

# Hälso- och sjukvårdens struktur- reformer

*Lärdomar från Norge, Danmark, Finland och Storbritannien*

Pia Maria Jonsson, Emilie Agardh, Mats Brommels  
Medical Management Centre, Karolinska Institutet



STATENS OFFENTLIGA  
UTREDNINGAR

Upplysningar om rapportens innehåll lämnas på Medical Management Centre (MMC) av:

Pia Maria Jonsson, tel 08-524 861 89

Mats Brommels, tel 08-524 869 30

Ansvarskommitténs skriftserie ISSN 1653-5502

Skriften kan beställas av Åsa Dahlqvist på faxnr 08-543 569 76 eller e-post till [asa.dahlqvist@finance.ministry.se](mailto:asa.dahlqvist@finance.ministry.se). Vid ett större antal tas en avgift ut.

Den finns också att ladda ner på Ansvarskommitténs hemsida, [www.sou.gov.se/ansvar](http://www.sou.gov.se/ansvar).

## Innehåll

Förord	5
Sammanfattning	7
1. Bakgrund	13
1.1 Uppdraget	13
1.2 Komparativ hälsosystemforskning–teoretiska utgångspunkter	14
Hälsa- och sjukvårdens makrostruktur	14
Vad är en reform?	15
Att analysera hälso- och sjukvårdsreformer	16
Hur väl fungerar vården totalt sett? – ”Health system performance”	19
1.3 Material och metoder	21
2. Norge	25
2.1 Hälsa- och sjukvårdens struktur och ansvarsfördelning	25
2.2 Om tillståndet i vården	26
2.3 Hälsa- och sjukvårdsreformer	27
Allmänläkarreform (Fastlegeordning) 2001	29
Sjukhusreform 2002	32
3. Danmark	37
3.1 Hälsa- och sjukvårdens struktur och ansvarsfördelning	37
3.2 Om tillståndet i vården	38
3.3 Hälsa- och sjukvårdsreformer	40
Kommunalreformen 2005–2007	41
Uppföljning och öppna redovisningar	43
4. Finland	45
4.1 Hälsa- och sjukvårdens struktur och ansvarsfördelning	45
4.2 Om tillståndet i vården	46
4.3 Hälsa- och sjukvårdsreformer	48
Vårdgarantin 2005	48
Kommun- och servicestrukturprojektet 2005–2006	50
5. Storbritannien	55
5.1 Hälsa- och sjukvårdens struktur och ansvarsfördelning	55
5.2 Om tillståndet i vården	57
5.3 Hälsa- och sjukvårdsreformer	58
Reformer under Labourregeringar 1997–	58
Uppföljning och öppna redovisningar	60
6. Diskussion och slutsatser	63
6.1 Skillnader och likheter i hälsa- och sjukvårdens allmänna förutsättningar	63
6.2 Svagheter i nuvarande system	65
6.3 Några lärdomar från enskilda reformer	68
Primärvården	68
Specialistvård på sjukhus	70
6.4 Inverkan av regionstorlek på vårdkvalitet och systemeffektivitet	71
6.5 Vård på lika villkor genom statlig styrning?	73

<b>6.6 Struktur och styrning – avslutande kommentar</b>	<b>76</b>
<b>Struktur</b>	<b>77</b>
<b>Styrning</b>	<b>80</b>
<b>Styr mer och strukturera mindre</b>	<b>87</b>

## Förord

I Ansvarskommitténs arbete med att analysera och ge förslag till förändringar i samhällsstrukturen är det viktigt att ta in kunskap, idéer och inspiration från andra länder än vårt eget. I denna rapport ger professor Mats Brommels, hälsosystemforskare Pia Maria Jonsson och forskningsassistent Emilie Agardh, Medical Management Centre vid Karolinska Institutet en bild av den historiska utvecklingen och de reformer som genomförts inom hälso- och sjukvården i några andra europeiska länder.

De länder som beskrivs har på många sätt liknande förutsättningar och tradition som Sverige när det gäller finansiering och styrning av detta centrala välfärdsområde. Underlaget är därför viktigt för Ansvarskommitténs fortsatta arbete. Vi tror också att det kan ge ett underlag till och stimulera en fortsatt och utvecklad diskussion kring behoven och utformningen av eventuella framtida reformer av det svenska hälso- och sjukvårdssystemet. Vi vill därför genom denna publicering av rapporten dels sprida resultaten till en bredare krets, dels visa exempel på underlag Ansvarskommittén tar del av under sitt utredningsarbete.

Författarna svarar själva för innehållet i rapporten.

Stockholm i februari 2006

Martin Olauzon  
Huvudsekreterare i Ansvarskommittén



## Sammanfattning

Hälso- och sjukvårdssystemen i Sverige, Norge, Danmark, Finland och Storbritannien är kända för att prioritera mål avseende jämlikhet och vård på lika villkor högt. Detta har varit en del av grunden för att bygga upp Beveridge-typen av integrerade decentraliserade hälso- och sjukvårdssystem, där det offentliga traditionellt ansvarat för både finansiering och produktion av tjänster. Även de problem, som på senare år blivit förknippade med vården i de aktuella länderna har varit likartade; bristande tillgänglighet och kundkänslighet, liksom farhågor om att systemen inte främjar en kostnadseffektiv produktion av tjänster.

Under 1990-talet handlade en central del av sjukvårdsdebatten i länderna om att i en krympande ekonomi öka vårdens produktivitet och effektivitet. Som svar på problemen spred sig s.k. New Public Management som ideologi i hälso- och sjukvården. Det blev vanligt att införa marknadsliknande styrmekanismer främst inom specialistsjukvården. Utvecklingen innebar att nya möjligheter öppnades för konkurrens mellan olika vårdproducenter, däribland privata aktörer. Medan denna utveckling fortfarande pågår, är dess konsekvenser för systemens produktivitet och effektivitet inte helt entydigt beskrivna, delvis därför att data om produktivitet varit svåra att ta fram.

I början av 2000-talet kan man se en ny fas i reformdebatten. De decentraliserade hälso- och sjukvårdssystemen genererar frågor om ökat statligt ansvar och bättre styrmöjligheter för att garantera vård på lika villkor till hela befolkningen. Grundfrågan handlar nu om hur stora lokala och regionala variationer i vårdproduktion och vårdens tillgänglighet och kvalitet som är försvarbara i autonomins och närdemokratis namn. En bakgrund är att de skillnader, som de facto finns, håller på att bli allt mer synliga i och med att sjukvårdens redovisningssystem förbättras och kraven på transparens ökar.

Trycket på att introducera nya reformer avseende uppgifts- och ansvarsfördelningen i syfte att förbättra och jämna ut vårdens ekonomiska förutsättningar, tillgänglighet och kvalitet har vuxit stort i de studerade länderna. Även om utvecklingen tycks gå åt samma håll, varierar de tilltänkta reformernas utformning och den takt i vilken de införs. Därmed kan det även finnas möjligheter att lära av varandras erfarenheter.

Analysen av reformernas konsekvenser försåras emellertid av att man under det senaste decenniet i samtliga länder introducerat ett stort antal parallella eller konsekutiva ändringar i vårdens makrostruktur, varför det är svårt att renodla konsekvenser av enskilda reformer. Eftersom hälso- och sjukvården är ett komplext system, kan effekter av enskilda reformer dessutom starkt påverkas av hur de övriga delarna av det aktuella sjukvårdssystemet ser ut, dvs. effekterna kan vara "kontextberoende". Resultatets generaliserbarhet från ett land till ett annat kan då vara begränsad.

Av samtliga reformer i de fem länderna är det *den norska allmänläkarreformen* av 2001, som blivit föremål för mest systematiska uppföljningar och utvärderingar. I samband med reformen blev allmänläkarna privata företagare, som kontrakteras av kommunerna. Cirka 30 procent av ersättningen till läkarna förväntas bestå av den ersättning som kommunerna betalar per listad patient, medan cirka 40 procent är prestationsbaserat och betalas av staten, resten kommer från patientavgifterna.

De analyser som idag finns tillhanda tyder på att reformen nått flera av sina huvudmålsättningar, framförallt att rekryteringen till allmänläkartjänster underlättats och befolkningens tillgång till allmänläkartjänster förbättrats. Läkarenkäter tyder på att reformen bidragit till bättre medicinsk kvalitet genom bättre kontinuitet, och i befolkningsenkäter har invånarna varit nöjdare med primärvårdsläkarna än tidigare. Kontinuitet i läkarkontakt har värderats högt, särskilt av de äldre och de med dåligt subjektivt hälsotillstånd.

Reformen har varit förknippad med avsevärda kostnadsökningar för staten. Dessa tycks vara en direkt konsekvens av det ökade antalet läkararbetsår och beslutade taxeökningar, dvs. medvetna politiska val och beslut. För kommunernas del har något mindre, men ändå påtagliga utgiftsökningar skett. Ett rättviseproblem kan vara att de små kommunerna fått genomgående högre utgiftsökningar per invånare än större kommuner, samtidigt som de små kommunerna tycks ha dragit minst nytta av reformen. Ur jämlikhetssynpunkt är det problematiskt att de små kommunerna fortfarande har svårt att rekrytera allmänläkare.

*Den norska sjukhusreformen* som introducerades år 2002 representerar en övergång till påtaglig statlig styrning genom ägarskap. Inbyggt i reformen är också önskemål om stärkt brukarinflytande på alla nivåer

av hälso- och sjukvården. Sjukhusen fick efter statens övertagande företagsstatus som innebär eget ansvar för personal, drift och ekonomi. Detta innebär att sjukhusen själva kan förfoga över sitt kapital och sin finansiering, men de kan inte gå i konkurs. Resurserna kommer från staten via tillskott från de regionala hälsoföretagen. Ersättningarna till de regionala hälsoföretagen utgörs dels av bidrag och dels av aktivitetsbaserad ersättning enligt den modell som år 1997 infördes för sjukhus.

Initialt har vissa svårigheter funnits att på ett rättvist sätt fördela de statliga bidragen. När det gäller reformens konsekvenser för specialistsjukvårdens tillgänglighet och kvalitet är det för tidigt att dra långtgående slutsatser. Regelbundna statistiska sammanställningar tyder emellertid på en viss ökad produktivitet. Ökad aktivitet har setts i alla regionerna, men ökningstakten varierar. Till skillnad från vad som befarades, tycks aktivitetsökningen ha varit relativt jämnt fördelad mellan olika patientkategorier, dvs. förbättringar i akutvården har enligt uppgift inte haft negativa konsekvenser för de kroniskt sjuka. Hur de regionala variationerna utvecklats efter reformen är för tidigt att bedöma.

Den *danska kommunalreformen* skall börja gälla i full skala fr.o.m. början av 2007. Reformen innebär att amterna ersätts av fem sjukvårdsregioner som styrs av direktvalda politiker. Antalet kommuner har minskat från 275 till färre än 100. Intressanta punkter att följa upp är hur den omdebatterade finansieringsmodellen, där de fem nya regionerna ingen beskattningsrätt har, kommer att fungera. Finansieringen kommer att ske via staten, som indriver ett enhetligt hälso- och sjukvårdsbidrag. Regionernas intäkter skall komma från två håll: från staten baserat på befolkningsunderlaget (cirka 80 procent) och från kommunerna (cirka 20 procent). Kommunerna har gjorts delbetalningsansvariga för sjukhusvård i syfte att ge incitament för effektivt förebyggande arbete. Hur denna incitamentsstruktur fungerar i ett system där allmänläkarna är privatföretagare som arbetar på kontrakt återstår att se.

Finland följer med i reformvägen genom ett relativt nystartat *kommun- och servicestrukturprojekt*. Att utvärdera fördelningen av uppgifter och kostnader mellan staten och kommunerna är en central del av uppdraget. I mångt och mycket bottenar den finska utredningen i liknande verklighetsbeskrivningar som den svenska ansvarsutredningen, fransett det underliggande problemet i Finland med en del mycket små kommuner som ansvariga för social- och hälsovård. Detta ger ibland påtag-

liga lokala problem med finansieringen av hälso- och sjukvårdstjänster. I fallet Finland är det också intressant att följa upp långtidseffekter av den *lagstadgade vårdgaranti*, som trädde i kraft i mars 2005 och som kopplats ihop med nationella riktlinjer i syfte att utjämna variationer i vårdens tillgänglighet och kvalitet.

Sedan 1997 har *Storbritannien under Labourregeringarna* genomgått en systematisk, långsiktig reformering av hälso- och sjukvården. Viktiga inslag har varit att öka hälso- och sjukvårdens andel av BNP, men också att väsentligt förbättra vårdens tillgänglighet och kvalitet samt att stärka konsumenternas ställning i vården. Primärvårdsgrupperna har fått allt större ansvar för att förse befolkningen med hälso- och sjukvårdstjänster, och samtidigt har privata producenter fått nya möjligheter på sjukvårdsmarknaden, särskilt när det gäller produktion av specialistvård på sjukhus.

Uppföljningar tyder på att köer och väntetider till vård och behandling reducerats genom denna kombination av flera, delvis successiva åtgärder och samtidigt utökade resurser till vården. Det är självfallet svårt att skilja vilken del av effekten har varit beroende av ökningen i de monetära resurserna och vilken del som kan tillskrivas strukturella förändringar. Delarna kan naturligtvis även stärka varandra, vilket också varit meningen med implementeringen av ett heltäckande reformpaket.

Samtidigt har den centrala styrningen i den brittiska hälso- och sjukvården utökats genom etablerandet av flera oberoende institut och myndigheter med uppgifter inom tillsyn, uppföljning och utvärdering. Dessa har även tagit fram de "performance assessment" redskap, som numera används i resultatstyrning och som i vissa fall ger de ansvariga sjukvårdscheferna betalning per resultat. De statliga instanserna har fått en mycket stark ställning och skall i stor utsträckning rikta sin verksamhet och information till konsumenterna, som bl.a. genom att ta del av öppna redovisningar skall få mera makt i vården. Liknande utveckling i något mer anspråkslös skala har gjort sig gällande i Danmark.

Den typen av ambitiös kunskapsstyrning som tillämpas i Storbritannien och Danmark kommer att ge bättre förutsättningar inte bara för allmänna uppföljningar av läget i vården, utan också för evaluering av konsekvenser av olika reformer. När stabila plattformar för systematisk uppföljning finns färdigriggade på plats, behöver man inte i samband med varje reform nyskapa en specifik uppföljningsstrategi. En motsva-

rande nationell plattform skulle utan tvekan kunna göra nytta även i den svenska kontexten, inte minst om man nu väljer att introducera stora strukturella ändringar i vården.



## 1. Bakgrund

### 1.1 Uppdraget

Sommaren 2004 fick den statliga Ansvarskommittén i sina tilläggsdirektiv i uppdrag att analysera och bedöma hur strukturen och uppgiftsfördelningen mellan stat, landsting och kommuner påverkar förutsättningarna att styra hälso- och sjukvården [1,2]. Om motiverat skall kommittén föreslå förändringar av nuvarande struktur och uppgiftsfördelning för att förbättra styrningen och därigenom skapa bästa möjliga förutsättningar för att utveckla vårdens kvalitet, tillgänglighet och effektivitet.

Enligt direktiven skall kommittén särskilt beakta behovet av att ha en struktur och uppgiftsfördelning som underlättar samspelet mellan hälso- och sjukvårdens olika delar och de olika nivåerna i samhällsorganisationen samt med närliggande välfärdssystem, såsom äldreomsorgen.

En utgångspunkt för kommitténs analyser och förslag skall vara att hälso- och sjukvårdssystemet skall vara heltäckande och vården ges efter behov.

Tilläggsdirektiven innehåller därutöver några preciseringar. Endast de problem som löses genom förändringar i ansvar och åtagande när det gäller fördelning mellan stat, landsting och kommun skall åtgärdas med förslag. Strukturen skall vara hållbar för flera decennier framöver. Både medborgarens och systemets perspektiv skall belysas.

I sitt utredningsarbete skall kommittén ta del av erfarenheter från och följa den internationella utvecklingen varvid särskild uppmärksamhet bör ägnas de nordiska länderna.

Medical Management Centre (MMC) vid Karolinska Institutet fick våren 2005 av Ansvarskommittén i uppdrag att genomföra en studie av reformer avseende uppgifts- och ansvarsfördelningen inom hälso- och sjukvården i Finland, Norge, Danmark och Storbritannien [3].

I uppdragsbeskrivningen konstateras att många sjukvårdssystem brottas med samma frågor som det svenska. Huvudfrågeställningen för studien har varit om de nationella strukturlösningar som tillämpas i de valda länderna fungerar mer eller mindre effektivt i fråga om utfall och resursåtgång i jämförelse med den svenska modellen.

Särskilda fördjupningsfrågor har avsett erfarenheter av primärkommunernas ansvar för primärvården och eventuella konsekvenser av att sjukvården och dess struktur "lyfts" från det regionala politiska beslutsfattandet.

Ytterligare frågor av särskilt intresse har varit hur finansieringen av allmänläkare fungerar som ett statligt åtagande; hur likvärdigheten mellan olika grupper påverkas av de nordiska systemen; samt hur de olika organisationsmodellerna kan tänkas fungera utifrån ambitionen att prioritera resurser till individer med stora behov, exempelvis individer som är äldre, har kronisk sjukdom eller liknande.

## 1.2 Komparativ hälsosystemforskning–teoretiska utgångspunkter Hälsa- och sjukvårdens makrostruktur

Hälsa- och sjukvårdens makrostruktur formas av hur uppgifterna som finansierar, tillhandahåller, vårdgivare och kontrollant av vård fördelas. Komparativ hälsosystemforskning ägnar sig åt jämförande studier av hälsa- och sjukvårdens makrostruktur och prestanda samt sambanden dessa två emellan. I dessa sammanhang kan systemen beskrivas enligt följande, övergripande dimensioner [4]:

- Hur vården *finansieras* – med skattemedel, genom försäkringar eller privata utlägg – samt hur *resurserna fördelas* mellan olika geografiska områden, befolkningsgrupper m.m.
- De mekanismer för *reglering och styrning* som staten och andra centrala aktörer använder för att påverka vården i önskad riktning.
- Hur vården *organiseras* – statens, landstingens, kommunernas och de privata vårdgivarnas roller och funktioner och hur sjukvårdstjänsterna *tillhandahålls*, t.ex. när det gäller arbetsfördelning och samspel mellan olika vårdnivåer.
- System för kontinuerlig *uppföljning och utvärdering* av verksamheten.

Samtliga fyra dimensioner kan tänkas bidra till hälsa- och sjukvårdens förmåga att nå de mål som ställts upp för verksamheten. I Sverige har det övergripande målet formulerats i Hälsa- och sjukvårdslagen: *En god hälsa och vård på lika villkor* för hela befolkningen. Lagen ställer också krav på att vården skall vara av *god kvalitet* och att kvaliteten skall utvecklas och säkras systematiskt och fortlöpande. För att vårdresurserna skall räcka till att tillgodose befolkningens behov, är hög *kostnadseffekti-*

*vitet* en egenskap som alla hälso- och sjukvårdssystem strävar efter.

I vissa situationer kan ändringar och reformer avseende någon av de nämnda dimensionerna föranleda anpassningsbehov i andra. Till exempel kan ökade privata inslag i produktionen av sjukvårdstjänster påverka behovet av och formerna för uppföljning och verksamhetstillsyn. Det är således viktigt att de olika dimensionerna är i samklang och kompletterar varandra. Mot denna bakgrund kan det vara svårt att överföra erfarenheter från reformering av någon del av vårdens makrostruktur från ett land till ett annat, utan att detta i så fall kräver att flera dimensioner av systemets konstruktion ses över [5].

### **Vad är en reform?**

Reformering av hälso- och sjukvårdssektorn blev under 1990-talet ett växande, närmast trendartat fenomen i såväl rika som fattiga länder. Detta har allmänt tolkats som en följd av de gemensamma utmaningar som hälso- och sjukvården i olika länder stod och fortfarande står inför: en krympande ekonomisk tillväxt kombinerad med en allt äldre befolkning, allt snabbare medicinteknologisk utveckling samt ökat konsumenttryck avseende högkvalitativa sjukvårdstjänster.

Mängden litteratur som behandlar sjukvårdsreformer – både vad gäller rent vetenskapliga artiklar och s.k. ”grå litteratur” – har vuxit parallellt med reformivern. Det har dock inte alltid varit självklart vad som definitionsmässigt avses med en hälso- och sjukvårdsreform (”health care reform”) eller hälsosektorreform (”health sector reform”). Framförallt har det varit svårt att skilja medvetet reformarbete från en mer spontan utveckling av sjukvårdens struktur och organisation.

Olika synpunkter har funnits avseende i vad mån en ändring, för att definieras som reform, skall innefatta tydliga policymässiga målsättningar eller om det räcker med att samsyn nåtts om genomförandet av en viss ändringsprocess. Oftast brukar båda delarna – gemensamt formulerade policymål och överenskommelse om de ändringar som skall genomföras, ingå i det man kallar för en reform. Det anses inte heller tillräckligt att i en reform enbart formulera eller omformulera policymål, utan att strukturella ändringar definieras och genomförs vilka kan förväntas bidra till att nå målen [6].

Man kan också notera att den internationella litteraturen kring hälso- och sjukvårdsreformer oftast avser sådana ("top-down") processer, som politiska samlingar fattat beslut om. Oftast är det frågan om reformer som styrts från nationell nivå, men ibland även från regional eller lokal nivå.

