

Finansiering och styrning av framtidens sjukvård - Det norska exemplet

Anna Fransson och Irene Wennemo
Näringspolitiska enheten

ISBN 91-566-1963-4

© 2003-Landsorganisationen i Sverige
Tryck: LO-tryckeriet, Stockholm
ISBN 91-566-1963-4
LO 03.03 1500

INNEHÅLL:

INLEDNING	5
UTJÄMNINGSSYSTEMET OCH DEMOGRAFIN	7
DEN DEMOGRAFISKA UTVECKLINGEN	7
DET LANDSTINGSKOMMUNALA UTJÄMNINGSSYSTEMET	11
DET KOMMUNALA UTJÄMNINGSSYSTEMETS FYRA DELAR	12
ETT SYSTEM UNDER PRESS	13
VAD KAN GÖRAS?	15
SJUKHUSREFORMEN I NORGE	17
BAKGRUND	17
INFLYTANDE OCH ANSVAR	19
FINANSIERINGSSYSTEM OCH DRIVKRAFTER	19
REGIONALA SKILLNADER	20
VAD TYCKER NORRMÄNNEN?	21
SOSIALISTISK VENSTRE	21
LO	21
KFO, FACKFÖRBUND FÖR OFFENTLIGT ANSTÄLLDA INOM TJÄNSTESEKTORN	21
KOMMUNFÖRBUNDET, NORGES STÖRSTA FACKFÖRBUND FÖR KOMMUNANSTÄLLDA MFL	22
HØYRE	22
SVERIGE OCH NORGE	22
INFLYTANDE OCH ANSVAR	22
FINANSIERINGSSYSTEM OCH DRIVKRAFTER	23
REGIONALA SKILLNADER	23
AVSLUTANDE KOMMENTARER	24
LÄRDOMAR FRÅN NORGE	24
KÄLLFÖRTECKNING	25

Inledning

I regeringsförklaringen föresätter sig regeringen att skapa en bättre sjukvård med fler anställda och kortare köer. Samtidigt vet vi att den landstingskommunala ekonomin framöver kommer att bli allt mer pressad. Frågan är hur man tänkt sig att uppfylla målet om en bättre sjukvård?

En parlamentarisk utredning har tillsatts i syfte att se över strukturen och uppgiftsfördelningen inom kommunen. Utredningen har bland annat i uppdrag att särskilt uppmärksamma:

”Hur klarar kommuner och landsting sina välfärdsåtaganden utifrån demografiska, samhällsekonomiska och teknologiska förändringar? Hur väl anpassad är den nuvarande kommun- och länsindelningen till dessa förändrade förutsättningar? Vilka konsekvenser har denna indelning för en effektiv samhällsplanering när medborgarnas rörelsemönster förändras och bostads- och arbetsmarknadsregionerna blir allt större?”¹

Hur ser då de framtida utmaningarna ut?

- Befolkningen blir allt äldre. Det betyder att färre ska försörja allt fler. Dessutom vet vi att äldre människor har en sämre hälsa och ett större vårdbehov än yngre. En äldre befolkning betyder därför, utöver lägre skatteintäkter, även högre kostnader för äldreomsorg och hälso- och sjukvård.
- De regionala skillnaderna kommer i demografiskt hänseende bli allt större. Ökningen av antalet äldre kommer att vara allra störst i de delar av Sverige som redan idag har den äldsta befolkningen. Det innebär att det kommunala utjämningsystemet måste öka i omfattning. Idag är det bara Stockholm som bidrar till det landstingskommunala utjämningsystemet, medan alla andra landsting är mottagare. I framtiden kommer Stockholm att få avstå allt större resurser till de andra landstingen. Något som står i direkt motsättning till förhoppningarna hos den ekonomiskt pressade politiska ledningen för Stockholms landsting. Frågan är om dagens utjämningsystem är politiskt hållbart med tanke på den demografiska utvecklingen.
- De minsta landstingen är redan idag egentligen för små för att kunna driva en allt mer teknikintensiv specialistsjukvård. Under de kommande decennierna kommer befolkningsunderlaget i dessa landsting, enligt prognoserna, att krympa ytterligare. Detta ställer krav på en förändrad organisering av i alla fall delar av sjukvården.
- Dessutom finns ett inbyggt tryck på ökade kostnader i sjukvården eftersom det är en verksamhet som präglas av ständigt ny teknik och nya forskningsrön. Det gör att

¹ Statsrådsberedningen, 2003, *Kommittédirektiv Översyn av strukturen och uppgiftsfördelningen inom samhällsorganisationen*, <http://statsradsberedningen.regeringen.se/index.htm>, 2003-03-04

det är ett genuint svårstyrt område. Det gäller i synnerhet för de små landstingen, där försök till rationaliseringar ofta resulterar i uppkomsten av enfrågepartier som blockerar styrning mot en effektiv sjukvård.

Vad kommer dessa utmaningar att innebära för landstingen under de närmaste decennierna? I den här rapporten behandlas förutsättningarna för finansieringen och styrningen av framtidens sjukvård och främst effekterna av det demografiska trycket.

