över pengarna för då förfaller försäkringstanken i systemet.

Politikernas uppgift är att ta ett övergripande ansvar för hälsosystemet och att det ger vad medborgarna behöver i fråga om vård och omsorg. De är dock inte ansvariga för att direkt styra produktionen av erforderliga tjänster. Inte heller är de ansvariga för att produktionsresurser som man själv äger används på ett rationellt sätt.

Politikerna har i stället ett systemansvar som innefattar att ansvara för ett rationellt användande av samtliga resurser i systemet, även de som

andra äger. Den politiska ledningen måste också säkerställa att hälso- och sjukvårdssystemet ger erforderliga välfärdstjänster till alla medborgare oavsett inkomst och risksituation. De har det slutgiltiga ansvaret för att systemet förverkligar solidaritetsprincipen.

Politikerna har ett flertal prioriteringsbeslut att fatta. Dels hur stora resurser som ska satsas på vård och omsorg totalt, dels vad det kollektivt finansierade ansvaret ska omfatta. Det finns flera sätt att formulera detta ansvar. Antingen genom att uttrycka vad som ingår, eller genom att precisera vad som ligger utanför det kollektiva åtagandet. Olika länder praktiserar olika tekniker och det finns svårigheter oavsett metod.

I denna modell har man fastnat för att det politiska systemet definierar det kollektiva åtagandet i allmänna formuleringar. Det blir i realiteten då professionernas uppgift att prioritera i konkreta valsituationer och inom given budgetram.

Modellen tar inte ställning till om det är politiker på lokal, regional eller nationell nivå som agerar. Inte heller på vilken nivå systemet finansieras. Finansiering är dock en av politikens huvuduppgifter i denna vision. Den andra är att utöva ett övergripande ansvar för hälsosystemet, samtidigt som mycket av utvecklingsansvaret läggs hos de vårdlogikansvariga. En tredje uppgift är att utöva produktionsansvar på ett konkurrensneutralt sätt på de egna resurserna.

Kapiteringssystemet är den stora kollektivt finansierade posten i modellen. Därtill kommer viss anslagsfinansiering av de vårdlogikansvariga. De vårdlogikansvariga ansvarar för att systemet utvecklas på ett rationellt sätt. De utvecklar erbjudanden som ställs till närvårdsenheternas disposition. De certifierar även närvårdsenheter och leverantörer av vårdtjänster.

Närvårdsenheterna ska vara öppna för alla medborgare i regionen. De har inte rätt att avvisa någon. Kunderna tillför sin kapiteringsersättning till den närvårdsenhet som de ansluter sig till. Närvårdsenheterna har ett återförsäkringssystem att tillgå. Den politiska ledningen bör aktivt medverka till att ett sådant växer fram.

Varje närvårdsenhet måste godkännas och certifieras av de vårdlogik-



ansvariga. De måste därmed följa vissa fasta spelregler. De kan komma att se olika ut och specialisera sig. En del har många egna resurser, andra föredrar att teckna avtal.

De fyra vårdlogiker som identifieras i visionen är basvård, elektiv vård (planerbar vård), akutvård och hemvård. Enligt visionen ska sjukvården och äldreomsorgen organiseras efter dessa. De vårdlogikansvariga har en avgörande roll i utvecklingen av tjänsterna. Vårdlogikansvariga har dock inga egna produktionsresurser utan får endast certifiera, kontrollera och utveckla andras. Vid certifiering tas hänsyn både till medicinsk kvalitet och ekonomisk seriositet. Vårdlogikansvariga utses av den politiska ledningen och har därmed också ett ansvar för uppföljning och återsrapportering till det politiska systemet. Den primära uppgiften är dock affärsutveckling.