### **Att analysera hälso- och sjukvårdsreformer**

Saltman och Figueras, som stått för ett flertal internationella analyser av hälso- och sjukvårdsreformer, påpekar att en särskild svårighet i sammanhanget är att reformerna oftast inte består av enbart en strukturändring, utan att det snarare brukar handla om ett helt *paket av olika typer av reformkomponenter* [7]. För uppföljning och utvärdering av reformerna är det angeläget att de olika komponenterna beskrivs och analyseras var för sig, eftersom den relativa nyttan av komponenterna kan variera. Analys av komponenterna är viktigt vid bedömning av om (någon del av) reformen skulle kunna överföras till andra länder. Härvidlag bör man beakta att den landsspecifika kontexten kan påverka generaliserbarheten av lärdomar från enskilda länders reformarbete.

Møller Pedersen, som främst studerat de nordiska – integrerade och decentraliserade – hälso- och sjukvårdssystemen menar att decentralisering innefattar minst tre distinkta dimensioner som måste analyseras för att förstå reformernas innehåll och tentativa konsekvenser: *politisk, ekonomisk och administrativ/operativ dimension* [8].

Balans och eventuell överlappning mellan dimensionerna kan ses som betydelsefulla faktorer för långsiktig stabilitet av den valda sjukvårdsmodellen. En modell där landsting har administrativt/operativt ansvar för hälso- och sjukvården, men inte ansvarar för finansiering genom beskattning m.m., kan innebära inbyggda destabiliserande drag i systemet. Norge före sjukhusreformen (med staten som huvudsaklig finansiär och fylkena som sjukvårdshuvudmän) kan eventuellt tolkas vara ett exempel på detta.

En ofta använd modell för analys av olika länders hälso- och sjukvårdsmodeller utgår ifrån beskrivning av de finansiella relationerna mellan olika parter i vården [8]. *Hälso- och sjukvårdens "järntriangel"* består av patienter, vårdproducenter respektive ("tredjeparts") finansiärer. Modellen är användbar framförallt för beskrivning och förståelse av de

ekonomiska förhållandena i hälso- och sjukvården. Relationen mellan patienter och producenter handlar då om i vad mån patienterna genom egenavgifter bidrar till finansiering av vårdtjänster. Relationen mellan tredjepartsfinansiärer och producenter avser de mekanismer som används för att ge ersättning för producerad vård, t.ex. genom rambudgetar eller aktivitetsbaserad ersättning baserad på DRG. Ett grundläggande syfte med tredjepartsfinansieringen är att bidra till rättvis fördelning av sjukdomarnas ekonomiska konsekvenser i befolkningen. En viktig del av modellen avser beskrivning av hur medlen insamlas och förvaltas, t.ex. genom allmän beskattning eller försäkringslösningar.

Ett ytterligare sätt att kategorisera sjukvårdsreformer är att utgå ifrån om reformeringen avser ändringar som skall påverka *efterfrågan på* eller *utbudet av vårdtjänster* ("*demand side reforms*" respektive "*supply side reforms*"). Reformers som kan tänkas verka på efterfrågesidan är t.ex. ändrade patientavgifter, införandet av väntetidsgarantier och ändringar i möjligheter att välja vårdgivare. Reformers som verkar på utbudssidan är t.ex. införandet av beställarutförarsystem eller en övergång från global budget till aktivitetsbaserad ersättning av vård.

Under 1990-talet avsåg stora delar av reformarbetet ändringar på utbudssidan, och bl.a. i Sverige införde landsting beställarutförarmodeller för tjänsteproduktion. Det främsta syftet med dessa reformer var att förbättra sjukvårdens produktivitet och effektivitet. I början av 2000-talet har (återigen) väntetidsgarantier och andra åtgärder aktualiserats, vilka syftar till förbättrad tillgänglighet i vården och kan betraktas som efterfrågestrategier. Den reformering av NHS i Storbritannien som började år 1997 har påfallande många inslag av efterfrågekaraktär.

I de nordiska länderna och i Storbritannien är hälso- och sjukvården till största delen finansierad med skattemedel och det offentliga har i väsentlig grad även ansvarat för produktionen av sjukvårdstjänster. Man har brukat säga att dessa länder har i sin hälso- och sjukvård tillämpat s.k. *Beveridge-modell* [7,9]. En alternativ modell, som förekommit i Europa t.ex. i Tyskland, är den s.k. *Bismarck-modellen*. Den karakteristiska för den senare är att hälso- och sjukvårdens finansiering sker genom allmänna försäkringar medan tjänsteproduktionen sköts av sinsemellan konkurrerande, ofta privata vårdproducenter.

Sedan 1990-talet har skillnaden mellan de två modellerna delvis suddats ut, i och med att Beveridge-länderna såsom Sverige börjat

tillämpa beställar-utförarmodeller, varvid även privata producenter i viss mån kommit in som aktörer på hälso- och sjukvårdsmarknaden. I länder med socialförsäkringsfinansiering har försäkringskassorna förändrats från "betalningsautomater" till aktiva beställare (särskilt i Holland) och ersättningsystemen har blivit mer sofistikerade med produktivitetshöjande incitament.

En frågeställning med hög relevans för den aktuella svenska diskussionen handlar om statens roll och styrmöjligheter i hälso- och sjukvårdssystem som fungerar enligt Beveridge- respektive Bismarck-principer [10]. Möjligen till följd av historiska och geografiska omständigheter har de nordiska ländernas hälso- och sjukvårdssystem byggts på starkt regionalt och lokalt beslutsfattande. Trots detta har hälso-/socialdepartement och nationella myndigheter såsom Socialstyrelsen i Sverige haft relativt mycket makt vad gäller planering och resursallokering i vården. Fram till 1993 var dock statens maktposition avsevärt starkare i Finland, utan parlamentariskt vald regional nivå, än i Sverige med tydligare decentralisering av både politisk, ekonomisk och administrativt beslutsfattande till regional/landstingsnivå. I Storbritannien har NHS administrerats direkt av staten via hälsoministeriet.

Denna rapport beskriver och analyserar de senaste årens reformer i hälso- och sjukvården i Norge, Danmark, Finland och Storbritannien (England) och jämför dem med den svenska situationen i syfte att dra lärdomar av reformernas innebörd och konsekvenser. Syftet har inte varit att ge en totalbeskrivning av det senaste decenniets samtliga reformer i de berörda länderna, utan att fokusera på sådana strukturändringar som är av störst intresse med tanke på frågor som aktualiserats i den svenska Ansvarsutredningen.

Som regel är reformerna av sent datum – några bara på planeringsstadium. Systematiska uppföljningar och utvärderingar har varit få och resultaten är än så länge knapphändiga. Således handlar mycket av redovisningen i rapporten om reformernas bakgrund och de förväntningar som har förknippats och kan förknippas med dem utifrån teoretiska och erfarenhetsmässiga utgångspunkter.

Mot bakgrund av Ansvarskommitténs direktiv och MMC:s uppdragsbeskrivning har extra vikt lagts vid frågan om styrning av hälso- och sjukvården, särskilt vad gäller statens möjligheter att värna om en högkvalitativ vård på lika villkor för hela befolkningen. Minst upp-

märksamhet har ägnats åt olika finansieringslösningar, eftersom frågan ansetts ligga utanför uppdraget.

### **Hur väl fungerar vården totalt sett? – ”Health system performance”**

Ett *hälsosystem* enligt en allmänt vedertagen WHO-definition består av alla de aktiviteter och funktioner i samhället, som syftar till att främja och stödja god hälsa, såsom vård och omsorg, utbildning, miljöplanering, trafiksäkerhetsarbete m.m. [11]. *Hälso- och sjukvården* utgör därmed en del av det totala hälsosystemet. Termerna används dock ofta parallellt, och i praktiken avser många analyser av ”health system performance” just hälso- och sjukvårdens prestanda [12].

Hälso- och sjukvårdssystemens komplexitet gör att det kan vara svårt att göra en bedömning av hur väl systemen totalt sett fungerar. Internationella jämförelser och ”benchmarking” mellan olika länders sjukvårdssystem kan bidra till att belysa frågorna, men möjligheterna till meningsfulla jämförelser har hittills varit begränsade, då internationell statistik över hälsosektorn saknat uppgifter om vårdens kvalitet och utfall.

I Världshälsorapport 2000 redovisade WHO jämförelser mellan olika länders hälsosystem och hur bra eller dåligt de fungerar med hänsyn till en rad faktorer [11]. Rapportens metodik och resultat väckte stor uppmärksamhet och WHO blev utsatt för en massiv kritik världen över. Bland annat ifrågasattes om alla 191 medlemsländer hade samma mål för sina sjukvårdssystem, tillförlitligheten i de data som samlats in och valet av och sättet att väga ihop olika indikatorer till ett slutligt index.

Sveriges placering som nummer 23 i rapportens rangordning av världens hälsosystem väckte förvåning, kritik och diskussion. Motsvarande kritik uppstod även i Finland och Danmark, som också ansåg sig ha blivit orättvist bedömda. Av de nordiska länderna placerade sig Norge som nummer tre när det gällde graden av måluppfyllelse och som nummer 16 när det gällde sjukvårdskostnader. Därmed klarade sig Norge bäst av de fem länder som ingår i den nu aktuella analysen, som 11:e land i den sammanfattande jämförelsen. Storbritannien intog en 18:e plats, med sämre grad av måluppfyllelse än Sverige, men också avsevärt lägre hälso- och sjukvårdskostnader per capita.

En viktig orsak till att Sverige och de övriga nordiska länderna placerade sig lägre än förväntat i den sammanlagda bedömningen, var att WHO-jämförelsen inte enbart tog sikte på hälsosystemets grad av måluppfyllelse, utan relaterade den till de resurser som sjukvården förfogar över. Men även valet av mått på måluppfyllelse – funktionsjusterad förväntad livslängd (eng. "disability adjusted life expectancy") – har ifrågasatts, eftersom det i hög grad påverkas av faktorer utanför hälsosystemet. En brittisk studie illustrerade hur ländernas rangordning ändras, om man i stället använder begreppet "åtgärdbar dödlighet" som resultatmått [13]. Sverige och de övriga nordiska länderna flyttar sig uppåt när rangordningen baseras på den åtgärdbara dödligheten istället för på funktionsjusterad förväntad livslängd. För Storbritanniens del blir resultatet en väsentlig flytt nedåt. Eftersom möjligheterna att genom sjukvårdsåtgärder påverka utfallet är större vad gäller åtgärdbar dödlighet, kan rangordningen efter detta mått betraktas som mer rättvis för hälso- och sjukvårdens prestanda i de berörda länderna.

Frågan om hur väl hälso- och sjukvården i olika länder totalt sett fungerar saknar dock fortfarande giltigt svar. Detta till följd av att länderna inte tillämpar gemensamma strategier för systematisk uppföljning av "health system performance" och dess olika dimensioner. Till skillnad från England, har Sverige och de övriga nordiska länderna hittills saknat en nationell strategi för kontinuerlig uppföljning av hälso- och sjukvårdens kvalitet och kostnadseffektivitet, "Performance Assessment Framework". Avsaknad av rutinmässig systematisk uppföljning gör att uppföljningen av reformer för det mesta skett och sker på ad hoc-basis, i form av särskilda projekt.

För att på ett mer mångsidigt och tillförlitligt sätt kunna jämföra hälso- och sjukvårdssystemen mellan olika länder startade OECD i januari 2003 ett projekt i syfte att utveckla internationella kvalitetsindikatorer för vården [14]. Utvecklingen av gemensamma kvalitetsmått och mätmetoder har även pågått inom ramen för ett samarbetsprojekt under Nordiska Ministerrådet [15]. Det lär dock dröja innan de föreslagna gemensamma indikatorernas användbarhet testats i de berörda länderna och jämförande statistik kan redovisas i full skala.

Ambitionen i denna rapport har varit att i så hög grad som möjligt använda existerande information om olika dimensioner av hälso- och sjukvårdens prestanda. I begreppet kvalitet ingår i detta sammanhang

både hälso- och sjukvårdens medicinska kvalitet och vårdens ”kundkänslighet” (eng. ”responsiveness”), dvs. i vilken utsträckning vården är anpassad efter befolkningens behov och förväntningar.

### **1.3 Material och metoder**

Utgångspunkten i denna rapport har varit att sammanställa landspecifika fallbeskrivningar av reformarbetet i respektive lands hälso- och sjukvårdssystem. Materialet har i första hand utgjorts av sekundära källor, dvs. publicerade rapporter, vetenskapliga studier och statistik från databaser.

Samband mellan genomförda hälso- och sjukvårdsreformer och vårdens utfall har analyserats i en del tidigare publicerade vetenskapliga studier, men antalet sådana studier har varit litet. Ytterligare kunskap om eventuella samband har sökts i den detaljinformation som ingår i t.ex. OECD:s landsbeskrivningar, kompletterad med tilläggsinformation från andra skriftliga källor.

Tolkning av observerade systemskillnader och -likheter har gjorts mot bakgrund av dessa tentativa samband och genom hänvisningar till relevant teori. I tolkningsfasen har särskild uppmärksamhet ägnats åt de frågor, som specificerats närmare i uppdragshandlingen.

De flesta statistiska data som rapporten hänvisar till kommer från OECD:s publikationer och databaser [16,17]. Tvärsnittsdata som bygger på OECD:s uppgifter har nyligen sammanställts av svenska utredare och forskare, både vad gäller hälso- och sjukvårdens resurser i de aktuella länderna och olika aspekter av kvalitet och produktivitet [18,19]. I stället för att upprepa analyserna har en del uppgifter från dessa källor använts som delunderlag i rapporten.

Komplettering av information har gjorts genom intervjuer av hälso- och sjukvårdsexperter i Norge, Danmark, Finland och Storbritannien. Följande externa experter har bistått med värdefull information om och synpunkter på reformerna i de fem länderna:

Professor Kjeld Møller Pedersen, Syddanska Universitetet,  
Danmark

Professor Unto Häkkinen, Forsknings- och utvecklingscentralen för social- och hälsovården, STAKES, Finland

Forskningsledare Ulla Idänpään-Heikkilä, Forsknings- och utvecklingscentralen för social- och hälsovården, STAKES , Finland

Avdelningsdirektör Olav Valen Slåttebrekk, Social- och hälsodirektoratet, Norge

Professor Ivar Sønbo Kristiansen, Universitetet i Oslo, Norge

Professor Kieran Walshe, Universitetet i Manchester, Storbritannien

För den sammanställda rapportens innehåll och slutsatser svarar författarna från MMC: hälsosystemforskare Pia Maria Jonsson, forskningsassistent Emilie Agardh och professor Mats Brommels.

## Litteratur

1. Ansvarskommitténs direktiv, Dir 2003:10 Ansvarskommittén.
2. Ansvarskommitténs tilläggsdirektiv, Dir 2004:93.
3. Reformen vad avser uppgifts- och ansvarsfördelning mellan stat, region och kommun inom de nordiska länderna och England. MMC Projektplan. 2005-02-16.
4. Hälso- och sjukvårdsrapport 2001. Stockholm: Socialstyrelsen, 2001.
5. Oliver A, Mossialos E, Maynard A. The contestable nature of health policy analysis. *Health Economics* 2005;14:S3-S6.
6. Berman P. Health sector reform: making health development sustainable. *Health Policy* 1995;32:3-13.
7. Saltman RB, Figueras J (eds). *European Health Care Reform. Analysis of Current Strategies*. Copenhagen: World Health Organisation, Regional Office for Europe, 1997.
8. Møller Pedersen K. *Reforming decentralized integrated health care systems: Theory and the case of the Norwegian reform*. Oslo: Health Economics Research Programme at the University of Oslo, HERO, 2002.

9. Saltman RB, Figueras J, Sakellarides C (eds). Critical Challenges for Health Care Reform in Europe. Buckingham: Open University Press, 1999.
10. Kokko S, Hava P, Ortun V, Leppo K. The role of the state in health care reform. In: Saltman RB, Figueras J, Sakellarides C (eds). Critical Challenges for Health Care Reform in Europe, pp. 289-307. Buckingham: Open University Press, 1999.
11. The World Health Report 2000. Health Systems: Improving Performance. Geneva: World Health Organisation, 2000.
12. Measuring up. Improving Health System Performance in OECD Countries. Paris: OECD, 2002.
13. Nolte E, McKee M. Measuring the health of the nations: analysis of mortality amenable to health care. *BMJ* 2003;327:1129.
14. OECD Health Care Quality Indicator Project. <http://www.oecd.org>
15. Kvalitetsmåling i Sundhedsvæsenet. Rapport fra Nordisk Ministerråds Arbejdsgruppe. Göteborg: Nordiska hälsovårdshögskolan, 2003. (NHVRapport 2003:1)
16. OECD Health Data 2002, 2003, 2004 (olika årgångar). Paris: OECD.
17. OECD Health Data Quick Watch, October 2005. Paris: OECD. <http://www.oecd.org>
18. Anell A, Hjalte F. Resurser i svensk sjukvård. En jämförelse med Danmark, Frankrike, Norge, Storbritannien, Tyskland och USA. Med utgångspunkt i OECD Health Data 2004. Lund: IHE, 2004 (IHE e-rapport 2004:4).
19. Svensk sjukvård i internationell belysning – en jämförelse av vårdbehov, kostnader och resultat. Stockholm: Sveriges Kommuner och Landsting, 2005.



## 2. Norge

### 2.1 Hälso- och sjukvårdens struktur och ansvarsfördelning

Norge har cirka 4,5 miljoner invånare och 4,4 procent av befolkningen är 80 år eller äldre [1]. BNP per invånare år 2003 var 48 590 US dollar. Hälso- och sjukvårdskostnaderna motsvarade cirka 10,3 procent av BNP [2].

Som i Sverige är hälso- och sjukvården uppbyggd kring principen om lika tillgång till vård för alla medborgare. Hälso- och sjukvårdssystemet är i huvudsak offentligt och byggde före år 2002 på tre nivåer av parlamentarisk styrning, staten, 19 fylken (landsting) och 435 kommuner. Staten ägde ett fåtal sjukhus, medan resterande sjukhus ägdes av fylkena som var ansvariga för specialistvården [3].

År 2002 överfördes huvudmannaskapet för sjukhusen till staten som nu har både lagstiftande ansvar och finansierings- och driftansvar för sjukhusen och specialistvården, dock exklusive tandvården som fortfarande är ett ansvar för fylken och kommuner. Kommunerna har ansvar för primärvården, vilket inkluderar allmänläkarvård och hemsjukvård [4,5].

Hälso- och sjukvårdsorganisationen är efter reformen indelad i fem geografiska regioner som består av fem regionala hälsoföretag med sjukhus som dotterbolag. Varje regionalt hälsoföretag ansvarar för att befolkningen i det aktuella geografiska området får adekvat specialistvård. I dotterbolagen, som ägs av hälsoföretagen ingår ofta flera sjukhus. Både de regionala hälsoföretagen och varje sjukhus leds av en styrelse.

Även om hälsoföretagen formellt är fria att bedriva hälso- och sjukvården, styr staten verksamheten genom lagstiftning, styrelse-/företagsmöten samt olika typer av direktiv (årliga styrningsdokument). Staten är genom sitt ägarskap av de regionala hälsoföretagen även ansvarig för övergripande kvalitet i vården, liksom policyformulering och budgetering.

Före år 2002 fick landstingen ramanslag från staten, och länsadministrationen bestämde i princip hur pengarna skulle användas i hälso- och sjukvården. Efter statens övertagande av specialistsjukvården kontrollerar och ansvarar staten helt för finansiering av sjukhusen och ersättningen går främst till de regionala hälsoföretagen. Undantag gäller dock för poliklinisk behandling, som betalas direkt till enskilda vårdgivare från det norska riks försäkringsverket (*Rikstrygdeverket*), som

förvaltar den allmänna försäkringen.

*Statens Helsetilsyn* delar tillsammans med *Helse- och omsorgsdepartementet* ansvaret för kontroll och tillsyn över hälso- och sjukvården. *Sosial- og helsedirektoratet* å sin sida är ett förvaltningsorgan, som skall bidra till att verkställa nationell politik inom hälso- och socialsektorn. De flesta sjukhusen är offentliga, men det finns ett fåtal privata sjukhus som svarar för en liten del av den totala sjukvården.

Allmänläkarna är husläkare och fungerar som egna företagare som skriver kontrakt med kommunerna. År 2001 började en ny lag gälla om fast allmänläkarkontakt i den kommunala hälso- och sjukvården ("fastlegeordningen"). Denna innebar att allmänläkarna får betalt dels per capita, dels per prestation från Rikstrygdeverket.

Hälso- och sjukvård som bedrivs utanför institutionerna – den kommunalt drivna allmänläkarverksamheten, all sjukgymnastik i öppenvård samt viss privat verksamhet (t.ex. privata laboratorier och röntgenenheter) – finansieras i princip helt av den allmänna sjukförsäkringen. Privatförsäkringar förekommer i obetydlig omfattning.

I och med att huvudmannskapet överfördes till fem statliga hälsoföretag blev fylkenas betydelse kraftigt försvagad och det pågår en diskussion om deras fortsatta roll och uppgifter.

## 2.2 Om tillståndet i vården

Hälso- och sjukvården i Norge är i huvudsak offentligt finansierad, medan cirka 10–15 procent av de totala utgifterna täcks med avgifter från patienter. Hälso- och sjukvårdskostnaderna per invånare har under det senaste decenniet ökat relativt kraftigt, mellan 2001 och 2002 med 12,1 procent och mellan 2002 och 2003 med 4,2 procent.

År 2003 var de totala kostnaderna för hälso- och sjukvården cirka 3 807 US dollar per invånare. Därmed har Norge högre hälso- och sjukvårdskostnader per invånare än de flesta OECD-länder, med undantag för USA [6].