Vår mening är att det finns tre olika sätt att lösa eller minska de demografiska skillnaderna mellan län och kommuner.

1. Utjämningsystemet mellan landstingen fortsätter att expandera i storlek. De resurser som framförallt Stockholm får avsätta till andra landsting ökar betydligt.
2. Det görs en kraftfull satsning på regionalpolitik som bryter de ökade regionala skillnaderna i demografiskt hänseende. För att klara detta behövs en betydande inflyttning till de landsting som i dag krymper befolkningsmässigt och ett ökat frivilligt samarbete mellan de små landstingen.
3. Det tredje alternativet är att välja en väg liknande den de valt i Norge. Det innebär ett ökat statligt inflytande över och ansvarstagande för sjukvården.

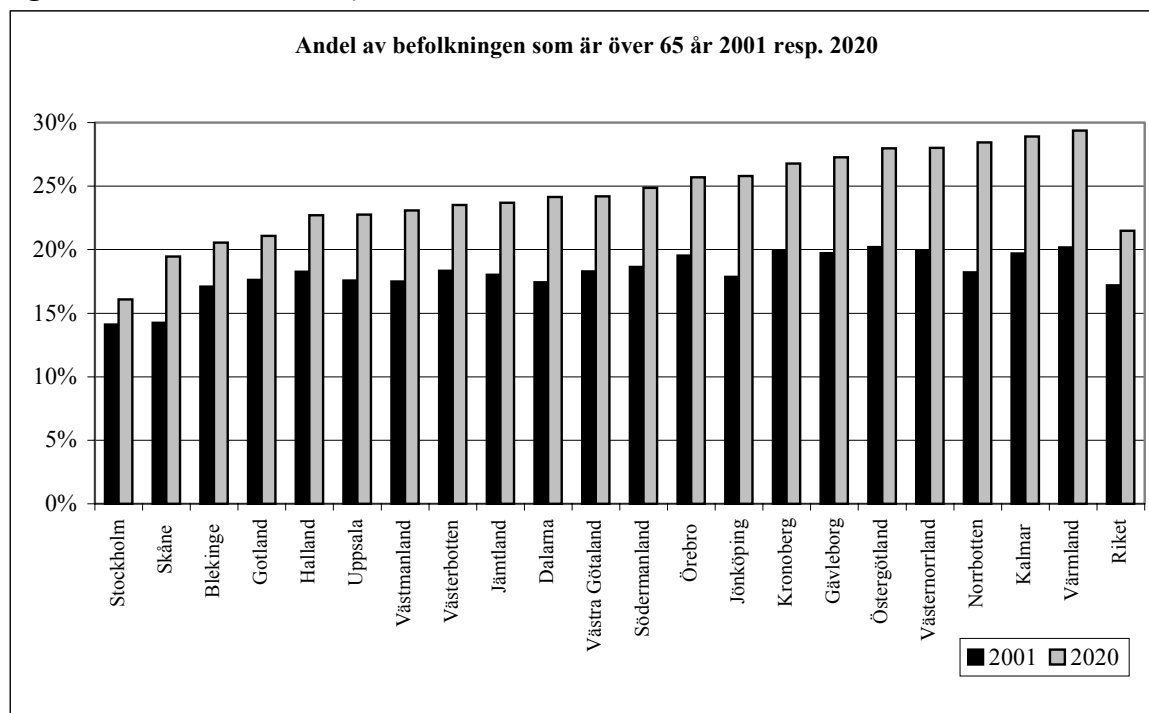
Sannolikt är inte någon av dessa strategier tillräcklig. Vi kommer att behöva utveckla politik i alla dessa tre riktningar. I denna rapport har vi undersökt den tredje vägen närmare och presenterar huvuddragen jämte våra iakttagelser av effekterna av den norska sjukhusreformen.

Utjämningsystemet och demografin

Den demografiska utvecklingen

En prognos för den demografiska utvecklingen i Sverige visar att det ekonomiska trycket på offentlig verksamhet, inte minst sjukvård, kommer att bli större. Allt färre ska försörja och betala vård för allt fler gamla. År 2001 fanns det ungefär 3,5 personer i arbetsför ålder per person över 65. År 2020 går det bara 2,5 personer per ålderspensionär. Det visar vilket ökat tryck som socialförsäkringssystem och sjukvård står inför. Men hur pass tung denna börda kommer att bli skiljer sig mycket mellan landets olika delar. Figuren visar hur stor del av befolkningen i länen som är över 65 år 2001 respektive 2020. Flertalet län ligger över riksgenomsnittet. Den befolkningsprognos som används här har tagits fram av SCB och den bygger på de senaste femton årens flyttrörelser.