Den höga kostnadsnivån kan delvis förklaras av rekrytering av välbetald arbetskraft. År 2003 var antalet läkare i Norge 3,1 per 1 000 invånare och antalet sjuksköterskor 10,4 per 1 000 invånare. I Sverige var motsvarande siffror 3,3 respektive 10,2 per 1 000 invånare. Antalet akutvårdplatser var 3,1 per 1 000 invånare, vilket kan jämföras med 2,4

per 1 000 invånare i Sverige.

Befolkningens hälsa i Norge hör till världstoppen, men ligger aningen efter Sverige. År 2003 var den förväntade medellivslängden för en nyfödd pojke 77 år och för en nyfödd flicka 81,9 år. Motsvarande siffror i Sverige var 77,9 år respektive 82,4 år.

Under 2003 var spädbarnsdödligheten i Norge 3,4 barn per 1 000 levande födda, vilket kan jämföras med 3,1 per 1 000 i Sverige.

I Norge dog cirka 75 per 100 000 invånare i åtgärdbar dödlighet år 2001. Hjärt-kärlsjukdomar och cancer är de vanligaste dödsorsakerna i Norge liksom i Sverige. Dödligheten i hjärt-kärlsjukdomar har minskat från cirka 360 per 100 000 invånare år 1982, till drygt 300 per 100 000 invånare år 1992, till cirka 230 per 100 000 invånare år 2001. I Norge dog cirka 170 per 100 000 invånare i cancer år 2001.

Således har liknande förändringar i befolkningens sjuklighet skett i Norge som i Sverige. Medan dödligheten i hjärt-kärlsjukdom har minskat har det skett en ökning av muskel/skelettbesvär, diabetes/övervikt, astma och allergier, stroke, demens och depressioner. Sjukligheten är också beroende av socioekonomisk tillhörighet och generellt lever höginkomsttagare längre och är mindre drabbade av sjukdom än låginkomsttagare.

Uppföljningar av de senaste årens hälso- och sjukvårdsreformer tyder på uppåtgående trender vad gäller vårdkvalitet och befolkningens tillfredsställelse med vården. Dessa utvecklingstrender beskrivs närmare i anknytning till följande avsnitt om allmänläkarreform respektive sjukhusreform.

### **2.3 Hälso- och sjukvårdsreformer**

I följande tabell listas de viktigaste reformerna den norska hälso- och sjukvården genomgått de senaste tio åren. En närmare redovisning av utvecklingen återfinns i bl.a. Møller Pedersens rapport om reformeringen av den norska hälso- och sjukvården [5].

Lagarna om regional hälsoplanering, specialiserad hälso- och sjukvård, psykiatrisk vård och började gälla 1999 och de nya reglerna gällande patienters rättigheter år 2001.

Den *regionala hälsoplaneringen* kan ses som ett verktyg både för statlig planering och för formulering av lokala strategier mot bakgrund av

nationella prioriteringar. Planerna skall också fungera som verktyg för att bestämma lokala aktioners prioritet inom ett regionalt ramverk. De regionala hälsoplanerna skall utvecklas utifrån befolkningens behov och skall integrera sjukhusplaneringen i regionen.

*Lagen om specialiserad hälso- och sjukvård* består av reglering av specialiserad somatisk hälso- och sjukvård och alla regler om finansiella och organisatoriska frågor i psykiatrisk hälso- och sjukvård.

*Lagen om patienters rättigheter* rör, utöver patientens rätt till vård och att välja sjukhus, informationsfrågor såsom tillgång till information i patientjournalen samt krav på patientens samtycke till behandling.

Nedan ges en närmare beskrivning av de två reformer, som på senare år inneburit mest omfattande ändringar i hälso- och sjukvårdens struktur och ansvarsfördelning i Norge, *allmänläkarreformen och sjukhusreformen*.

Tabell 1. Reformen av det norska hälso- och sjukvårdssystemet

Årtal	Reform	Kommentarer
1997	Förändring av sjukhusens ersättnings-system	Kombination av anslag och DRG-ersättning, fylken får själva välja om de skall ersätta sjukhus utifrån DRG
1999	Regional hälsoplanering	Varje region skall enligt lag bifoga planer för förbättring till Socialdepartementet samt tillhandahålla uppföljningsinformation om implementering. Förstärkning av statlig koordinering och styrning
1999/2000	Mer autonomi för sjukhusen	Lagstiftning som tillåter fylken att skapa mer självständighet för sjukhusen
2001	Lagen om patienters rättigheter	Patientens rätt till vård, att välja sjukhus och läkare, att ta del av sin patientjournal samt krav på samtycke till behandling
2001	Allmänläkarreform	Patienterna får rätt att lista sig hos allmänläkare och kommunerna skyldighet att se till att dessa finns tillgängliga
2002	Sjukhusreform	Ansvar för sjukhusen flyttas från fylken till fem statliga hälsoföretag

### Allmänläkarreform (Fastlegeordning) 2001

Från och med 1 juni 2001 infördes i Norge en omfattande lagstadgad reformering av organisationen för allmänläkarvård [7]. Målsättningen var att garantera samtliga invånare en fast familjeläkarkontakt genom en privatiserad modell inom ramen för den offentligt organiserade och finansierade hälso- och sjukvården. Bättre och jämnare vårdkvalitet, ökad tillgänglighet, trygghet och kontinuitet samt en mer rationell

användning av den samlade läkarresursen nämndes som målsättningar för reformen.

Enligt lagen har kommunerna skyldighet att se till att samtliga invånare har möjlighet att välja sin fasta läkarkontakt och lista sig hos en allmänläkare. Listning sker per telefon till Trygdekontoret (försäkringskassan), varifrån läkaren får en uppdaterad lista varje månad.

Taxan är nationellt reglerad och fastställs i årliga förhandlingar mellan staten och läkarkårens representanter. Cirka 30 procent av ersättningen förväntas bygga på kapitering, dvs. den ersättning som kommunerna betalar till läkarna per listad patient, medan cirka 40 procent förväntas bli prestationsbaserat och betalas från Folketrygden. Resten av allmänläkarnas intäkter kommer från patientavgifterna.

Av samtliga reformer som på senare tid genomförts i de nordiska länderna har allmänläkarreformen blivit föremål för den mest systematiska uppföljningen och utvärderingen, delvis tack var öronmärkta pengar till Norges forskningsråd för finansiering av forskningsbaserad evaluering av reformarbetet. Av de statliga myndigheterna har Helse- och omsorgsdepartementet och den norska riksrevisionen sammanställt uppföljningsdata [8,9].

Uppföljningarna visar att befolkningen i Norge snabbt kom att omfattas av allmänläkarreformen. I slutet av år 2003 deltog 99,5 procent av befolkningen och 98 procent hade valt familjeläkare. Vid samma tidpunkt var enbart få läkartjänster vakanta i större kommuner.

Under de första åren, från 2000 till 2002 ökade statens (försäkringskassans) utgifter för allmänläkare med 42 procent. Ändringarna till följd av den nya finansieringsordningen och ersättningssystemet hade förväntats leda till en ökning med 30 procent. Antalet årsverk och familjeläkare ökade samtidigt med 14 procent. Sammanlagt skulle dessa två fenomen ha ökat kostnaderna med cirka 48 procent. I realiteten blev således statens utgifter efter införandet av reformen påtagliga, men utgiftsökningen ändå något lägre än förväntat.

För kommunernas del ökade utgifterna för primärvårdsläkarna med 9 procent från 1999 till 2002. De små kommunerna hade fått genomgående högre utgiftsökningar per invånare än större kommuner. Detta gällde även bruttoutgifter per läkare och år.

En nyligen publicerad ekonomisk uppföljning, som analyserat kostnadsutvecklingen mellan 1998 och 2003 visar att Folketrygdens utgifter

för allmänläkartjänsten ökade med hela 84 procent [10]. Kostnadsökningen var direkt relaterad till det ökade antalet läkararbetsår och den beslutade taxeökningen, dvs. medvetna politiska val och beslut. Däremot har genomförda studier inte visat på mer än marginella ändringar i antal besök per läkare och år eller i antal vidtagna undersökningar och behandlingar [11,12].

I läkarenkäter har ungefär två tredjedelar av de berörda läkarna varit positiva till fastlegeordningen. Detta lär delvis bero på de förbättrade ekonomiska villkoren. Kvinnliga läkare har varit något mindre nöjda med ordningen än manliga läkare och flera av kvinnorna har också avslutat sitt uppdrag. Från läkarhåll har "grindvaktfunktionen" under konkurrens upplevts som mer problematisk än förr. Fokus ligger nu snarare på servicekvalitet och att hålla patienterna nöjda [13].

Enligt läkarna har reformen bidragit till bättre medicinsk kvalitet genom bättre kontinuitet. I befolkningsenkäter har invånarna varit nöjdare med primärvårdsläkarna än tidigare, även om nöjdhet med telefontillgänglighet har minskat något [14].

En särskild frågeställning när det gäller allmänläkarreformen har handlat om dess betydelse för kostnader för akut läkarvård [15]. Fastlegeordningen innebar att allmänläkarna under dagtid skulle ta hand om de listade patienternas akuta besök. Beredskap för akut läkarvård (kommunal/interkommunal legevakt) utanför arbetstiden finansieras från tre källor: genom en fast timersättning, genom patientavgifter och via prestationsbaserad ersättning från riks försäkringsverket.

En uppföljningsstudie från Nordhordaland, som täckte perioden 1999–2002, då man övergick från lokal till interkommunal akut beredskap samt införde allmänläkarreformen, visade att allmänläkarna praktiskt taget slutade med hembesök hos akutpatienter. Även antalet konsultationer och telefonrådgivningar minskade. I stället kunde sjuksköterskorna handlägga nästan en tredjedel av de patienter som vände sig till den gemensamma interkommunala akutmottagningen. Därmed minskade riks försäkringsverkets utgifter för verksamheten med cirka två tredjedelar, medan kommunerna fick påtagliga kostnadsökningar.

Ett problem enligt det norska riks försäkringsverket har varit, att de minsta kommunerna haft de största kostnadsökningarna till följd av allmänläkarreformen, medan de dragit minst nytta av reformen. Enligt departementets kommentar till riksrevisionsverket var det senare egent-

ligen förväntat, dvs. allmänläkarreformen kom till för att i första hand avhjälpa problemen i större kommuner och städer.

Ur jämlikhetssynpunkt kan konstateras att småkommunerna fortfarande har svårt att rekrytera allmänläkare. De klarar inte heller kravet på två öppna listor inom rimligt avstånd till alla. Relativt många patienter har också fått byta läkare, då dessa flyttat eller avslutat. Detta har gällt särskilt kvinnliga läkare.

### **Sjukhusreform 2002**

Som framgått ovan tog staten den 1 januari 2002 över ansvaret för specialistsjukvården i Norge [16]. Reformen innebar att staten fick både drifts- och finansieringsansvar för verksamheten. Bakgrunden till reformen har analyserats av Møller Pedersen [5]. Han påpekar att det kanske inte var särskilt logiskt att just Norge – med sin relativt starka ekonomi och bra prestanda i hälso- och sjukvården – skulle införa en så genomgripande reform i hälso- och sjukvården.

Møller Pedersen studerade dokumentationen kring införandet av reformen för att analysera vilka argument som användes för att motivera ändringarna. Enligt honom var ökad effektivitet inte bland de första argumenten, de facto nämndes den knappast alls. Däremot anknöt många av problembeskrivningarna på ett eller annat sätt till bristande effektivitet: finansiella problem i hälsosektorn, växande köer och väntetider, personalbrist, geografisk ojämlikhet i utbudet av hälso- och sjukvårdstjänster samt observerade stora skillnader i resursutnyttjande mellan sjukhus.

Man ansåg att det fanns en oklar delning av ansvaret mellan staten och länen och man ifrågasatte om uppdelningen av ansvaret på de 19 fylkena var bästa sättet att organisera specialistvården vid sjukhus. Övertagandet innebar att staten blev ägare till landets sjukhus, som fick full frihet att driva och organisera sin verksamhet samt förfoga över sitt eget kapital. Genom att centralisera ägandet hoppades regeringen kunna reducera väntetider samt att komma tillrätta med ineffektivt resursutnyttjande och andra brister i hälso- och sjukvården. Den nya strukturen skulle även innebära en tydligare ansvarsfördelning.

Sjukhusen fick efter statens övertagande företagsstatus som innebär eget ansvar för personal, drift och ekonomi. Detta innebär att sjukhu-

sen själva kan förfoga över sitt kapital och sin finansiering, men de kan inte gå i konkurs. Resurserna kommer från staten via tillskott från de regionala hälsoföretagen. Ersättningarna till de regionala hälsoföretagen utgörs dels av statliga bidrag (ramanslag) och sedan 1997 också av aktivitetsbaserad ersättning. Storleken på denna ersättning är beroende av vilka och hur många insatser som utförs.

Sjukhusreformen har ännu inte hunnit bli föremål för särskilt ingående uppföljningar eller utvärderingar. Även i detta fall har särskilda forskningsmedel avsatts till stöd för reformevaluering, och de första resultaten från studierna förväntas under 2006. Ur organisationsynpunkt kan nämnas att de fem regionala hälsoföretagen alla valt en företagsstruktur, som innebär integrering av flera sjukhus till stora geografiska hälsoföretag. Detta kan tas som ett tecken på att man eventuellt bedömt fördelarna med stordrift – kostnads- och/eller kvalitetsmässiga – som större än fördelarna med konkurrens mellan olika sjukhus och enheter.

Enligt den årliga statistiksammanställningen för somatisk specialistsjukvård ökade utgifterna för specialistsjukvården mellan 2003 och 2004 med 3,1 procent [17]. Antal vårdtillfällen, inkl. dagkirurgi, ökade med 4,3 procent, vilket tyder på viss ökad produktivitet i specialistsjukvården. Ökad aktivitet har setts i alla regionerna, men ökningstakten varierar.

Kostnadsfördelningen mellan de fem hälsoregionerna har ansetts vara problematisk och principerna ("nycklarna") för framtida tilldelning av medel har setts över.

Antal individer som väntade på behandling minskade mellan 2001 och 2004, men ökade mellan 2004 och 2005 med 5 procent. Medianväntetiden förkortades mellan 2001 och 2004, men var oförändrad mellan 2004 och 2005. I den senaste mätningen ses inga större regionala skillnader i detta avseende.

Man har fäst särskild uppmärksamhet vid frågan om hur aktivitetsökningen på sjukhus fördelats mellan patienter med kroniska respektive akuta tillstånd. Till skillnad från vad som befarades, har ökningen varit relativt jämnt fördelad mellan kategorierna, dvs. förbättringar i akutvården har inte fått negativa konsekvenser för de kroniskt sjuka.

Befolkningens tillfredsställelse med sjukhusvårdens tillgänglighet och kvalitet hade ökat mellan 2000 och 2003 [18]. Hur de regionala varia-

tionerna i tjänsteproduktionen utvecklats efter reformen är för tidigt att bedöma idag.

## Litteratur

1. Länder i fickformat nr 417 Norge. Stockholm: Utrikespolitiska institutet, 2004.
2. OECD Health Data Quick Watch, October 2005.
3. Health Care Systems in Transition. Norway. AMS 5012667 (NOR) 2000. European Observatory on Health Care Systems. Copenhagen: WHO, 2000.
4. Svensk sjukvård i internationell belysning – en jämförelse av vårdbehov, kostnader och resultat. Stockholm: Sveriges Kommuner och Landsting, 2005.
5. Møller Pedersen K. Reforming decentralized integrated health care systems: Theory and the case of the Norwegian reform. Oslo: Health Economics Research Programme at the University of Oslo, HERO, 2002.
6. Economic Survey of Norway 2005 (Chapter 4): The performance of the Norwegian health care sector. Paris: OECD, 2005.
7. Ot.prp. nr. 99 (1998-99) Om lov om endringer i lov 19. november 1982 nr. 66 om helsetjenesten i kommunene og i visse andre lover (fastlegeordningen).
8. Statusrapport om fastlegeordningen i Norge etter to og et halvt år – erfaringer fra og med innføringen 1.6.2001 til og med 31.12.2003. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet, desember 2004.
9. Riksrevisjonens undersøkelse om forvaltning av og måloppnåelse i fastlegeordningen. Oslo: Riksrevisjonens administrative rapport nr. 1, 2005.
10. Grytten J, Skau I, Sørensen R. Fastlegereformen og folketrygdens utgifter til allmennlegetjenesten. Tidsskr Nor Lægeforen 2005;125: 2812- 14.
11. Sørensen RJ, Grytten J, Skau I. Kontraktsvalg og tjensteproduksjon i allmennlegetjenesten. Tidsskr Samfunnsforsk 2003;44:147-68
12. Sandvik H. Fastlegeordningen – forventninger og erfaringer. Tidsskr Nor Lægeforen 2003;123:319-21.

13. Carlsen B, Norheim OF. Introduction of the patient-list system in general practice. Changes in Norwegian physician's perception of their gatekeeper role. *Scand J Prim Health Care* 2003;21:209-13.
14. Grytten J, Skau I, Carlsen F. Brukertilfredshet i allmennlegetjenesten før og etter fastlegereformen. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2004;124:652-54.
15. Jøsendal O, Aase S. Legevaktaktivitet før og etter innføring av interkommunal legevakt och fastlegeordning. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2004;124:506-07.
16. Ot.prp. nr. 66 (2000-2001) Om lov om helseforetak m.m. (helseforetaksloven).
17. Samdata Somatikk sektorrapport 2004. Trondheim /Oslo: SINTEF Helse, 2005.
18. Carlsen F, Grytten J, Skau I. Befolkningens tilfredshet med sykehuse før og etter sykehusreformen. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2005;125:2034-37.



### 3. Danmark

#### 3.1 Hälso- och sjukvårdens struktur och ansvarsfördelning

Danmark har cirka 5,4 miljoner invånare och cirka 4 procent av befolkningen är 80 år eller äldre [1]. Danmark är en monarki och den parlamentariska demokratin har hittills varit uppbyggd på tre nivåer: det nationella parlamentet (Folketinget), de 14 länen (amtskommuner) och 275 primärkommuner. Som framgår nedan pågår för närvarande en omfattande omstrukturering med avskaffandet av amter och minskning av antalet kommuner.

Danmarks BNP år 2003 var 39 200 US dollar per invånare. Kostnaderna för hälso- och sjukvården motsvarade cirka 9,0 procent av BNP [2].

Hälso- och sjukvårdssystemet i Danmark har sedan 1970 varit organiserat utifrån tre nivåer: nationell (stat), regional (amter) och lokal nivå (kommuner) [3]. Systemet har varit decentraliserat och ansvaret för finansiering och tillhandahållandet av nästan all hälso- och sjukvård har skett på regional och lokal nivå. Trots detta har det funnits viktiga samverkansformer mellan stat, landsting och kommuner.

På nationell nivå har hälsoministeriet haft ansvar för lagstiftning, övervakning och riktlinjer. Varje år har hälsoministeriet och finansdepartementet deltagit i budgetförhandlingar med Landstingsförbundet och Nationella Kommunförbundet för att sätta upp mål för hälsoutgifterna. De 14 amterna på regional nivå har ägt och drivit sjukhus och mödravårdscentraler. Kommunerna har ansvarat för service såsom sjukhem, hemsjuksköterskor, hemhjälp, tandläkare och skolhälsovård.

Just nu pågår en strukturreform i Danmark som innebär att amterna ersätts med fem regioner som skall ansvara för hälso- och sjukvården [4,5]. Dessutom kommer antalet kommuner att minska från 275 till färre än 100 och bli betydligt större än de är idag. De fem regionerna med direktvalda politiker, vilka ersätter amterna skall ha hand om hälso- och sjukvården (utom primärvården som är kommunal) och regional utveckling. Kommunerna kommer även att ta över en hel del av amternas uppgifter, och tvingas därmed bli större och mer bärkraftiga.

De flesta sjukhus är offentliga och staten styr som lagstiftare, finansieringsansvarig och driftsansvarig. Det finns privata vinstdrivande sjukhus, men de bedriver som regel inte akut vård och svarar för en obetydlig andel av antalet vårdplatser.

Allmänläkare är husläkare och fungerar som egna företagare och skriver kontrakt med kommunerna. Ersättningssystemet har i stort sett varit oförändrat sedan början av 1970-talet med ungefär en tredjedel kapite-ring och resten ersättning per prestation.

När amterna avskaffas tar staten över finansieringsansvaret, men formerna för detta är fortfarande (hösten 2005) något oklara. Regionerna kommer inte, trots att de styrs av direktvalda politiker, få ta ut skatt. Därmed får Danmark två skattenivåer, kommun och stat. Staten kommer att ta ut en särskild hälsoskatt av medborgarnas inkomster. Verksamheten kommer att finansieras dels via statsbidrag och dels av kommunerna.

Frivillig privat försäkring är relativt vanlig i Danmark och omfattar cirka 40 procent av befolkningen. Dock täcker den endast några få procent av hälso- och sjukvårdskostnaderna, med undantag för tandvård och läkemedel där andelen är större.

Flertalet danskar är försäkrade i danmark, som är en icke-vinstdrivande organisation bildad när de gamla sjukförsäkringarna avskaffades 1973. Närmare 300 000 danskar är försäkrade i kommersiella bolag, nästan uteslutande för elektiv kirurgi och vanligtvis betalt av arbetsgivaren. Varken danmark eller de kommersiella bolagen täcker akut vård. Cirka 16 procent av de totala kostnaderna för hälso- och sjukvården täcks med avgifter från patienterna.

### **3.2 Om tillståndet i vården**

Av OECD:s årliga sammanställningar av hälso- och sjukvårdsdata framgår att hälso- och sjukvårdskostnaderna per invånare i Danmark är ungefär på samma nivå som motsvarande kostnader i Sverige, 2 763 US dollar jämfört med 2 703 US dollar (2003). Den årliga kostnadsökningen har under 2000-talet varit som regel lägre än i Sverige.

Antalet korttidsvårdplatser är fler än i Sverige, 3,4 per 1 000 invånare. Antalet sjuksköterskor per invånare är jämförbart med Sverige, 10,3 per 1 000 invånare, medan läkartätheten är något lägre i Danmark, 2,9 läkare per 1 000 invånare jämfört med 3,3 per 1 000 i Sverige.

År 2003 var den förväntade medellivslängden för en nyfödd pojke i Danmark 74,9 år och för en nyfödd flicka 79,5 år. Särskilt för kvinnornas del har den allmänna hälsoutvecklingen varit negativ i Danmark

jämfört med övriga Norden, där kvinnornas förväntade livslängd är kring 82 år.

Även spädbarnsdödligheten i Danmark är högre än i övriga Norden, år 2003 dog 4,4 barn per 1 000 levande födda under det första levnadsåret, vilket kan jämföras med 3,1 per 1 000 barn i Sverige och i Finland.

Dödlighet i s.k. åtgärdbara dödsorsaker är högre i Danmark än i övriga Norden: år 2001 dog cirka 125 per 100 000 invånare av dessa dödsorsaker. Dödligheten i hjärt-kärlsjukdomar har minskat från cirka 380 per 100 000 invånare år 1982, till drygt 320 per 100 000 invånare år 1992, till cirka 250 per 100 000 invånare år 2001.

Cirka 215 per 100 000 invånare dog i cancer år 2001. Cancerdödligheten är klart högre än t.ex. i Sverige, särskilt för kvinnor, vilket delvis satts i samband med de danska kvinnornas rökvanor. Det har också rapporterats om omfattande ojämlikhet i hälsa och dödlighet bland olika socioekonomiska grupper i Danmark.

Trots ovan beskrivna förhållanden har EU:s jämförelser av befolkningens tillfredsställelse med hälso- och sjukvården i det egna landet – den s.k. Eurobarometern – visat att befolkningen i Danmark rapporterar något högre tillfredsställelse med vården än befolkningen i Sverige [6].

### 3.3 Hälsa- och sjukvårdsreformer

Tabell 2 ger en översikt av de viktigaste reformerna i det danska hälso- och sjukvårdssystemet under det senaste decenniet.

Tabell 2. *Reformer av det danska hälso- och sjukvårdssystemet*

Årtal	Reform/ändring	Kommentar
1993	Lagen om patienters fria val av sjukhus	
1994	Hovedstadens Sygehusfælleskab H:S skapas	
1993–1994	Första väntelistegarantin	
1998	Lagen om patienters rättigheter	
2001	Apoteksmonopol avskaffas i detaljhandeln	För ett begränsat antal receptfria läkemedel
2001	DRG i stället för per diem ersättning införs	
2002	Ny typ av väntelistgaranti	Patienter har rätt att söka valfri vård antingen på privata kliniker/sjukhus eller utomlands om väntetiden är längre än 2 månader
2004	Kommunalreform	Politisk överenskommelse nås om omstrukturering av kommun- och regionstrukturen, vilken träder i kraft 2006–07

I stora drag har reformeringen i Danmark följt samma huvudlinjer som i de övriga jämförelseländerna: förstärkning av patienträttigheter, reduktion av väntetider, införandet av betalning per prestation med hjälp av DRG-systemet samt avskaffandet av apoteksmonopolet.

Följande avsnitt tar upp bakgrunden till och konstruktionen av den

danska kommunalreformen med vittgående konsekvenser för hälso- och sjukvårdens struktur och ansvarsfördelning.

### **Kommunalreformen 2005–2007**

År 2002 tillsatte den danska regeringen den s.k. Strukturkommissionen i syfte att utreda den danska kommun- och regionstrukturen [7]. År 2004 hade en politisk överenskommelse förhandlats fram gällande avskaffandet av amterna och reducering av antalet kommuner. Reformen i sin helhet skall gälla från och med början av år 2007.

Enligt den danska regeringen är syftet med kommunalreformen att medborgarna skall få högre kvalitet för insatserna i den offentliga sektorn, särskilt inom hälso- och sjukvården [8]. Den offentliga sektorn skall moderniseras så att den lever upp till framtidens krav gällande närhet, kvalitet och effektivitet. Regeringen önskar offentligt ägda sjukhus i världsklass där alla ska ha lika och gratis tillgång till vård och behandling av hög kvalitet utan onödig väntetid.

Man uppger också att man eftersträvar en förstärkning av den lokala demokratin genom starkare kommuner. Mer sammanhängande insatser för svaga grupper och klar ansvarsfördelning utan gråzoner är andra uttryckta målsättningar för reformen.

Det pågående reformarbetet bygger till stora delar på Strukturkommissionens slutrapport av januari 2004. Kommissionen ansåg att förvaltningsenheterna i Danmark var för små i förhållande till de uppdrag som lagstiftaren givit dem. De mindre kommunerna ansågs ha otillräcklig verksamhetsmässig uthållighet på en rad områden och dessutom onödigt höga utgifter per invånare. De 14 amterna ansågs för små för att kunna optimalt planera sjukhusverksamheten.

Bland annat med hänvisning till den demografiska utvecklingen förutspådde man att problemen skulle växa i framtiden om inget gjordes. Man ansåg att problembilden och utvecklingstendenserna i samhället entydigt pekade i riktning mot större och mer bärkraftiga enheter som skulle kunna säkra en bättre samordning i produktionen av bl.a. sjukvårdstjänster.

Som underlag för diskussionen lanserades och prövades ett antal olika strukturlösningar: modeller med tre direktvalda nivåer (inklusive oförändrad ansvarsfördelning med enbart ändrad storlek på amter

och kommuner); modeller med två direktvalda förvaltningsnivåer och ett eller flera indirekt valda förvaltningsled; samt en modell med två direktvalda förvaltningsled ("statsmodell" där allt ansvar fördelas mellan kommunerna och staten).

Generellt menade kommissionen att frågan om såväl kommun- som regionstorlek måste ha sin grund i den tilltänkta ansvarsfördelningen. Dock gjorde man den sammanvägda bedömningen att planeringen av hälso- och sjukvården skulle kräva färre och större regioner, högst 7–8 stycken, och i vilket fall som helst inte färre än tre. För huvudstadsområdet bedömdes att den bästa lösningen skulle vara att bilda en större region eller amt.

Den sedermera fastställda reformen innebär att amterna ersätts av fem sjukvårdsregioner som styrs av direktvalda politiker [9]. Antalet kommuner minskas från 275 till färre än 100 och de får större ansvar för rehabilitering och förebyggande arbete. Kommunerna förväntas ha minst 30 000 invånare och skall bli medborgarnas primära ingång till de offentliga tjänsterna. Mindre men bärkraftiga kommuner kan fortsätta om de ingår samarbetsavtal med andra kommuner. Medborgarna skall kunna vända sig till ett och samma ställe då de har behov av offentliga tjänster. Ingen skall behöva bollas mellan olika myndigheter.

Finansieringen av hälso- och sjukvården ändras radikalt när amtskatten avskaffas [10]. De fem nya regionerna har ingen beskattningsrätt, utan finansieringen kommer till stora delar att ske via staten, som indriver ett enhetligt hälso- och sjukvårdsbidrag. Regionernas intäkter kommer framöver från två håll: från staten baserat på befolkningsunderlaget (cirka 80 procent) och från kommunerna (cirka 20 procent). Kommunerna har gjorts delbetalningsansvariga för sjukhusvård i syfte att ge incitament för effektiv förebyggande arbete i befolkningen.

Regeringen anger att man vill garantera att förändringarna sker utan en förhöjning av den genomsnittliga skattenivån.

Medan det funnits stor enighet mellan olika parter vad gäller övergången till större regioner, har finansieringsmodellen och de tentativa konsekvenserna av att regionnivån inte bibehåller beskattningsrätten väckt mycken debatt. Det har bland annat förts fram, att modellen strider mot viktiga decentraliseringsprinciper i skandinavisk sjukvård.

Ett annat debattämne har varit hur de praktiserande familjeläkarna, som i Danmark driver sina mottagningar i privat regi, skall samarbeta

med kommunerna när det gäller förebyggande vård och socialmedicin [11]. Tidigare byggde hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande arbete samt rehabilitering på ett gemensamt ansvar. Nu skall hela ansvaret vila på kommunerna, men frågan är hur de finansiella incitament som kommunerna har att undvika inläggning på sjukhus kan kopplas ihop med familjeläkarnas ansvar och verksamhet.

### **Uppföljning och öppna redovisningar**

Redan före kommunalreformen hade man i Danmark gjort relativt omfattande satsningar på utveckling av en nationell kvalitetsmodell och öppna redovisningar av kvaliteten i hälso- och sjukvården [12]. Beslut om ett nytt oberoende Nationellt kvalitetsinstitut i Århus fattades senhösten 2004. Institutet skall utveckla den danska kvalitetsmodellen och följa upp kvaliteten i vården med en årlig budget om 20 miljoner Dkr [13].

Man ansåg att ett oberoende institut behövdes, eftersom uppgifterna inte kunde placeras på den danska socialstyrelsen (Sundhedsstyrelsen), som är ansvarig tillsynsmyndighet över sektorn. Det nya institutets styrelse består av representanter för sjukhusen, inrikes- och hälsoministeriet (Sundhedsministeriet) och Sundhedsstyrelsen. Den sistnämnde utser styrelseordföranden.

Enligt planerna skall institutet börja publicera behandlingsresultat och övriga kvalitetsvärderingar på avdelningsnivå från och med 2006. Det är således för tidigt att uttala sig om hur väl de öppna redovisningarna fungerar i syfte att förbättra vården.

## Litteratur

1. Länder i fickformat nr 418 Danmark. Stockholm: Utrikespolitiska institutet, 2004.
2. OECD Health Data Quick Watch, October 2005.
3. Health Care Systems in Transition. Denmark 2001. EUR/01/5012667 (DEN) 2001, Copenhagen: WHO, 2001.
4. Svensk sjukvård i internationell belysning – en jämförelse av vårdbehov, kostnader och resultat. Stockholm: Sveriges Kommuner och Landsting, 2005.
5. Wendt C, Thompson T. Social austerity versus structural reform in European health systems: a four-country comparison of health reforms. *Int J Health Serv* 2004;34:415-33.
6. Hälso- och sjukvård. Lägesrapport 2003. Stockholm: Socialstyrelsen, 2004.
7. Danska Strukturkommissionens sammanfattning. PM 2004-02-20. Stockholm: Svenska Kommunförbundet och Landstingsförbundet.
8. Det nye Danmark – en enkel offentlig sektor tæt på borgaren. København: Danska regeringen, April 2004.
9. Indenrigs- og sundhedsministerens Rådgivende Udvalg. Sundhedsvæsenets Organisering, Sygehuse, incitamenter, amter og alternativer. København: Sundhedsministeriet, 2003.
10. Møller Pedersen K, Christiansen T, Bech M. The Danish health care system: evolution – not revolution – in a decentralized system. *Health Economics* 2005;14:S41-S57.
11. Forebyggelse, sundhedsfremme, rehabilitering i kommunalt regi – fremtidigt samarbejde mellem Sundhedsstyrelsen og kommunerne. København: Sundhedsstyrelsen, 2005.
12. Det Nationale Indikatorprojekt <http://www.nip.dk/>
13. Den Danske Kvalitetsmodel [http://www.sst.dk/Tilsyn/Kvalitetsforbedring/Den Danske Kvalitetsmodel.aspx?lang=da](http://www.sst.dk/Tilsyn/Kvalitetsforbedring/Den_Danske_Kvalitetsmodel.aspx?lang=da)

## 4. Finland

### 4.1 Hälso- och sjukvårdens struktur och ansvarsfördelning

Finland har cirka 5,2 miljoner invånare och 3,7 procent av befolkningen är 80 år eller äldre [1]. Finland är en republik och år 2000 tillkom en ny författning, som innebär mer begränsad makt för presidenten och förstärkt inflytande för regering och riksdag. Sedan 1996 är Finland indelat i fem storlän. De 444 kommunerna ansvarar för skolor och hälso- och sjukvård.

BNP år 2003 var 31 000 US dollar per invånare och hälso- och sjukvårdens andel av den cirka 7,4 procent [2]. Efter flera decennier av tillväxt inträffade en dramatisk konjunkturedgång i början av 1990-talet. Socialpolitiken och sociallagstiftningen ger medborgarna ett skyddsnet, men systemet bantades relativt kraftigt till följd av krisen på 1990-talet.

De uttalade långsiktiga målen för finsk hälso- och sjukvård är att uppnå bästa möjliga hälsa för medborgarna och reducera skillnaderna i hälsa mellan olika sociala grupper. Primärvården drivs sedan 1970-talet av hälsocentraler, i vissa fall i primärkommunal samverkan. Sedan 1980-talet har ett system med egenläkare utvecklats. Detta innebär att en primärvårdsläkare tillsammans med ett vårdlag har ansvaret för en geografiskt avgränsad befolkning.

Valfriheten vad gäller läkare och sjukhus är i praktiken begränsad, särskilt i de mindre kommunerna [3,4]. I större kommuner och städer finns, i jämförelse med Sverige, relativt många privatpraktiserande specialistläkare t.ex. inom gynekologi, ögonsjukvård och kardiologi. Även företagshälsovården, som i Finland erbjuder både hälso- och sjukvård, utgör ett alternativ för den yrkesverksamma delen av befolkningen.

De flesta primärvårdsläkare är anställda på månadslön. I egenläkarsystemet avlönas läkarna med en kombination av lön (60 procent), kapitering (20 procent) fee-for-service (15 procent) och ersättning från kommunerna (5 procent). De flesta sjukhus är offentliga.

Hälso- och sjukvården är ett primärkommunalt ansvar och kommunerna finansierar 42 procent av de totala kostnaderna. För specialistvård sker obligatorisk samverkan i kommunalförbund (sjukhusdistrikt). Kommunerna förhandlar årligen om volymer och priser med respektive sjukhusdistrikt.

Förhandlingarna mellan kommunerna och sjukhusdistrikten resulterar i en överenskommelse om kommunernas betalningsandelar och där-

med en totalkostnadsram. Statsbidragen utgår till kommunerna, inte till producenterna och motsvarar cirka 18 procent av de totala kostnaderna. Till detta kommer 15 procent från den nationella försäkringen avseende bl.a. läkemedel i öppen vård. Cirka 20 procent av de totala hälso- och sjukvårdskostnaderna täcks med avgifter från patienterna.

Ungefär 10 procent av befolkningen har tagit privata försäkringar, vilka täcker cirka 3 procent av kostnaderna. En viss ökning har skett under senare år, främst kopplat till rehabilitering. Delvis sker detta inom ramen för företagshälsovården.

Sedan statsbidragsreformen i början på 1990-talet har statens detaljstyrning minskat och inriktningen har varit att styra med hjälp av information, ramlagar och försöksprojekt [5,6].

## 4.2 Om tillståndet i vården

År 2003 var kostnaderna för hälso- och sjukvården i Finland enligt OECD 2 118 US dollar per invånare [2]. Efter mycket blygsamma kostnadsökningar under 1990-talet har ökningstakten under 2000-talet varit jämförbar eller (från 2002 till 2003) något högre än i Sverige.

Hälso- och sjukvårdskostnaderna i Finland ligger således på en internationellt sett relativt låg nivå [7]. En orsak anses vara hälso- och sjukvårdspersonalens relativt låga lönenivå i Finland. En annan orsak kan vara att utgifterna för institutionsvård av äldre statistikförs på ett annat sätt än i en del andra OECD-länder.

År 2003 var antalet korttidsvårdplatser ungefär som i Sverige, 2,3 per 1 000 invånare. Antalet sjuksköterskor var något lägre än i Sverige, 9,3 per 1 000 invånare i Finland jämfört med 10,3 per 1 000 i Sverige. Läkartätheten i Finland var 2,6 läkare per 1 000 invånare jämfört med 3,3 per 1 000 invånare i Sverige.

Befolkningens, särskilt männens hälsotillstånd, är något sämre i Finland än i Sverige. År 2003 var den förväntade medellivslängden för en nyfödd pojke 75,1 år och för en nyfödd flicka 81,8 år. Den stora könsskillnaden i förväntad livslängd, 6,7 år i Finland jämfört med 4,5 år i Sverige, är karakteristisk för länder med hög hjärt-kärl dödlighet.

Medan de finska männen hör till de sjukaste i Europa är spädbarnsdödligheten i Finland (liksom i Sverige) lägst i världen: 3,1 barn per 1 000 levande födda dog under det första levnadsåret 2003.

År 2001 dog cirka 82 per 100 000 invånare i s.k. åtgärdbara dödsorsaker. De vanligaste dödsorsakerna var cirkulationssjukdomar och cancer. Befolkningens dödlighet i hjärt-kärlsjukdomar minskade från cirka 460 per 100 000 invånare år 1982 till drygt 380 per 100 000 invånare år 1992 till cirka 260 per 100 000 invånare år 2001. Ändå är hjärt-kärl-dödligheten bland männen fortfarande internationellt sett på en hög nivå. Samtidigt har Finland de lägsta dödstalen i cancer i Norden: år 2001 dog cirka 140 per 100 000 invånare i en cancerdiagnos. Det har påvisats stora skillnader i dödlighet bland vuxna i olika sociala grupper och geografiska regioner.

Enligt EU:s upprepade Eurobarometerundersökningar har befolkningens tillfredsställelse med vården i Finland varit bland de högsta bland EU-15 länderna [8].

En färsk OECD-rapport redovisar resultat från en omfattande granskning av läget i den finska hälso- och sjukvården [9]. Man konstaterar att det nuvarande kostnadsläget är lågt, både i jämförelse med övriga Norden och i jämförelse med OECD-genomsnittet. Dock har läkemedelskostnadernas andel av hälso- och sjukvårdens totala kostnader vuxit snabbare i Finland än i Norden och i OECD.

Medan den finska hälso- och sjukvården enligt bedömare starkt bidragit till den positiva hälsoutvecklingen och bedriver t.ex. mycket aktiv cancerscreening, påpekas problem när det gäller jämlikhet i vården. Det finska systemet med en relativt välutbyggd och kostnadsfri företagshälsovård tycks innebära att den yrkesverksamma delen av befolkningen har bättre tillgång till allmänläkarvård än de övriga befolkningsgrupperna. Däremot tror OECD:s granskare att den nya vårdgarantin (se nedan) kommer att minska de tidigare problemen med internationellt sett långa väntetider till elektiv kirurgi [10].

För att öka jämlikheten rekommenderar OECD-gruppen en utökning av tjänsteproduktionen i primärvården genom att öka antalet läkare och förstärka sjuksköterskornas roll i arbetet. Man anser också att sjukhusens produktivitet kunde förbättras bl.a. genom en minskning av antalet sjukvårdsdistrikt.

### 4.3 Hälso- och sjukvårdsreformer

I Finland har det senaste decenniets utveckling karakteriserats av implementering av många parallella åtgärder i form av försök, projekt och program och möjligen av en viss ambivalens, när det gäller frågan om hur den regionala nivån skall utformas. Den problembild som de senaste åren lyfts fram handlar om att de små finska kommunerna inte klarar av sitt tillhandahållansvar. Kommunal ägarstyrning av kommunalförbund anses inte fungera väl.

Den nya vårdgarantin kan ses som en snabbverkande medicin för att förbättra tillgängligheten och jämna ut geografiska skillnader, medan kommun- och servicestrukturprojektet försöker hitta en mer grundläggande lösning på problemen.

Det senaste decenniets viktigaste reformer inom den finska hälso- och sjukvården framgår av följande tabell.

Tabell 3. Reformen av det finska hälso- och sjukvårdssystemet

Årtal	Reform	Kommentar
1993	Statsbidragsreformen	Total ansvarsöverföring från staten till primärkommunerna, successiv reduktion av statlig finansieringsandel, övergång till informationsstyrning
2002	Nationella sjukvårdsprojektet	Nivåhöjning av statsbidrag, finansiella instrument för strukturförändringar
2005	Lagstadgad vårdgaranti	Definierar längsta väntetider för icke-brådskande vård. Kopplad till nationella riktlinjer för vård och behandling
2005–2006	Kommun- och servicestrukturprojektet	Efterstavar större geografiska enheter som underlag för tjänster som kommunerna har ansvar för

#### Vårdgarantin 2005

Det uttalade syftet med den nationella vårdgarantin, som trädde i kraft i Finland den 1 mars 2005, är att förbättra vårdens tillgänglighet och att utjämna regionala variationer i tillgänglighet och medicinsk praxis.

Vårdgarantin bygger på ändringar i flera av de lagar, som reglerar finsk hälso- och sjukvård, bl.a. lagen om specialiserad sjukvård [11].

Garantin definierar längsta väntetider till icke-brådskande vård och gäller både primärvård och specialistvård. Den förutsätter att den vård-sökande under kontorstid kan få omedelbar kontakt med hälsocentralen och att en bedömning av eventuellt vårdbehov görs inom tre vardagar.

En viktig del av garantin utgörs av nationella riktlinjer för vård och behandling [12]. Dessa definierar gemensamma bedömningskriterier och behandlingsindikationer vid olika sjukdomar och tillstånd. Uppmärksamhet fästs också vid primärvård, psykiatri och samverkan med socialtjänst.

Finlands läkarförbund har nyligen publicerat resultat från två färskas uppföljningar av effekter av vårdgarantin, vilka genomfördes drygt ett halvår efter införandet av garantin [13]. I en läkarenkät ansåg cirka 60 procent av läkarna från vårdcentralerna att vårdgarantin medfört en ökad arbetsbörda. Bland sjukhusläkarna var motsvarande andel något lägre, drygt 50 procent. En ökad arbetsbörda rapporterades särskilt av läkare som arbetar på vårdcentraler med befolkningsansvar och där antalet patienter är stort, såsom i huvudstadsregionen och andra större städer.

Knappt hälften av läkarna vid vårdcentralerna ansåg att patienterna når vårdcentralen lättare efter införandet av vårdgarantin. Cirka hälften av samtliga läkare trodde att väntetiderna till specialistbedömning på sjukhus och till kirurgisk behandling hade blivit kortare.

I en parallell befolkningsenkät ansåg 74 procent av respondenterna, att man fick telefonkontakt med vårdcentralen tillräckligt snabbt och 65 procent att man fick ett läkarbesök inom rimlig tid. Trettioåtta procent av respondenterna ansåg att man efter införandet av vårdgarantin fått snabbare kontakt med vårdcentralen än före införandet av den. Ungefär lika många ansåg att väntetiden till läkarbesök blivit kortare.

Åttiosex procent av de som besökt vårdcentralen var mycket nöjda eller ganska nöjda med den vård man fått, medan 13 procent var mycket eller ganska missnöjda. Mest nöjda med vården var invånarna i de mindre kommunerna.

## Kommun- och servicestrukturprojektet 2005–2006

En omfattande utredning av kommun- och servicestrukturen i Finland startades i maj i år. Projektet leds från inrikesministeriet. Syftet är att reformera kommun- och servicestrukturen så att det strukturella och ekonomiska underlaget för de tjänster som kommunerna har ansvar för skall vara tillräckligt stabilt för att garantera kvalitet, resultat, tillgänglighet och effektivitet [14].

Reformen kommer sannolikt att omfatta ändringar i kommunindelningen och kommunövergripande samarbete. I projektets uppdrag ingår att ta vara på bästa praxis för olika sätt att producera och tillhandahålla tjänster och att lägga fram förslag till styr- och utvecklingssystem och forskning. Att utvärdera fördelningen av uppgifter och kostnader mellan staten och kommunerna är en central del av uppdraget.

Som underlag för diskussion och ställningstaganden har tre alternativa modeller framtagits: primärkommunmodell, distriktsmodell och regionkommunmodell. *Primärkommunmodellen* bygger på s.k. pendlingsområden. Målet är att antalet invånare i en primärkommun skall vara minst 20 000–30 000. Kommunerna skall ha ansvar både för finansiering och tillhandahållande av tjänster. Området har representativ demokrati och direkt medborgarinflytande. Specialistsjukvård och specialiserade socialvårdstjänster, som förutsätter ett större befolkningsunderlag, skall kommunerna beställa av sjukvårdsdistrikten eller andra tjänsteproducenter genom att utnyttja möjligheten till konkurrensut-sättning. Antalet sjukvårdsdistrikt minskar och högspecialiserad vård koncentreras till de fem universitetssjukvårdsdistrikten.

I *distriktsmodellen* integreras socialvården, primärvården och special-sjukvården i en och samma organisation i syfte att rationalisera funktionerna och höja produktiviteten. Ansvaret för tillhandahållandet av tjänsterna överförs till "social- och hälsovårdsdistrikten", som upprätthålls av kommunalförbund. I denna modell skall befolkningsunderlaget vara minst 100 000 invånare. Social- och hälsovårdsdistriktets primära uppgift är att tillhandahålla tjänsterna genom att beställa dem, men distriktet har också egen serviceproduktion. Det förutsätts jämföra sin egen produktion med andra producenters tjänster. Högspecialiserad vård koncentreras till några nationella enheter.

Finansieringen av social- och hälsovårdsdistriktet skall till största delen bygga på befolkningsbaserade kommunala betalningsandelar, som

fastställs i förväg. Statsbidragen betalas till kommunerna. I distrikten beslutar de förtroendevalda om servicenätet och utgiftsramarna för social- och hälsovården.

Enligt *regionkommunmodellen* bildas 20–25 regionkommuner i landet. De nuvarande kommunerna blir närkommuner. Modellen för huvudstadsregionen behandlas som en separat fråga. Regionkommunerna har ansvaret för tillhandahållandet av tjänsterna. Detta innebär inte att de skall centralisera tillhandahållandet och distributionen av tjänster, utan att tjänsterna produceras utifrån lokala behov och förutsättningar. En del av tjänsterna kan påföras närkommunerna lagstiftningsvägen. Regionkommunerna kan dessutom delegera uppgifter till närkommunerna.

Skatterna och statsbidragen går till regionkommunerna. När regionkommunerna delegerar tjänster till närkommunerna sker det med avtalsstyrning. För de lagstadgade uppgifterna kan adekvata resurser avsättas, till exempel som en fast procentuell andel av regionens skatteinkomster, ett uppgiftsbaserat tillägg, bonus eller liknande lösningar.

Fullmäktige i regionkommunerna och närkommunerna väljs genom direkta folkval. Servicen i regionkommunerna och närkommunerna skall organiseras med hjälp av ny teknik och nya möjligheter. Det behövs samarbete mellan regionkommunerna när arbetsfördelningen på nationell nivå fastställs, bland annat inom den specialiserade sjukvården. Regionala och språkliga särdrag kan vägas in när gränserna för regionkommunerna och/eller arbetsfördelningen mellan region- och närkommunerna slås fast.

De eventuella ändringarna i kommunstrukturen är tänkta att genomföras i snabb takt. Projektgruppen skall under 2005 bereda ett förslag till de uppgifter som skall överföras från kommunerna till staten. Senast i maj 2006 skall gruppen lämna ett förslag avseende tillhandahållaransvaret och sättet att producera tjänsterna. I maj–juni 2006 skall regeringen fatta beslut om de framtida finansierings-, organisations- och produktionsstrukturerna samt dra upp linjerna för eventuella ändringar i kommunindelningen. Avsikten är att den nya lagstiftningen skall träda i kraft från början av 2007.

De alternativa modellerna har under hösten debatterats livligt i Finland, inte minst på de tjugotal landskapsvisa seminarier, som projektet anordnat på olika håll i landet [14]. Resultatet av debatten är inte

givet, men det är osannolikt att modellen med primärkommuner kan lösa de problem som utgör utgångspunkten för reformeringen. Därmed kan någon av de alternativa modellerna, eventuellt modifierad, ha större möjlighet att bli implementerad.

## Litteratur

1. Länder i fickformat nr 419 Finland. Stockholm: Utrikespolitiska institutet, 2004.
2. OECD Health Data Quick Watch, October 2005.
3. Health Care Systems in Transition. Finland 2002. EUR/02/5037245 (FIN) 2002. European Observatory on Health Care Systems. Copenhagen: WHO, 2002.
4. Svensk sjukvård i internationell belysning – en jämförelse av vårdbehov, kostnader och resultat. Stockholm: Sveriges Kommuner och Landsting, 2005.
5. Häkkinen U. The Impact of Finnish Health Sector Reforms. Discussion paper 2/2005. Helsinki: Centre for Health Economics CHESS at STAKES, 2005.
6. Häkkinen U, Lehto J. Reform, change, and continuity in Finnish health care. *Journal of Health Politics, Policy and Law* 2005;30:79-96.
7. Hälso- och sjukvårdsutgifter samt finansiering år 2003. *Statistikmeddelande* 4/2005. Helsingfors: Forsknings- och utvecklingscentralen för social- och hälsovården, STAKES, 2005.
8. Det nye Danmark – en enkel offentlig sektor tæt på borgaren. København: Danske regeringen, April 2004.
9. OECD Reviews of Health Systems – Finland. Paris: OECD, 2005.
10. Siciliani L, Hurst J. Explaining Waiting Times Variations for Elective Surgery across OECD Countries. *OECD Health Working Papers No.7*. Paris: OECD, 2003.
11. Lag om ändring av lagen om specialiserad sjukvård. Given i Helsingfors den 17 september 2004. *Finlands författningssamling* 856/2004.
12. Enhetliga grunder för icke-brådskande vård. *Handböcker* 2005:6. Helsingfors: Social- och hälsovårdsministeriet, 2005.
13. Finlands Läkarförbund, *Meddelande* 19.10.2005.  
<http://www.laakariliitto.fi>

14. Reformen av kommun- och servicestrukturen.

<http://www.intermin.fi/hankkeet/paras/home.nsf/pages/indexsve>

15. Pekkarinen T. Avstamp för kommunstrukturreformen (ledare).  
Suomen lääkärilehti [Finlands läkartidning] 2005;60:3952.



## 5. Storbritannien

### 5.1 Hälso- och sjukvårdens struktur och ansvarsfördelning

Storbritannien har cirka 59,3 miljoner invånare och 4,3 procent av befolkningen är 80 år eller äldre [1]. Storbritannien är en monarki med parlamentet som högsta lagstiftande organ. Parlamentets överhus, som mest består av ledamöter som ärvt sin titel har en begränsad politisk makt, men kan skjuta upp beslut för viss tid. Underhuset är den egentliga lagstiftande församlingen och har ensam beslutanderätt i skatte- och anslagsfrågor.

Storbritannien är indelat i 467 kommunala och regionala enheter. Utanför de stora städerna ansvarar grevskap (län) för t.ex. utbildning och social service, medan den kommunala nivån hanterar t.ex. bostadsfrågor och renhållning.

År 2003 var BNP per invånare i Storbritannien 30 300 US dollar och hälso- och sjukvårdens andel av BNP cirka 7,7 procent [2].

Drygt fyra briter av fem bor i England, som har drygt 49 miljoner invånare. År 1999 fick Skottland med ungefär 5 miljoner invånare och Wales med knappt 3 miljoner invånare visst självstyre bl.a. över ekonomisk utveckling och hälso- och sjukvård. Hälso- och sjukvårdssystemens utformning har därför vissa olikheter. Följande beskrivning av förhållanden i vården gäller främst den engelska delen av Storbritannien.

Hälso- och sjukvården styrs av regeringen. Parlamentet stiftar lagar och beslutar om generella policyfrågor. Det sociala välfärdssystemet omfattar allmän hälso- och sjukvård (*National Health Service, NHS*), som skall förse alla invånare med avgiftsfri läkarvård. Ideologin bakom NHS är att staten skall stå för hälso- och sjukvården som skall vara fri och tillgänglig för alla oavsett inkomst [3]. Regeringen fastställer budgeten för NHS.

Hälsodepartementet har det yttersta övergripande ansvaret för hälso- och sjukvården. Den högste tjänstemannen, *Permanent Secretary* leder en rad undergrupper och avdelningar såsom Folkhälsogruppen, Socialvårdsgruppen, Omvårdnadsgruppen och Forsknings- och Utvecklingsgruppen. *Chief Medical Officer (CMO)* erbjuder medicinska expertråd till hela departementet. NHS är en departementet underställd statlig myndighet vars *Chief Executive* är chef för "koncernledningen" (*NHS Executive, NHSE*). NHSE stöttar ministrarna i utvecklingen av hälsopolitik och strategier och är ansvariga för kostnadseffektiv använd-

ning av resurser inom NHS. Förutom i högkvarteret i Leeds har NHSE regionala kontor runt om i landet som är ansvariga för regional implementering av nationell politik och handlingsstrategier.

Det finns drygt 300 primärvårdsenheter, så kallade *Primary Care Trusts (PCT)*. Deras roll är att motta de statliga budgetmedlen samt att inneha rollen som planerare, finansörer och beställare gentemot utförarna/vårdgivarna, framförallt sjukhus och allmänläkarmottagningar.

Den sekundära vården organiseras främst i *NHS Trusts*, som driver sjukhus, akutvård, ambulanstjänster och specialistkliniker. Om en NHS Trust visar god kvalitet och prestationer i sin verksamhet, kan den nå en mer oberoende ställning och bli en s.k. *Foundation Trust*.

En planeringsnivå ovanför primärvården och den sekundära vården finns 28 strategiska hälsovårdsmyndigheter, så kallade *Strategic Health Authorities (SHA)*. Dessa är organiserade efter geografiska områden och har ett uppföljnings- och samordningsansvar gentemot de lokala vårdgivarna, dock inget direkt vare sig driftslednings- eller beställaransvar.

Som en försäkran att decentraliseringen inte ökar geografiska skillnader i hälso- och sjukvården har man upprättat NICE, *National Institute for Clinical Excellence*. NICE utfärdar nationella riktlinjer för behandling av sjukdomar, samt styr med dessa primärvårdsenheterna och sjukhusen mot användning av kostnadseffektiva och etiska metoder.

Det finns en tydlig gräns mellan privat och offentlig hälso- och sjukvård. Den privat finansierade primärvården är försumbar. När det gäller sjukhusvård produceras en del vård, framförallt elektiv kirurgi, av privata sjukhus, s.k. *Independent Sector Treatment Centres*.

Allmänläkare organiseras av PCTs och fungerar som grindvakter. Allmänläkarna är juridiskt egna företagare, men majoriteten arbetar inom NHS och ersätts helt med offentliga medel via en kombination av kapitation och prestationsbaserad ersättning.

NHS är i huvudsak (till cirka 85 procent) offentligt finansierad och bygger på principen vård efter behov med låga eller inga patientavgifter. Den allmänna sjukvården finansieras till allra största del genom statlig skatt, kompletterat av socialförsäkringsavgifter (national insurance contribution) och patientavgifter.

Cirka 8 procent av de totala kostnaderna för hälso- och sjukvården täcks med avgifter från patienterna. Privata sjukvårdsförsäkringar har tecknats av drygt 10 procent av befolkningen, vilket utgör cirka 4 procent av de samlade hälso- och sjukvårdsutgifterna.

## 5.2 Om tillståndet i vården

År 2003 uppgick de totala hälso- och sjukvårdskostnaderna i Storbritannien till 2 231 US dollar per invånare. Kostnaderna var relativt låga i jämförelse med Sverige, 2 703 US dollar per invånare, och i jämförelse med OECD-genomsnittet, 2 307 US dollar per invånare [3,4]. Kostnaderna för hälso- och sjukvården per invånare har under 2000-talet ökat med mellan 4,1 och 6,9 procent per år.

Efter tidigare brist på hälso- och sjukvårdspersonal har man på senare år aktivt försökt öka antalet läkare och sjuksköterskor. År 2003 fanns det 9,1 sjuksköterskor per 1 000 invånare, vilket kan jämföras med 10,2 per 1 000 i Sverige och 8,2 per 1 000 i hela OECD. Läkartätheten i Storbritannien var 2,2 per 1 000 invånare, dvs. lägre än OECD-genomsnittet 2,9 per 1 000 invånare och betydligt lägre än läkartätheten i Sverige, 3,3 per 1 000 invånare.

Antalet akutvårdplatser år 2003 var 3,7 per 1 000 invånare, vilket ligger aningen under OECD-genomsnittet 4,1 per 1 000 invånare. I Sverige var motsvarande siffra avsevärt lägre, 2,4 per 1 000 invånare.

Befolkningens allmänna hälsotillstånd är sämre i Storbritannien än i Sverige. År 2003 var den förväntade medellivslängden för en nyfödd pojke 76,2 år och för en nyfödd flicka 80,7 år. Siffrorna tyder på ungefär 1,5 år kortare livslängd i Storbritannien än i Sverige.

Spädbarnsdödligheten i Storbritannien var betydligt högre än i Sverige, 5,3 per 1 000 barn jämfört med 3,1 per 1 000 barn år 2003.

De vanligaste dödsorsakerna även i Storbritannien är cirkulations- sjukdomar och cancer. Dödligheten i hjärt-kärlsjukdomar minskade från cirka 440 per 100 000 invånare år 1982, till drygt 340 per 100 000 invånare år 1992, till cirka 260 per 100 000 invånare år 2001. Cirka 180 per 100 000 invånare dog i cancer år 2001.

Flera studier har visat på betydande skillnader i hälsotillstånd och i utnyttjandet av hälso- och sjukvårdstjänster mellan olika socialgrupper [5,6].

Under 1990-talet hade Storbritannien internationellt sett mycket långa köer och väntetider till vård och behandling [7]. Senare trender i vårdens tillgänglighet tas upp i anknytning till beskrivning av konsekvenser av det reformarbete som påbörjades år 1997.

Befolkningens tillfredsställelse med vården i Storbritannien har i Eurobarometerundersökningarna varit bland de lägsta bland EU15-länderna [8].

## 5.3 Hälso- och sjukvårdsreformer

### Reformer under Labourregeringar 1997–

Storbritanniens hälso- och sjukvårdssystem har sedan Labour vann valet 1997 genomgått stora förändringar och är fortfarande under förändring [9,10]. Som en reaktion mot de konservativas hälso- och sjukvårdspolitik – med bl.a. obalans i efterfrågan och utbud, kapacitetsbrist samt låga kostnader för hälso- och sjukvården i jämförelse med andra europeiska länder – lade Labourregeringen 1997 fram planer för ett reformerat NHS [11]. Intern marknad och konkurrens, vilka varit i fokus tidigare under 1990-talet, skulle ersättas av samarbete och kompanjonskap. Den andra Labourregeringen lanserade en expansionsplan för NHS, som innebar att regeringen skulle tillskjuta en årlig real expansion på 7 procent fram till år 2008 [12].

I syfte att jämna ut regionala orättvisor delade man in Storbritannien först i 481 primärvårdsgrupper, vilka sedermera blev 303 PCTs. Varje PCT finansieras genom ett befolkningsbaserat viktat statsbidrag. PCTs kontrakterar allmänläkare och annan primärvårdspersonal inom sitt område och svarar för produktion av primärvårdstjänster. I det nya system, som började fungera i april 2004, fick PCTs även självständig rätt att beställa hälso- och sjukvårdstjänster av sjukhusen. Detta innebar att PCTs fick stort inflytande över NHS budget, varvid deras roll och mandat även blivit föremål för en viss debatt [13].

Samtidigt med organisering av PCTs etablerades 175 NHS Trusts samt de 28 strategiska hälsovårdsmyndigheterna, SHAs, med uppgift att samordna och övervaka vårdens utfall [14].

I slutet av 1990-talet etablerades två nationella institut i syfte att främja hög och jämn kvalitet och kostnadseffektivitet i vården: *National Institute for Clinical Excellence (NICE)* och *Commission for Health Improvement (CHI)*. NICE utfärdar riktlinjer för vård och behandling och skall motverka geografiska skillnader i vårdens innehåll och resultat. På basis av ekonomisk utvärdering av medicinska teknologier skall NICE se till att evidensbaserade, kostnadseffektiva interventioner prioriteras och implementeras i vården.

CHI fick i uppdrag att följa upp och främja följsamhet till NICE riktlinjer och s.k. *National Service Frameworks (NSF)*, vilka definierar standards för vård vid olika sjukdomar och tillstånd. Samtidigt krävde regeringen resultat i form av prestationsökningar, tillgänglighet, kvali-

tet och effektivitet. Hälso- och sjukvårdsdepartementet hade fokus på mät- och uppföljningsbara mål vilka kopplades till expansionsplanen och även till NSF.

År 2003 fick CHI i uppdrag av Hälso- och sjukvårdsdepartementet att upprätta en lista, där man rangordnar NHS Trusts efter hur väl man lyckas med hälso- och sjukvården. Rangordningen ("*star rating*") bygger på indikatorer på bl.a. väntetider, antal operationer, effektivitet och vårdkvalitet. En bra bedömning kunde ge en Trust en större självständighet, medan ett dåligt betyg kunde leda till förlorad chefsposition el dyl.

De som blir högt rankade kan ansöka om att byta organisationsform, och ombildas till en Foundation Trust. Detta innebär bl.a. att man får större självständighet från staten, samt att man vinner ökad frihetsgrad, får kontroll över sina egna budgetmedel och slipper alltför frekventa externa inspektioner.

Under de senaste åren har en prioritet i Labourregeringens politik varit att ge patienter större inflytande och rätt att välja vårdgivare samt att införa betalning efter resultat. Detta har syftat till att sätta press på sjukhus och kliniker att prestera bättre genom att ge mindre pengar för färre behandlingar. Enligt regeringens nyare ambitioner fästs också stor uppmärksamhet vid eliminering av ojämlikhet i hälsa och vårdens utfall, vilka också följs upp effektivt.

Den 1 april 2004 introducerades s.k. "*Quality and Outcomes Framework, QOF*" som en del av allmänläkarnas kontraktering. Detta innebär att läkarna nu har ekonomiska incitament att demonstrera hög vårdkvalitet och praxis enligt etablerade riktlinjer [15]. QOF täcker 11 vanliga sjukdomsgrupper såsom diabetes, hjärtsjukdom och cancer, vilka skall följas upp och redovisas enligt fastställda indikatorer. Utöver rent kliniska indikatorer ingår i QOF även dimensioner som organisation och patientupplevelse.

Enligt den uppföljningsrapport från högste chefen för NHS, som publicerades i maj 2005 har vårdens tillgängligheten, mätt med ett flertal mått, klart förbättrats [16]. Sannolikt har detta skett till följd av flera, delvis successiva åtgärder och samtidigt utökade resurser till vården. Etablerandet av *Independent Sector Treatment Centres* vid sidan av *NHS Foundation Trusts* har bidragit till ökad kapacitet.

Samtidigt som aktivitetsnivån på akutmottagningar och hos privat-

praktiker ökat har väntetiderna till akutbesök förkortats. Likaså demonstreras ökad aktivitet parallellt med kortare väntetider till planerade besök och till planerad sjukhusvård. Detta har tveklöst påverkats av det till "performance indicators" knutna styrsystemet, då chefernas fortsatta anställning och lön är beroende av att man nått de uppställda effektivitets- och tillgänglighetsmålen.

### **Uppföljning och öppna redovisningar**

Som framgått ovan har Storbritannien utvecklat omfattande nya system för nationell styrning av hälso- och sjukvården. De nya aktiviteterna har kopplats ihop med önskan om ökat patient- och konsumentinflytande i vården enligt regeringens plan "*Creating a Patient-led NHS*".

Sedan 2003 har *The Healthcare Commission*, som är efterträdare till det tidigare CHI, ett brett mandat att inspektera, följa upp och utvärdera hälso- och sjukvården, både den vård som produceras inom NHS och fr.o.m. 2006/2007 även vård som produceras av övriga aktörer.

I sina bedömningar skall kommissionen använda ett set gemensamma standards (*Standards for Better Health*), som publicerades sommaren 2004. Dessa fokuserar på sju dimensioner av tjänsteproduktion: patient-säkerhet, klinisk effektivitet och kostnadseffektivitet, management och ledarskap, patientfokus, tillgänglighet och kundkänslighet, vårdmiljö samt folkhälsoaspekter.

Ett centralt uppdrag är att förse patienter, befolkningen, vårdproducenter, administratörer och beslutsfattare med tillförlitlig och användbar information om läget i vården. Kommissionen understryker att alla dess analyser och rapporter skall göras tillgängliga för samtliga målgrupper, inklusive patienter och befolkningen. En av de allra första produkterna har varit en *State of the Healthcare Report*, som i ansats liknar de svenska lägesrapporter över hälso- och sjukvården, som publicerats 2003 och 2004 [17]. Den brittiska rapporten är emellertid mer omfattande – både när det gäller volym och använda resurser – och skall publiceras varje år på direkt beställning av parlamentet.

En annan instans, som etablerades år 2003, men som ägnar sig åt mer traditionell reglering inom NHS, är den s.k. *Monitor*, en autonom oberoende granskare, som bl.a. godkänner NHS Foundation Trusts [18]. En ytterligare aktör inom ett närliggande område är *The National*

*Patient Safety Agency*, som tillkommit som svar på de uppmärksammade kvalitets- och säkerhetsproblemen i vården i Storbritannien och internationellt [19].

## Litteratur

1. Länder i fickformat nr 409 Storbritannien. Stockholm: Utrikespolitiska institutet, 2004.
2. OECD Health Data Quick Watch, October 2005.
3. Health Care Systems in Transition. United Kingdom. European Observatory on Health Care Systems. Copenhagen: WHO, 1999.
4. Economic Survey of the United Kingdom 2005: Public Services and Infrastructure: Tracking the Improvements (Chapter 3). Paris: OECD, 2005.
5. Dixon A, Le Grand J, Henderson J, Murray R, Poteliakhoff F. Is the NHS equitable? A review of the evidence. LSE Health and Social Care Discussion Paper Number 11. London: London School of Economics, 2004.
6. Department of Health. Tackling Health Inequalities: The Results of a Consultation Exercise. London: Department of Health, 2002.
7. Siciliani L, Hurst J. Explaining Waiting Time Variations for Elective Surgery across OECD Countries. Paris: OECD, 2003.
8. Hälso- och sjukvård. Lägesrapport 2003. Stockholm: Socialstyrelsen, 2004.
9. Oliver A. The English National Health Service: 1975-2005. *Health Economics* 2005;14:S75-S99.
10. Ham C. Reforming the English NHS: 1997-2005. Presentation på seminarium, Sveriges Kommuner och Landsting, Maj 2005.
11. Department of Health. The New NHS: Modern, Dependable. London: Stationery Office, 1998.
12. Department of Health. The NHS Plan – A plan for investment. A plan for reform. London: The Stationery Office, 2000.
13. Smith J, Mays N. Primary care trusts: do they have a future? Yes as guardians of public sector commissioning; no as service providers (editorial). *BMJ* 2005;331:1156-57.
14. Higgins J, Bradshaw J, Walshe K. The developing role of the strategic health authorities: summary report. Manchester: Centre for

Public Policy and Management, The University of Manchester Business School, April 2005.

15. ] Quality and Outcomes Framework Information.

<http://www.ic.nhs.uk/services/gof>

16. Chief Executive's Report to the NHS: May 2005. London: Department of Health, NHS, 2005.

17. State of Healthcare Report 2004. London: Commission for Healthcare Audit and Inspection, 2004.

18. Monitor. Independent Regulator of NHS Foundation Trusts.

<http://www.monitor-nhsft.gov.uk>

19. National Patient Safety Agency. <http://www.npsa.nhs.uk>

## 6. Diskussion och slutsatser

### 6.1 Skillnader och likheter i hälso- och sjukvårdens allmänna förutsättningar

Många av de fenomen som funnits bakom önskan att reformera hälso- och sjukvården i Norden och i Storbritannien är allmänt kända och i stort gemensamma för hela västvärlden. *Den demografiska utvecklingen* – med en allt större andel äldre och en allt mindre andel individer i yrkesverksam ålder i befolkningen – befaras ge en obalans i välfärdssystemens intäkter och utgifter. Jämfört med de övriga nordiska länderna och Storbritannien har Sverige den högsta andelen ”äldre äldre” i befolkningen. Samtidigt har olika svenska och internationella studier kommit till olika slutsatser vad gäller utvecklingen av de äldres hälsa [1,2]. Vissa studieresultat tyder på att befolkningens stigande ålder kanske inte innebär så stora påfrestningar på hälso- och sjukvården som man trodde för några år sedan.

Om man blickar i historiens backspegel kan man konstatera att många av de europeiska välfärdssystemen klarat av avsevärt mera dramatiska demografiska ändringar, med förlust av födelsekohorter på väg in i arbetslivet och enorm förstörelse av infrastruktur och kapital i samband med andra världskriget, men ändå kommit på fötterna under efterkrigstiden. Anpassningsförmågan i de sociala välfärdssystemen kan tänkas vara större än vad som ibland framhävs i den allmänna debatten.

Hälso- och sjukvårdens *ekonomiska förutsättningar* har som bekant ett starkt samband med den allmänna ekonomiska utvecklingen; högre BNP innebär som regel högre hälso- och sjukvårdsutgifter per invånare. Därutöver gäller att rikare länder har en benägenhet att allokera en större andel av sin BNP till hälso- och sjukvården. Med andra ord: i rikare länder är man villiga att prioritera hälsofrågorna högre än i fattiga länder.

När det gäller de länder som jämförs i denna rapport har det allmänna ekonomiska läget varit mest gynnsamt i Norge, vilket också speglats i hälso- och sjukvårdskostnadernas utveckling. Den norska välfärden har bidragit till att man i Norge har en stor och välbetald personalresurs, både läkare och sjuksköterskor. Det har hävdats att om Sverige hade behållit sin topplacering från 1980-talet i OECD-ländernas ekonomiska liga hade man i början av 2000-talet årligen kunnat tillföra hälso- och sjukvården cirka 30 miljarder kronor [3].

I Finland har kommunernas kärva ekonomi under 1990-talet bidragit till att särskilt personalkostnaderna hållits nere. Samtidigt är man idag relativt ense om att alla kommuner inte klarar av sina åtaganden på ett tillfredsställande sätt. Det finns också önskemål om att höja hälso- och sjukvårdens andel av BNP till en "europeisk nivå". Samma önskan har i Storbritannien omvandlats till ett konkret politiskt program med målsättningen att öka NHS:s budget med 7 procent per år.

Strävan efter att öka hälso- och sjukvårdens resurser är inte bara en reaktion på de demografiska ändringarna, utan bygger också på medvetenhet om de kostnadsökningar som kan förväntas till följd av den *medicinteknologiska utvecklingen*. Nya teknologier, inklusive läkemedel är som regel dyrare än gamla och används dessutom ofta med vidare indikationer.

Även om det fortfarande finns tydliga åldersgradienter i tillgång till och användning av avancerad och dyrbar medicinsk teknologi, håller evidensbaserade, effektiva behandlingsmetoder att spridas även till de allra äldsta. Det finns inga entydiga data som beskriver i vad mån detta är ett uttryck för att vi drabbas av sjukdom senare i livet – och att vissa kostnader för sjuklighet därmed skjuts upp – och i vad mån högre ålder innebär att vi hinner insjukna flera gånger om – dvs. att kostnader för högteknologisk vård staplas på varandra till följd av ökade behov. Redan idag riktar sig stora delar av avancerad akutsjukvård såsom hjärtintensivvård till befolkningen i åldrar över 65 år och vissa verksamheter såsom kataraktsjukvården omfattar bara ett fåtal patienter i yrkesverksam ålder.

Befolkningens *ökade förväntningar och krav* på hälso- och sjukvården, inklusive de allt starkare meningsyttringarna från t.ex. pensionärsorganisationerna, är en ytterligare faktor som drivit sjukvårdsreformerna i de beskrivna länderna. Missnöjet med och kraven på bättre tillgänglighet har varit gemensamt för de studerade länderna och olika lösningar i form av öronmärkta pengar och väntetidsgarantier har prövats i mer än ett decennium. Att just bristande tillgänglighet hamnat i fokus kan förklaras av att denna typ av problematik är lätt för befolkningen att känna igen, medan t.ex. brister i den medicintekniska kvaliteten kan vara svårare att upptäcka och ojämlikhet drabbar svaga medborgargrupper som har svårt att hävda sina rättigheter.

Det är inte osannolikt att konsumentkraven framöver även kommer att handla om bättre, och jämnare medicinsk kvalitet och säkerhet. Vårdskonsumenternas allt bättre utbildningsnivå och sjunkande respekt för "kunskapseliter", tillsammans med vårdgivarnas skyldighet att öppet redovisa sina resultat, kommer att driva på utvecklingen. Den politiska viljan för att bättre beakta konsumenternas önskan och att involvera dem i beslutsfattandet i vården har hittills kommit till mest konkret uttryck i det engelska NHS, men samma tendenser kan ses i de nordiska länderna.

## 6.2 Svagheter i nuvarande system

Hälso- och sjukvårdssystemens nuvarande utformning kan betraktas som en funktion av historiska och politiska trender och samhällsekonomisk utveckling, sammanvävd med fenomenen av nationell och kulturell karaktär, exempelvis när det gäller ländernas indelning i geografiska regioner. Även om bakgrundsbilden i viss mån varierar, finns det många styrkor och svagheter som är gemensamma länderna emellan.

Samtliga fem länder är kända för att prioritera mål avseende jämlikhet och vård på lika villkor högt. Detta har varit en del av grunden för att bygga upp Beveridge-typen av integrerade decentraliserade sjukvårdssystem, där det offentliga traditionellt ansvarat för både finansiering och produktion av tjänster. Även de problem, som blivit förknippade med hälso- och sjukvården i de aktuella länderna har varit likartade; bristande tillgänglighet och kundkänslighet ("responsiveness"), liksom farhågor om att systemet inte främjat en kostnadseffektiv produktion av tjänster.

Under 1990-talet handlade en stor och central del av sjukvårdsdebatten om att i en krympande ekonomi öka vårdens produktivitet och effektivitet. Som svar på problemen spred sig s.k. New Public Management som ideologi i hälso- och sjukvården. Det blev vanligt att införa marknadsliknande styrmekanismer, främst beställarutförarmodeller och aktivitetsbaserade ersättningsystem för specialistsjukvård. Utvecklingen innebar att nya möjligheter öppnades för konkurrens mellan olika vårdproducenter, däribland privata aktörer. Medan denna utveckling fortfarande pågår, är dess konsekvenser för systemets produktivitet och effektivitet inte helt entydigt beskrivna, delvis därför att data om

produktivitet varit svåra att ta fram. Några sjukvårdshuvudmän som introducerade beställarutförarmodellen under 1990-talet har redan återgått till den ursprungliga modellen.

I samtliga fem länder har sökandet pågått efter optimal balans mellan lokal autonomi/när demokrati och homogen tjänsteproduktion över landet. Grundfrågan handlar om hur stora lokala och regionala variationer i vårdproduktion och vårdens tillgänglighet och kvalitet som är försvarbara i autonomins och när demokratis namn. Medan de allra flesta (som uttalar sig i sjukvårdsdebatten) tycks vara eniga om att när demokrati och beslutsfattande nära medborgarna har något av ett odiskutabelt egenvärde, kan förhållningssättet till förekomsten av geografiska variationer skilja sig.

Enligt Hälso- och sjukvårdslagen utgör visserligen god hälsa och vård på lika villkor målsättningen för hälso- och sjukvården i Sverige, men de variationer i vårdproduktion och vårdkvalitet som under flera års tid varit kända och på senare år också regelbundet redovisats till regering och riksdag, har inte lett till särskilt kraftiga reaktioner. Den debatt som förts om cancer vården har möjligen brutit trenden, kanske därför att såväl befolkningen som politikerna inom detta verksamhetsområde har relativt lätt att se de potentiellt allvarliga konsekvenserna av variationerna.

I ett mer akademiskt perspektiv har frågan om samband mellan vårdverksamhetens volym och kvalitet blivit uppmärksammas i samtliga länder och väsentligt spätt på reformdebatten i t.ex. Danmark. Medan det bevisligen går att hitta små verksamheter med mycket god kvalitet och stora verksamheter med påtagliga kvalitetsproblem, tyder en del av den vetenskapliga litteraturen på att ett statistiskt samband föreligger [4]. (Däremot finns inte övertygande bevis för generella stordriftsfördelar i sjukvården [5].) Det är således inte förvånande att de decentraliserade systemen genererar frågor om ökat statligt ansvar och bättre styrmöjligheter för att garantera vård på lika villkor till hela befolkningen. Övergången till större regioner i Danmark och diskussionerna därom i de övriga länderna kan ses som en direkt konsekvens av att problematiken ägnas uppmärksamhet.

Ett klassiskt problem i samtliga fem länder har varit vårdens tillgänglighet, dvs. vad som uppfattats som orimliga väntetider och köer till framförallt specialistsjukvården. Problematiken hänger ihop med frågan

om produktivitet och har i flera av länderna klart påverkat befolkningens attityder till hälso- och sjukvården. I Sverige, där man även haft påtagliga problem med t.ex. primärvårdens telefontillgänglighet, har köer och väntetider varit den fråga som enligt befolkningen är mest problematisk.

De senaste försöken till lösningar – den väntetidsgaranti som i Finland trädde i kraft i mars 2005 och den svenska varianten som gäller fr.o.m. november 2005 – kan ses som något mer drastiska i sitt utförande än de tidigare försöken. I det sammanhanget finns det skäl att peka de avgörande skillnaderna mellan ansatserna i Finland och Sverige. I Finland har sjukvårdshuvudmännen ålagts en lagstadgad skyldighet att anordna vård utgående från nationellt överenskomna behandlingsindikationer. – Man kan också notera att så gott som samtliga studerade reformer i de fem länderna på ett eller annat sätt anknyter till att främja en god tillgänglighet.

Även om många av sjukvårdens problem är likartade i de fem länderna, har fokus i sjukvårdspolitiken och den anknytande debatten också nationella särdrag. I Storbritannien har reformeringen av NHS hämtat kraft från en mycket tydlig önskan om att stärka konsumenternas inflytande och patientens ställning i vården. I detta sammanhang har öppna redovisningar av vårdens kvalitet och resultat eftersträvats och olika nationella instansers uppgifter och roller i sammanhanget reformerats. Ansatsen har haft stor politisk bärkraft och har engagerat högsta regeringsnivån. Även i Norge har argumentationen bakom sjukhusreformen delvis gått ut på att stärka brukarnas makt och inflytande, inte bara i enskilda beslut angående vård och behandling, utan också i styrningen av specialistsjukvården.

Några av de stora problemen i svensk hälso- och sjukvård – bristen på samordning mellan kommunernas och landstingens verksamhet, som framförallt drabbar de äldre och psykiskt sjuka – samt problemen med att samordna primärvården och specialistsjukvården har vissa likheter i andra länder. I Norge har problemen med samverkan mellan kommunernas vård och specialistsjukvården diskuterats både före och efter sjukhusreformen. I Finland, där den politiska regionala mellannivån saknas, har relationerna mellan enskilda kommuner och de sjukvårdsdistrikt som kommunerna tillhör ibland varit inflammerade. Däremot är samordningsproblemen mellan hälso- och sjukvården å ena sidan och

socialtjänsten å andra sidan klart mindre i Finland, där kommunerna har ett entydigt ansvar för social- och hälsosektorn.

### **6.3 Några lärdomar från enskilda reformer**

#### **Primärvården**

Av de reformer som på senare tid genomförts i de nordiska länderna har den norska allmänläkarreformen blivit föremål för den mest systematiska uppföljningen och utvärderingen, dels tack vare särskilda forskningsmedel som av staten avsatts för detta ändamål. Resultaten från uppföljningarna tyder på att reformen fungerat som man önskat sig, dvs. att rekryteringen till allmänläkartjänster underlättats och befolkningens tillgång till allmänläkartjänster därmed förbättrats.

Enligt läkarna har reformen bidragit till bättre medicinsk kvalitet genom bättre kontinuitet. Ungefär två tredjedelar av de berörda läkarna har varit positiva till reformen, vilket kan förklaras av de förbättrade ekonomiska villkoren. Något problematiskt är att kvinnliga läkare har varit något mindre nöjda än manliga läkare. Bakgrunden till detta lär vara oklar. Man vet emellertid att man från läkarhåll upplevt t.ex. "grindvaktsfunktionen" under konkurrens som mer problematisk än förr.

I befolkningsenkäter har invånarna varit nöjdare med primärvårdsläkarna än tidigare, även om nöjdhet med telefontillgänglighet minskat något. Kontinuitet i läkarkontakt har i enkäter värderats högt av befolkningen, särskilt av de äldre och de med dåligt subjektivt hälsotillstånd.

Men smakar det, så kostar det. De positiva effekterna av allmänläkarreformen har varit förknippade med avsevärda kostnadsökningar, särskilt för staten. En ekonomisk uppföljning visade att Folketrygdens utgifter för allmänläkartjänsten ökade med hela 84 procent mellan 1998 och 2003. Kostnadsökningen var direkt relaterad till det ökade antalet läkararbetsår och den beslutade taxeökningen, dvs. medvetna politiska val och beslut. Några kostnadsdrivande "biverkningar" av reformen, såsom väsentligt ökade antal undersökningar och behandlingar har inte påvisats.

För kommunernas del ökade utgifterna för primärvårdsläkarna med 9 procent från 1999 till 2002. De små kommunerna hade fått genomgående högre utgiftsökningar per invånare än större kommuner. Detta

har påpekats som ett problem av det norska riks försäkringsverket, särskilt som de små kommunerna samtidigt tycks ha dragit minst nytta av reformen.

Ur jämlikhetssynpunkt är det problematiskt att de små kommunerna fortfarande har svårt att rekrytera allmänläkare. De klarar inte heller kravet på två öppna listor inom rimligt avstånd till alla. Relativt många patienter har också fått byta läkare, då dessa flyttat eller avslutat. Vård på lika villkor i geografisk betydelse har därmed ännu inte nåtts till fullo.

I Storbritannien har en del av reformeringen av NHS avsett etableringen av de numera drygt 300 primärvårdsgrupper (Primary Care Trusts) fr.o.m. april 1999. Det tidigare systemet med kontrakterade allmänpraktiker som "fundholders", vilket etablerats i början av 1990-talet, ansågs bidra till ojämlikhet, logistiska problem och extra kostnader bl.a. till följd av för många, småskaliga kontrakt. De nuvarande primärvårdsgrupperna täcker oftast en befolkning på mellan 50 000 och 250 000 invånare och styrs av en managementgrupp som består av representanter för primärvårdsläkare, andra primärvårdsanställda och lokala hälso- och sjukvårdsmyndigheter.

Primärvårdsgruppernas uppgifter varierar beroende på hur avancerade de hunnit bli, från att agera rådgivare till att fungera som självständig beställarinstant med ett totalansvar över hälso- och sjukvårdstjänster till befolkningen inom ett definierat geografiskt område. Generellt har utvecklingen gått mot att grupperna fått allt mer avancerade uppgifter och därmed makt och inflytande. Gruppernas arbetssätt sägs utgå ifrån samordning och partnerskap i vården snarare än ifrån konkurrensutsättande.

Enligt den brittiska regeringens nyare ambitioner fästs stor uppmärksamhet vid eliminering av ojämlikhet i hälsa och vårdens utfall, vilka också monitoreras effektivt. "Quality and Outcomes Framework, QOF", som introducerades 2004, täcker 11 vanliga folksjukdomar och innebär att läkarna nu har ekonomiska incitament att demonstrera hög vårdkvalitet och praxis enligt etablerade riktlinjer. De första sammanställningarna av resultaten av det nya systemet håller på att tas fram av myndigheterna, men mer oberoende forskning om konsekvenserna av systemet lär dröja ett tag.

Ett ytterligare intressant drag i det brittiska reformarbetet är ambitionen att förbättra samordningen mellan NHS organisationer och de lokala myndigheternas socialtjänst. Parallellt med reformering av sjukvården drivs utvecklingen av socialtjänsten utifrån regeringens "Green Paper: Independence, Well-being and Choice" av i år. Det är självfallet för tidigt att uttala sig om konsekvenserna, men i den rapport som Chief Executive to the NHS lämnat till regeringen ingår siffror som visar på att aktivitetsnivån i termer av besök, och/eller kontakttimmar stigit mellan 1999/2000 och 2004/05 både inom primärvården och socialtjänsten.

### **Specialistvård på sjukhus**

Den norska sjukhusreformen har ännu inte hunnit bli föremål för särskilt ingående uppföljningar eller utvärderingar. Av de regelbundna statistiska sammanställningarna framgår emellertid att utgiftsökningen inom den somatiska specialistsjukvården mellan 2003 och 2004 var 3,1 procent. Antal vårdtillfällen, inkl. dagkirurgi ökade med 4,3 procent, vilket tyder på viss ökad produktivitet. Ökad aktivitet har setts i alla regionerna, men ökningstakten varierar.

Man har fäst särskild uppmärksamhet vid frågan om hur aktivitetsökningen på sjukhus fördelats mellan kroniska och akuta tillstånd. Till skillnad från vad som befarades, har ökningen varit relativt jämnt fördelad mellan kategorierna, dvs. förbättringar i akutvården har enligt uppgift inte haft negativa konsekvenser för de kroniskt sjuka. Hur de regionala variationerna utvecklats efter reformen är för tidigt att bedöma.

I Storbritannien har köer och väntetider till vård och behandling reducerats genom en kombination av flera, delvis successiva åtgärder och samtidigt utökade resurser till vården. Etablerandet av Independent Sector Treatment Centres vid sidan av NHS Foundation Trusts har bidragit till ökad kapacitet.

Enligt den uppföljningsrapport från NHS Chief Executive, som publicerades i maj 2005 har vårdens tillgänglighet klart förbättrats. Samtidigt som aktivitetsnivån på akutmottagningar och hos privatpraktiker ökat har väntetiderna till akutbesök förkortats. Likaså demonstreras ökad aktivitet parallellt med kortare väntetider till planerade besök och till planerad sjukhusvård. Detta har tveklöst påverkats av det

till "performance indicators" knutna styrsystemet. Chefernas fortsatta anställning och lön är beroende av att man nått de uppställda effektivitets- och tillgänglighetsmålen.

Det är självfallet svårt att skilja vilken del av effekten har varit beroende av ökningen i de monetära resurserna och vilken del som kan tillskrivas strukturella förändringar och nya styrsystem. Delarna kan naturligtvis även stärka varandra, vilket också varit meningen med implementeringen av ett så heltäckande reformpaket.

#### **6.4 Inverkan av regionstorlek på vårdkvalitet och systemeffektivitet**

Det är idag för tidigt att utifrån reformerna i de aktuella länderna dra slutsatser om i vad mån ändrad regionstorlek påverkat kvaliteten och systemeffektiviteten i hälso- och sjukvården. Som nämnts ovan finns det dock annan litteratur på området som belyser frågan om verksamhetens kvalitet i relation till dess volym.

Fallet Finland tyder emellertid på att hälso- och sjukvårdskostnaderna kan hållas nere även i ett system med mycket små kommuner som ansvariga för vården. Förklaringen kan tyckas enkel: en del kommuner har så stora problem med sin ekonomi, att omfattande satsningar på hälso- och sjukvården effektivt hindras. Eventuellt kan relativt låga personalkostnader vara en annan förklaring. Samtidigt kan den, enligt internationella bedömare, väl fungerande primärvården i Finland ha dämpat en del negativa konsekvenser av (i jämförelse med Sverige) relativt låg tillgänglighet till viss specialistsjukvård. Då internationella jämförelser av den rent medicinska kvaliteten är sparsamma, är det svårt att jämföra den totala systemeffektiviteten.

Det är dock rimligt att anta att de stora variationer som ses i kostnader, produktion och kvalitet av vård i mycket små geografiska enheter skulle kunna minska, om verksamheten drevs i större skala. I de minsta kommunerna i Finland kan det ekonomiska läget starkt påverkas av ett par allvarliga patientfall. Frågan i så fall handlar inte om kostnader och kvalitet som nationella medelvärden, utan om rättvis fördelning av resurser och kvalitet i respektive land. När det gäller förekomst av regionala variationer i tillgänglighet och kvalitet är läget i vården inte tillfredsställande varken i Finland eller i Sverige.

Mot denna problembild är det lätt att förstå målsättningarna med den tilltänkta finska reformen: att det strukturella och ekonomiska underlaget för de tjänster som kommunerna har ansvar för skall vara tillräckligt starkt för att kunna garantera att kvalitet, resultat, tillgång och effektivitet beaktas när tjänsterna tillhandahålls och produceras. Den pågående utredningen omfattar ändringar i kommunindelningen och samarbete över kommungränserna på alla regionnivåer från kommuner till nationell nivå.

I uppdraget ingår att ta vara på bästa praxis för olika sätt att tillhandahålla och producera tjänster och att utvärdera och att komma med förslag till utveckling av styr- och utvecklingssystemen samt forskning. Att utvärdera fördelningen av uppgifter och kostnader mellan staten och kommunerna är en central del av uppdraget. I mångt och mycket liknar således den finska utredningens mandat den svenska ansvarsutredningens. Den bottnar också i liknande verklighetsbeskrivningar, frånsatt det underliggande problemet i Finland med en del mycket små kommuner som ansvariga för social- och hälsovård.

I Danmark underbyggdes den nu pågående reformeringen av uppgifts- och ansvarsfördelningen i offentlig förvaltning i den s.k. Strukturkommissionens rapport av januari 2004. Kommissionen ansåg att förvaltningsenheterna i Danmark var för små i förhållande till de uppdrag som lagstiftaren givit dem. De mindre kommunerna ansågs ha problem med tillräcklig verksamhetsmässig uthållighet på en rad områden och dessutom onödigt höga utgifter per invånare. De 14 amterna ansågs för små för att kunna optimalt planera sjukhusverksamheten. Bland annat med hänvisning till den demografiska utvecklingen förutspådde man att problemen skulle växa i framtiden, om inget gjordes. Man ansåg att problembilden och utvecklingstendenserna i samhället entydigt pekade i riktning mot större och mer bärkraftiga enheter som skulle kunna säkra en bättre samordning i produktionen av bl.a. sjukvårdstjänster.

Som underlag för diskussionen lanserades och prövades ett antal olika strukturlösningar. Generellt menade kommissionen att frågan om såväl kommun- som regionstorlek måste ha sin grund i den tilltänkta ansvarsfördelningen. Kommissionen påpekade också att endast några få problem som finns i den offentliga sektorn kan lösas vid en struktur- och ansvarsreform. Man menade att en reform primärt kan skapa förutsättningar för att genomföra beslut som knappast kunnat genom-

föras inom de tidigare ramarna. Ett fullt utnyttjande av möjligheterna kräver emellertid politiska initiativ och prioriteringar i syfte att utnyttja de möjligheter som de nya ramarna erbjuder.

Den strukturreform som nu håller på att verkställas innebär ingen beskattningsrätt för sjukvårdsregionerna, utan vården i hela landet skall säkras lika villkor genom att den primära finansieringen sker via statliga medel. Medan det funnits relativ stor enighet mellan olika parter vad gäller övergången till större regioner, har finansieringsmodellen och de tentativa konsekvenserna av att regionnivån inte behåller beskattningsrätten väckt mycken debatt. Det förhållande att det ekonomiska och politiska ansvaret inte kommer att ligga på samma nivå kan uppfattas som destabiliserande för systemets framtid.

Samtidigt får kommunerna ett stort ansvar för rehabilitering och förebyggande vård. Ett frågetecken är hur de praktiserande familjeläkarna, som i Danmark driver sina mottagningar i privat regi, skall samarbeta med kommunerna när det gäller förebyggande vård och socialmedicin. Genom ett delbetalningsansvar har kommunerna incitament att undvika inläggning av patienter på sjukhus, men frågan är hur detta hänger ihop med familjeläkarnas ansvar och verksamhet.

## 6.5 Vård på lika villkor genom statlig styrning?

I och med att geografiska variationer i vårdens ekonomi, tillgänglighet och kvalitet blivit alltmer uppmärksammade, har strävan efter att genom statlig styrning garantera hälso- och sjukvård av jämn tillgänglighet och kvalitet vuxit fram i samtliga studerade länder. I Norge gick dessa ambitioner så långt att man ansåg att statligt ägarskap var att föredra för att optimera kvalitet, produktivitet och kostnadseffektivitet i specialistsjukvården.

Alternativa strategier går ut på att utöka statens styrmöjligheter, utan att för den skull bygga på ägarskap och finansiering. I detta sammanhang kan "styrning" (eng. *governance*, i vissa sammanhang *regulation*) med fördel uppfattas som ett brett begrepp, som omfattar både bindande och icke-bindande reglering, men också komponenter som systematisk uppföljning, tillsyn och kunskapsspridning [6].

Målen med ökad central styrning och introduktion av nya styrformer kan variera. Generellt kan åtminstone tre olika typer av målsätt-

ningar nämnas: allmän förbättring av verksamheten (stödja kontinuerligt förbättringsarbete, positiv utveckling och innovation, sprida god praxis m.m.); förebygga och åtgärda dålig /oacceptabel praxis (skapa säkerhetsnätverk, skydda konsumenterna osv.); och utkräva och/eller omfördela ansvar och inflytande (genom t.ex. ökad transparens, öppna redovisningar, ökat konsumentinflytande etc.).

Av de studerade länderna har Storbritannien utvecklat omfattande nya system för nationell styrning av hälso- och sjukvården. De nya aktiviteterna har kopplats ihop med önskan om ökat patient- och konsumentinflytande i vården enligt regeringens plan "*Creating a Patient-led NHS*".

*The Healthcare Commission* har ett brett mandat att inspektera, följa upp och utvärdera hälso- och sjukvården, både den vård som produceras inom NHS och fr.o.m. 2006/2007 även vård som produceras av övriga aktörer. I sina bedömningar skall kommissionen använda ett set gemensamma standards (*Standards for Better Health*), som publicerades sommaren 2004. Kommissionen understryker att alla dess analyser och rapporter skall göras tillgängliga för samtliga målgrupper, inklusive patienter och befolkningen.

Andra instanser som ägnar sig åt olika typer av reglering inom NHS, är den s.k. *Monitor*, en autonom oberoende granskare, som bl.a. godkänner NHS Foundation Trusts, *The National Institute for Clinical Excellence*, *NICE*, som utvärderar medicinska teknologier och producerar riktlinjer för vård och behandling samt *The National Patient Safety Agency*, som tillkommit som svar på de uppmärksammade kvalitets- och säkerhetsproblemen i vården.

Sammanfattningsvis kan sägas att man i Storbritannien tillskapat ett antal stora och resursstarka nationella organisationer med uppgifter inom reglering och styrning. Instanserna arbetar direkt under regeringen med statlig finansiering, och det framhävs att deras status är oberoende. Organisationerna fokuserar på kunskapsstyrning och informationsspridning, inte minst till patienter och befolkning. Innehållet i verksamheterna handlar allt mer om hälso- och sjukvårdens kvalitet och säkerhet. Uppgifterna är dock som regel inte snävt avgränsade till specifika frågeställningar, teknologier eller verksamhetsområden, utan syftet är att ge en bred bild av hur väl hälso- och sjukvården totalt sett fungerar, dvs. bedöma *health system performance*.

Då instanserna kommit till som en del av regeringens uttalade politik och har gedigna resurser till sitt förfogande, har de vuxit allt starkare i den nationella hälso- och sjukvårdspolitiken. Det har redan tidigare nämnts att väntetider och köer till vård och behandling minskat, samtidigt som aktivitetsnivåerna bevisligen ökat. Eftersom det reformerade systemet hunnit verka i bara ett par år, är det vanskligt att försöka dra slutsatser om konsekvenser av olika delar av reformeringen. Klart är emellertid att genom tillskapandet av instanserna har man även åstadkommit en god plattform för framtida evaluering av reformarbetet i det brittiska systemet.

I de nordiska länderna har Finland sedan 1993 haft ett hälso- och sjukvårdssystem med enbart blygsamma inslag av central styrning och reglering. Ersättandet av Social- och medicinalstyrelsen med Forsknings- och utvecklingscentralen STAKES markerade även i Finland en övergång från normstyrning till kunskapsstyrning. Samtidigt avskaffades den traditionella övervakningsfunktion som den tidigare medicinalstyrelsen förvaltade.

I jämförelse med Sverige utmärks kunskapsproduktionen i Finland av relativt omfattande benchmarkinginformation framförallt vad gäller vårdens produktivitet. Enligt experterna finns det emellertid en del problem för kommunerna att i praktiken använda informationen för att förbättra vårdverksamheterna på olika håll i landet. År 2006 ges tillsynsmyndigheten befogenheter att övervaka också sjukvårdsorganisationer, såväl offentliga som privata.

I Danmark har man gjort relativt omfattande satsningar på transparenta redovisningar och kvalitetsuppföljningar, inte minst inom ramen för det Nationella Indikatorprojektet. Som i Storbritannien har man även i Danmark understrukt konsumenternas behov av allsidig information om den vård som står till buds. Beslut om ett nytt oberoende Nationellt kvalitetsinstitut i Århus fattades senhösten 2004. Enligt planerna skall institutet börja publicera behandlingsresultat och övriga kvalitetsvärderingar på avdelningsnivå från och med 2006. Det är således för tidigt att uttala sig om hur väl de öppna redovisningarna fungerar i syfte att förbättra vården.

Redan idag kan dock sägas att den typen av ambitiös kunskapsstyrning, som skall tillämpas i Storbritannien, Danmark och, i viss mån, i Finland kommer att ge bättre förutsättningar inte bara för allmänna

uppföljningar av läget i vården, utan också för evaluering av konsekvenser av olika reformer. Etablerandet av nationella – till skillnad från regionala och lokala – institutioner för systematisk uppföljning och utvärdering i hälso- och sjukvården har främst motiverats av behov att jämna ut geografiska skillnader i vårdens förutsättningar, tillgänglighet och kvalitet. Men man kan också hävda att det är rationellt att koncentrera denna typ av kvalificerad verksamhet på nationell nivå mot bakgrund av den höga, tvärvetenskapliga kompetens som uppdraget kräver.

När stabila plattformar för systematisk uppföljning finns färdigriggade på plats, behöver man inte i samband med varje reform nyskapa en specifik uppföljningsstrategi. I stället genererar det existerande uppföljningssystemet longitudinell kunskap, som är användbar i olika typer av evalueringar. En motsvarande nationell plattform skulle utan tvekan kunna göra nytta även i den svenska kontexten, inte minst om man är på väg att introducera stora strukturella ändringar i vården.

## **6.6 Struktur och styrning – avslutande kommentar**

Den reformering av de europeiska hälso- och sjukvårdssystemen, som pågått sedan början av 1990-talet har kritiserats för ineffektivitet och slumpmässighet [7]. Olika mekanismer för att finansiera tjänster, allokera resurser, ersätta vårdgivare och fördela förmåner har i tät följd kastats in i systemen, ofta som uttryck för kortsiktiga politiska ambitioner. Allsidiga analyser av reformernas tänkbara konsekvenser – positiva och negativa – har sällan producerats i förväg, och systematiska uppföljningar och utvärderingar har varit få. De har dessutom försvårats av att trycket för att införa nya reformer och ändringar i systemen skapat svåranalyserade övergångssituationer och ”transportsträckor” snarare än långsiktiga lösningar.

Det är således svårt att betrakta det vidtagna reformarbetet som evidensbaserat. En anknytande kritik handlar om att många reformer (t.ex. åtgärder för att korta väntetider och köer) saknat tydlig koppling till folkhälsomässiga mål och hälsans utveckling i befolkningen. Samtidigt som reformeringen fokuserat på de politiskt mest intressanta frågorna, har stora och grundläggande problem och brister i hälso- och sjukvårdssystemen fått kvarstå: variationer i medicinsk praxis, brist på systematisk uppföljning av vårdens resultat, ineffektivt omhändertagan-

de av patienter med kroniska folksjukdomar samt socioekonomisk och geografisk ojämlikhet i hälsa och hälso- och sjukvård.

I det nu pågående reformarbetet i Norden och i Storbritannien kan man emellertid se tecken till förbättring. Utvecklingen i England kan illustrera detta. Vid inofficiella samtal med företrädare för NHS har framkommit, att regeringen – så som det demonstrerades i valet av s.k. performance indicators – först ägnade tillgänglighetsmålen större uppmärksamhet än folkhälsomålen. Som tidigare angetts präglas England fortsatt av stora socioekonomiskt betingade skillnader i hälsotillstånd. Trots det ägnades huvuduppmärksamheten under första delen av Labours reformarbete väntetider till förplanerad vård, också för mindre allvarliga sjukdomstillstånd. Sagesmännen uppfattade detta som ”medelklassproblem”, medan folkhälsomålen skulle förutsätta att utsatta grupper får en prioriterad ställning. Detta är också vad som kommit i fokus under senare delen av det pågående reformarbetet i NHS.

I Sverige har jämlikhetsmålen traditionellt ägnats relativt mycket uppmärksamhet, åtminstone i den politiska debatten. Även Ansvarskommitténs uppdragsbeskrivning fokuserar tydligt på frågan om god vård på lika villkor, även om det mest sker i geografisk bemärkelse. I detta avslutande avsnitt diskuteras möjligheterna att påverka hälso- och sjukvården i enlighet med de övergripande målen om jämlik tillgång och kostnadseffektiv produktion av sjukvårdstjänster. Vi gör det genom att fokusera på begreppen struktur och styrning.

## Struktur

Bergman m.fl. [8] definierar strukturella faktorer i hälso- och sjukvården på följande sätt:

*”Med struktur menar vi därför helt enkelt det mönster som skapas av hur uppgifter (funktioner) fördelas inom hälso- och sjukvården. En ny struktur är inte i första hand en fråga om vilka byggnader som används när och för vad utan fastmer en fråga om att skapa förutsättningar för ett nytt arbetsätt genom:*

- ny fördelning av funktioner*
- nya former för samverkan*

*Förändringen av strukturen kopplas ofta till kvantitativa faktorer i form av vårdplatser. En naturlig konsekvens av utvecklingen mot mer vård utanför sjukhus är att organisationen av den kvarvarande slutna vården förändras. Men lika intressant är de kvalitativa sambanden. De har att göra med att vården blir mer intensifierad, differentierad och specialiserad vilket gör det nödvändigt att fördela uppgifterna på ett annat sätt än tidigare.”*

Beskrivningen känns fortfarande adekvat. Den understryker det dynamiska i hälso- och sjukvårdens verksamhetsformer och det faktum att hälso- och sjukvården är en kunskapsorganisation. Vid sidan av *infrastrukturer* (byggnader och teknik) är *human- och kompetensresurser* av allt större betydelse, och – som Bergman m.fl. påpekar – relationerna mellan funktioner (och de materiella och intellektuella resurser de kräver).

En litteraturöversikt ger vid handen att relativt få vetenskapliga studier finns att tillgå som är inriktade på beslut och genomförande av strukturförändringar. I de flesta fall berörs bara enstaka aspekter (t.ex. konsekvenser för personalen). De få studier som analyserat strukturförändringar och dessas konsekvenser har gjort utifrån en mängd synvinklar och metodval: förutsättningar för strukturella förändringar vid kontraktstyrning (ekonomisk teori), genomförandet av institutionsammanslagningar och förändringsmotstånd (kommunikationsteori, organisationsteori), utbudsförändringars effekter på vårdkonsumtion (ekonomisk teori), övergång från slutna till öppna vårdformer (deskriptiv analys).

Med undantag av en studie av Anell [9] finns inte vetenskaplig rapportering i internationella fora om strukturförändringarna inom svensk hälso- och sjukvård. Det finns dock ett antal kartläggnings- och utvärderingsprojekt som beskrivit och analyserat de omfattande strukturförändringar som planerats och delvis genomförts i Sverige. Inom ramen för Landstingsförbundets strukturprojekt belyste Bergman m.fl. fyra konkreta fall med hjälp av aktörsintervjuer. Socialstyrelsen koordinerade en stort upplagd utvärdering av Stockholms läns landstings utvecklingsplan för mandatperioden 1994–98. Professor Björn Brorströms forskargrupp vid förvaltningshögskolan, Göteborgs universitet, har haft i uppdrag att utvärdera etableringen av Västra Götalandsregionen. Forskargruppen har tidigare studerat bl.a. sjukhusfusionen i Göteborg (med tyngdpunkt

på den interna ledningen) och erfarenheter av upphandlad mödrahälsovård.

Gemensamt för de strukturförändringar som utvärderats är att den viktigaste drivkraften varit den försämrade landstingsekonomin. Den medicinska och tekniska utveckling som möjliggjort en tyngdpunktsförskjutning från slutna till öppna vårdformer och inneburit en kraftig minskning av slutenvårdskapaciteten kan betraktas som en långverkan- de "sekulär trend", som började verka redan på 1960-talet. De politiska beslutsfattarna har som motiv även angett ambitionen att trygga vård på lika villkor för hela befolkningen, och att bibehålla de små sjukhusen. Professionsföreträdarna har inte sällan accepterat strukturförändringarna som ett alternativ till "osthyvelssparande" och förordat koncentration som ett sätt att öka patientunderlag och säkerställa kvalitet.

Strukturplanerna har i allmänt arbetat med funktionsuppdelning, koncentration och specialisering. Många mindre sjukhus har ombildats till centrum för elektiv vård och specialistmottagning, medan det akuta omhändertagandet koncentrerats till de större sjukhusen. Universitets- sjukhusfunktionerna har koncentrerats, dubbleringar på flera sjukhus inom ett landsting har ifrågasatts. "Parsjukhusen" delade mellan sig upp ansvaret för specialiteterna.

Erfarenheterna från 1994 års utvecklingsplan i Stockholms läns landsting var i många avseenden likartade. Flera av de planerade strukturåtgärderna fullföljdes, bl.a. nedläggningen av två lokala sjukhus akutfunktioner och en koncentration av specialistfunktioner. Dock kom "de starkas makt" att demonstreras: universitetssjukhusen avstod inte den bassjukvård som var den tänkta motprestationen vid överflyttning- en av högspecialiserad verksamhet från de mindre sjukhusen. I vissa fall skedde en återetablering av specialistfunktioner senare. De aviserade kostnadsreduktionerna kom inte att uppnås.

Slutet av 1990-talet och millennieskiftet har dominerats av dels regi- onbildningarna i Västra Götaland och Skåne, dels av att primärvårdens växande utmaningar ägnats uppmärksamhet. Regionbildningarna ledde till en rad organisationsförändringar, bl.a. skapandet av sjukhusgrupper (Västra Götaland) och prövandet av nya driftsformer (Skåne). Närsjuk- vård som begrepp har vuxit fram och prövats i samverkan mellan pri- märvården och länsdelssjukhuset på primärvårdens upptagningsområde.

I offentligt ägda och finansierade sjukvårdssystem kräver strukturför-

ändringar beslut och åtgärder från ägarna (de politiska beslutsfattarna). I Sverige har strukturåtgärderna indelats i funktionsuppdelning (t.ex. enbart elektiv verksamhet), koncentration (särskilt av högspecialiserade verksamheter) och specialisering (nischsjukvård vid mindre sjukhus). Nedläggning av lokala sjukvårdsenheter är mycket svåra att åstadkomma eftersom det politiska systemet är mycket känsligt för lokala opinioner. De effekter som eftersträvas med strukturförändringar är i huvudsak antagna eller uttryck som mål. Resultaten redovisas sällan. En effektvärdering är dock svår att genomföra så, att en enskild förändrings bidrag kan kvantifieras. Också för den offentliga sektorn gäller att *genomförandet* är den stora utmaningen.

### **Styrning**

Som en utgångspunkt för en diskussion om styrproblematiken inom hälso- och sjukvården kan en organisationsteoretisk referensram användas [10]. Sjukvården skall betjäna befolkning och patienter, dvs. den är – eller borde vara – en serviceorganisation. Men den har också drag av produktionsorganisation. Många verksamheter – särskilt inom dess stödfunktioner - är rutinmässiga och lämpar sig för massproduktion. Sjukvården skall också ha kapacitet till komplex problemlösning – den är en kunskapsorganisation. En term som bäst fångar sjukvårdens organisatoriska utveckling är *multiprofessionell organisation* [11,12]. Det behov av ständigt ökande specialisering och arbetsfördelning som den accelererande kunskapsutvecklingen skapar leder till att nya yrkesgrupper med starka professionaliseringsintressen växer fram.

Sjukvården har att utföra tjänster som har en stor spännvidd i innehåll – allt från det enkla och standardiserbara till komplicerad problemlösning under osäkerhet. Det är problem som är genuint livsviktiga och som medför ingrepp i individers integritet. De professionella skyddar denna känsliga och utlämnande patientrelation genom att starkt hävda sin självständighet och patientens intresse som främsta beslutskriterium. De starka professionerna med långt gående autonomi är sjukvårdens viktigaste kännetecken. Aktörerna sammansvetsas i sina professionella grupper med interna mål och utvecklingsbehov. Kunskapsutvecklingen sker genom specialisering. De professionella drivkrafterna och kultur påverkar aktörernas agerande starkast. Makt och status är knuten till

specialistkunskapen.

Sjukvården arbetar i en *politisk miljö*. Detta är särskilt tydligt i de nordiska länderna där ansvaret för att tillgodose sjukvårdsservice ligger på kommunerna (primärkommuner och landsting) och beslutsfattarna därmed är lokalt valda förtroendemän och -kvinnor. Men också i vårdssystem som domineras av privata aktörer är det politiska inslaget stort. Sjukvården är i alla system av stor betydelse för de enskilda människorna och engagerar dem följaktligen i påtryckningsverksamheter av olika slag.

I de länder där driften av sjukvårdens produktionsenheter är ett offentligt åtagande har verksamheten organiserats som en *offentlig förvaltning*. Organisationen har därmed präglats av hierarkier baserade på formell auktoritet och regelstyrning samt en strikt formaliserad beslutsångång. Den professionella verksamheten har dock en annan inre logik. Det uppstår spänningar (Tabell 4).

Tabell 4. Jämförelse mellan förvaltning och professionell organisation

	FÖRVALTNING	PROFESSIONELL ORGANISATION
Organisationsprincip	Hierarki	<i>Horisontella verksamhetsprocesser</i>
Uppdrag	<i>Målformulering uppifrån</i>	<i>Kundstyrt uppdrag</i>
Drivkrafter	<i>Vertikal styrning och kontroll</i>	<i>Professionella normer</i>
Styrning	<i>Inriktas på resurser (eller resultat) (budgetinstrument)</i>	<i>Inriktas på know how och aktiviteter</i>
Motivation	<i>Materiella incitament och belöningar</i>	<i>Professionell tillfredsställelse</i>

En realistisk beskrivning av sjukvården utnyttjar med fördel två begrepp – *systemsyn och intressentperspektiv* [13,14]. Sjukvården är ett komplext system av organisationer och aktörer, med uppgift att handlägga i sig komplicerade och svårlösta problem. Det är viktigare att förstå helhetsbilden och relationerna mellan delarna än de enskilda delarnas detaljer. Beslutsfattandet sker som ett samspel mellan aktörer och i växelverkan med verksamhetsmiljön.

Vår uppfattning om sjukvården som ett öppet system, vars strukturer och processer är omgivnings- och situationsberoende och som därigenom inte har någon "given bästa lösning" utan där organisatorisk framgång skapas genom ständig förändring, kan karakteriseras som ett *kontingensteoretiskt synsätt*. Också i beslutsfattandet kan vi notera en spänning mellan den professionella världen och den politiska världen. Den professionella expertens problemlösning och beslutsfattande söker sitt ideal i den vetenskapliga metoden och rationellt beslutsfattande, dvs. bästa möjliga måluppfyllelse. Det politiska beslutsfattandet karakteriseras av aktörer som strävar till att främja sina och sina referensgruppers intressen [15]. Skillnaderna framgår av Tabell 5.

Tabell 5. Teknisk och politisk beslutsuppfattning

Teknisk	Politisk
Mål är härledda ur värden	Mål och medel kan ej åtskiljas
Medel väljs på basen av måluppfyllelse – valet av det bästa medlet är ren <i>kalkyl</i>	Medel är intresserelaterade – och väljs för att tillgodose aktörens intressen <i>Köpsläende</i> som metod
Fullständig information eftersöks	Selektiv information som stöder det prefererade alternativet presenteras
Vetenskaplig kunskap	Erfarenhetskunskap

Vår uppfattning är att den *politiska beslutsuppfattningen* svarar mot en mer realistisk verklighetsbeskrivning när det gäller aktörers samverkan i en organisation. Också professionella experter tar till "politiska medel" när de önskar driva intressen – t.ex. sina patienters intressen. Teknisk problemlösning är användbar bara vid tydligt avgränsade professionella avgöranden.

Hälso- och sjukvården beskrevs i det föregående som ett komplext system av aktörer med ansvar gentemot väl informerade intressentgrupper och påverkade av starka professionella drivkrafter. Beslutsfattandet på organisationsnivå präglas av legitim intressebevakning. Tre former av styrning av komplexa system kan särskiljas (Tabell 6):

Tabell 6. Tre styrformer

Benämning	Organisationsprincip	Bärande idé	Kritik, erfarenhet
HIERARKI	<i>Struktur, formell position, direktiv</i>	<i>Rationalitet, målinriktning, förutsägbarhet</i>	<i>Inflexibilitet, toppstyrning, okänslighet för kundperspektiv</i>
MARKNAD	<i>Byte mellan självständiga aktörer</i>	<i>Egenintresset som drivkraft</i>	<i>Incitament för effektivitet – Förlust av helhetssyn, transaktionskostnader</i>
NÄTVERK	<i>Fritt verkande aktörer i gemenskap</i>	<i>Släktskap eller gemensamma värden som sammanhållande kitt</i>	<i>Flexibilitet, engagemang, anpassbarhet, empowerment – "Oberäknelighet"</i>

Tidigare har påpekats att sjukvården är en multiprofessionell organisation administrerad av en offentlig förvaltning. Förvaltningen är hierarkisk, medan den professionella organisationen snarast kan karakteriseras som ett lösligt nätverk. De professionella nätverken är per definition autonoma och därmed svåra att styra "utifrån". Under 1980-talet kom därtill den offentliga sektorn att utsättas för ökande kritik. Hierarkier, byråkratier och offentliga monopol sågs som konserverande, ineffektiva och okänsliga för kundernas önskemål och preferenser ("government failure"). Marknaden som styrform också i offentliga verksamheter började prövas i ökande utsträckning under det decenniet som en del av "new public management".

Marknaden som styrform inom sjukvården hade i och för sig tidigare avvisats med teoretiska resonemang, som därtill föreföll väl grundade i praktisk erfarenhet. Man hänvisade till tre förhållanden som omöjliggör att sjukvården kan överlämnas åt de "fria marknadskrafterna":

1. *Genuin osäkerhet*. Risken för insjuknande och därmed behov av sjukvård är svåruppskattad för enskilda individer.

Dessa har därför en tendens att underskatta sitt långsiktiga vårdbehov och har otillräcklig betalningsvilja för att upprätthålla ett tillräckligt försäkringsskydd (s.k. moral hazard). En tillräcklig försäkring för fall av insjuknande måste därför skapas genom en kollektiv (samhälleligt reglerad) insats.

2. *Informationsasymmetri*. Vårdgivaren har större kunskap än vårdtagaren. Risk uppstår att vårdgivaren utnyttjar övertager genom att ta ut ett för högt pris eller rekommendera onödig vårdkonsumtion (s.k. supplierinduced demand).

3. *Externaliteter*. Vissa av sjukvårdens insatser får effekter om de omfattar den övervägande delen av befolkningen (t.ex. preventionsprogram och vaccineringsprogram), men den enskilda individens beräknade nytta understiger en individuell betalningsvilja. De kan upprätthållas bara genom kollektiva arrangemang.

För att komma till rätta med dessa ”market failures” uppgjordes under 1980-talet flera konkreta förslag till ”modeller” för hur marknadsmässiga relationer mellan aktörerna kunde införas utan att förlora möjligheten till en övergripande offentlig styrning. Den första av dessa modeller lades fram av den holländskamerikanske hälsoekonomen Alain Enthoven för tillämpning inom det brittiska statliga sjukvårdssystemet NHS [16].

Grundidén var att skapa en tredje resursstark part för att företråda konsumenten i den affärsmässiga relationen med vårdgivaren, där den sistnämnda har ett förkrossande informationsövertag. Enthoven ansåg att denna ”sponsor” kunde vara en offentlig sjukvårdsmyndighet, en finansär (försäkringsbolag) eller en sammanslutning företrädande patienterna (”health maintenance organization” med frivilligt medlemskap). Sponsorns uppgift var att bedöma patienternas behov, och på basen av dessa formulera uppdrag och efter upphandling kontraktera vårdgivare. Han kallade modellen *managed competition*, dvs. styrd konkurrens.

Saltman och von Otter framlade en liknande modell, som de ansåg var bättre lämpad för en offentlig sjukvård (*public competition*, offentlig konkurrens) [17]. Skillnaden låg i att sponsorn förutsattes vara en

offentlig myndighet med en tydlig befolkningsföreträdarroll, och att ersättningarna till vårdgivarna kunde ske på basen av "offentlig marknadsandel". Konkurrensmomentet skall därmed inte ligga i upphandlingen, utan i vårdgivarnas tävlan om patienternas gunst. En av modellens hörnstenar var patienternas valfrihet.

Eftersom "fria marknadssituationer" också på andra sektorer karakteriseras av ofullständigheter och ineffektivitet har ekonomisk forskning ägnat uppmärksamhet åt dessa imperfektioner. Sätten att organisera samspelet mellan aktörerna har undersökts med transaktionsekonomisk teori. Observationen att marknaden inte alltid är den effektivaste formen ledde till att man sökte dels orsakerna till detta, dels alternativa organisationsformer [18].

Marknadstransaktionen föranleder kostnader (framtagandet av information om och bedömning av varans eller tjänstens värde, förhandling och uppföljning av kontrakt). Fullständig information är en utopi, och därför fattas besluten på ett osäkert underlag ("begränsad rationalitet"). Transaktionen kan fördyras av att en aktör utnyttjar ett informationsövertag (opportunism). Alternativet är "internalisering" av aktörerna, dvs. att samla dem i samma organisation. Motiv för internalisering är att en resurs är specifik för organisationens verksamhet och inte kan utbytas, att osäkerhet råder om dess tillgång på marknaden och att ett behov av hög utnyttjandegrad föreligger.

Sammanfattningsvis gäller enligt detta resonemang att en marknadsrelation mellan aktörer innehåller starka incitament till effektivitet i verksamheterna, men också höga transaktionskostnader. Dessa åter kan minimeras om aktörerna inlemmas i samma organisation, vilket kan ge skalfördelar men ställer höga krav på ledning och kontroll. Detta har föranlett transaktionsekonomerna att också diskutera frågan om lämplig organisationsstruktur ur ett styrningsperspektiv.

Marknadsimperfektionerna innebär att det behövs klara regler för aktörerna. Det finns anledning att ägna frågan om vilken *kontroll* (t.ex. över marknadsinträde) och vilka *regleringar myndigheterna bör utöva* över (kvasi) marknader allt mer uppmärksamhet.

## Styr mer och strukturera mindre

Vi har i det föregående pekat på komplexiteten och de inbyggda spänningarna i sjukvården. Hierarkisk styrning över en multiprofessionell organisation har begränsad verkningsgrad. Det är naturligt med ett aktörssynsätt, där relationerna mellan aktörerna i mångt och mycket följer en politisk (intressebevakar-) logik. Denna är dock i konflikt med den expertlogik som tillämpas i patientvården. Det fortsatta resonemanget baseras på följande analytiska modell av drivkrafterna bakom organisatoriska förändringar (Tabell 7).

Tabell 7. Sjukvårdens drivkrafter

	Politik	Teknologi
<i>Innehåll</i>	Politikens logik – sammanjämkning av motstridiga intressen	Vetenskapens logik – det gränslösa sanningssökandet
<i>Arena</i>	Aktörer i institutionell samverkan	Tummelplats för professionella och kommersiella krafter
<i>Resultat</i>	Koalitioner och kompromisser	Genombrott och nya tillämpningar
<i>Konsekvens</i>	Små steg och enskilda åtgärder	Radikal förändring av strukturer och processer

Vi identifierar två kategorier, samhällliga och vetenskapliga drivkrafter. De förstnämnda kommer till uttryck i samspelet mellan intressentgrupper, och betitlas för enkelhetens skull "politik". De sistnämnda uppstår av de möjligheter ny kunskap och nya uppfinningar skapar och eftersom resultatet är tillämpningar är rubriken "teknologi".

Det samhällliga beslutsfattandet följer politikens logik, d.v.s. de former som uppstår då motstridiga intressen sammanjämkas. Inom offentlig sektor är arenan den representativa demokratin med dess formella beslutsförsamlingar. Beslut fattas av en majoritet, som skapas genom förhandlingar, allianser och köpsläende. Resultatet är oftast en mödosam kompromiss och åtgärden ett försiktigt steg. Beslutsfattandet är "inkrementalistiskt" [15].

Forskning och innovationer styrs av inomvetenskapliga mål, men också individuella motiv och strävan efter möjlighet att utnyttja forskningsresultat. Forskargrupper är "autonoma" och underkastar sig inte styrande auktoriteter. Nya upptäckters värde bestäms av halten av ny kunskap – de värdefullaste kullkastar gamla föreställningar. Vetenskapen förs framåt av banbrytande upptäckter eller genombrott för nya synsätt (paradigm) och är alltså "*revolutionär*" till sin karaktär [19].

Om man tillämpar modellen ovan på beslut och strukturförändringar, landar man i följande paradox: Politiken har under tio åren i huvudsak inriktats hälso- och sjukvårdens strukturer. Den teknologiska utvecklingen har i första hand upplevts som kostnadsdrivande och krav på aktivare kontroll av teknologin har rests (ett exempel är etableringen av Statens beredning för utvärdering av medicinsk teknologi, senare medicinska metoder). Som ovan hävdats är det politiska beslutsfattandet oftast inkrementalistiskt och därmed ägnat att bevara rådande ordning. I verkligheten påverkas strukturerna främst av teknologiska genombrott som möjliggör nya åtgärder och verksamheter. Ibruktageandets av innovationerna främjas starkt av de professionellas intressen att utveckla och förbättra och de kommersiella intressena hos leverantörer. Professionell praxis och organisation anpassar sig till de nya möjligheterna.

De frekventa inslagen av både "government failure" och "market failure" i hälso- och sjukvårdssystemen stimulerar till följande tankeexperiment: Politiken kunde bejaka de drivkrafter kunskaps- och teknologiutvecklingen skapar och tillåta självorganisering, förändring och anpassning bland sjukvårdens professionella aktörer. Strukturomvandlingen skulle då ske som ett resultat av teknologiska genombrott. Det politiska beslutsfattandet kunde då inriktas på styrning, dvs. att tydliggöra de samhällseliga målen för verksamheten och bestämma dess randvillkor.

Ersätter vi ordet "politik" med "staten" finner vi stöd för tankeexperimentet i de erfarenheter från de nordiska länderna och England som redovisats i denna rapport. Vi har kunnat notera en tydlig centraliseringstendens i alla de studerade länderna. Formerna har varit statligt ägande (England och Norge), tvingande lagstiftning (Finland), öppen resultatredovisning och kontroll (England och Danmark), reglering (England) och statligt finansiell styrning (Danmark, Norge och Finland).

Måhända är detta det viktigaste enskilda "svaga signal" som en tolkning av händelserna i de fyra jämförelseländerna mot aktuell managementteori kan urskilja. I så fall är Ansvarsutredningen korrekt betitlad. I första hand är det angeläget att precisera aktörernas ansvar, inte att producera nya organisationsstrukturer.

Mot bakgrund av utvecklingen i jämförelseländerna är det rimligt att staten har en aktivare roll i styrningen av svensk sjukvård. Jämförelseländerna anger också metoder för en sådan förstärkt styrning: hälsopolitiskt målarbete, planering samt uppföljning genom offentlig rapportering av sjukvårdsproducenternas prestanda, resultat och kvalitet.

### Litteratur

1. Thorslund M, Parker MG. Hur mår egentligen de äldre? Motstridiga forskningsresultat tyder på förbättrad och försämrad hälsa. *Läkartidningen* 2005;102:3119-24.
2. Lagergren M. What happened to the care of the older persons in Sweden? A retrospective analysis based upon simulation model calculations, 1985-2000. *Health Policy* 2005;74:314-24.
3. Hälso- och sjukvård. Lägesrapport 2002. Stockholm: Socialstyrelsen, 2003.
4. Halm EA, Lee C, Chassin M. Is volume related to outcome in health care? A systematic review and methodological critique of the literature. *Ann Intern Med* 2002;137:511-20.
5. Posnett J. Is bigger better? Concentration in the provision of secondary care. *BMJ* 1999;319:1065-9.
6. Walshe K. *Regulating Healthcare: A Prescription for Improvement (State of Health)* Open University Press 2003.
7. Maynard A. European health policy challenges. *Health Economics* 2005;14:S255-263.
8. Bergman S-E, Dahlbäck U, Persson G. *Bakom strukturbesluten*. Stockholm: Landstingsförbundet, 1998.
9. Anell A. The monopolistic integrated model and health care reform: the Swedish experience. *Health Policy* 1996;37:19-33.
10. Einevik-Bäckstrand K, Brommels M, Maathz G. *Att styra utifrån en beställarroll. En sammanfattande rapport från projektet Styrning som genomförts av Beställarnätverket för landsting i Sverige*. Göteborg:

Centrum för hälso- och sjukvårdsanalys, 2002.

11. Söderström M. Managing Health Care as a Multiprofessional Organization. Paper to the European Forum on Quality Improvement in Health Care, Edinburgh, March 2002.
12. Brommels M. Solister i kör. I Sjörs G, Lindqvist L, Carlsson I-M (red). "Så är det bara ...". Om läkares ledarskap, yrkesroller och arbetsvillkor vid Akademiska sjukhuset. Uppsala: Akademiska sjukhuset, 1998.
13. Rhenman E. Företaget och dess omvärld. Stockholm: Bonniers, 1969.
14. Simon HA. Administrative behaviour. London: McMillan, 1957.
15. Lindblom C. The science of "muddling through". *Public Administration Rev* 1959;19:79-88.
16. Enthoven AC. Managed competition – an agenda for action. *Health Affairs* 1988;7(3): 25-47.
17. Saltman RB, von Otter C. Reforming Swedish health care in the 1990s – the emerging role of public firms. *Health Policy* 1992;21(2): 143-154.
18. Williamson OE. Economic organisation: Firms, markets and policy controls. Brighton: Wheatsheaf, 1988.
19. Kuhn T. The structure of scientific revolutions. Chicago: University of Chicago Press, 1970.