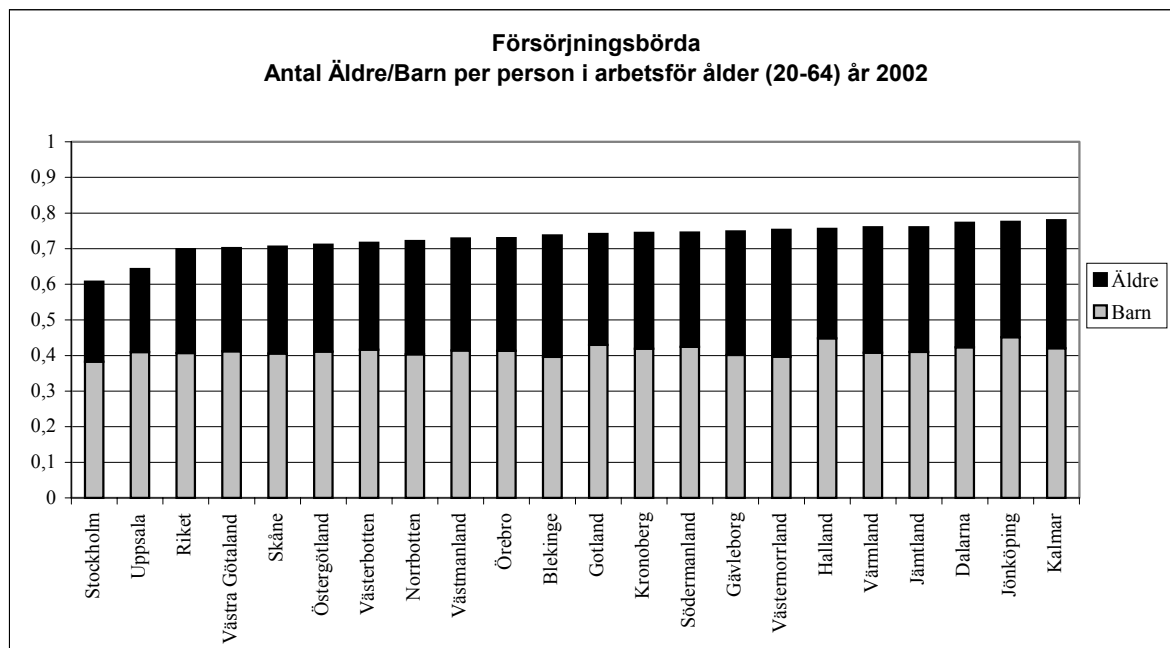
Figur 1 De äldre blir allt fler



Källa: SCB

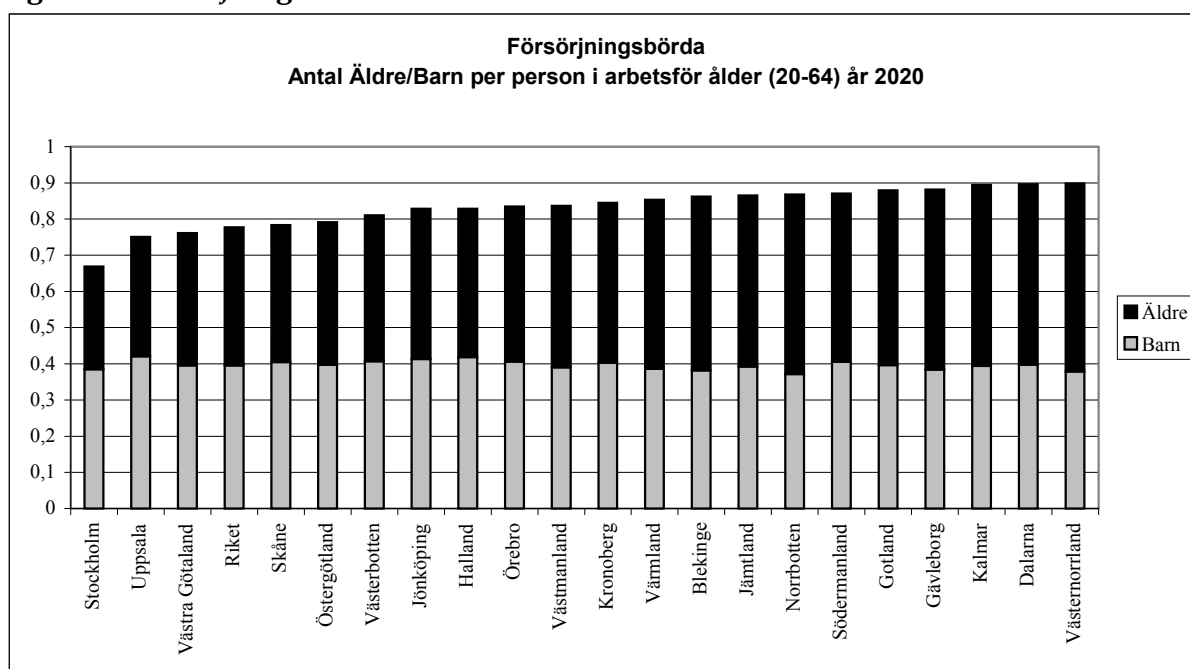
Ett annat sätt att visa den demografiska utvecklingen i länen är att titta på försörjningsbördan. De två figurerna nedan visar hur många äldre respektive barn en person i arbetsför ålder har att försörja. År 2002 varierar siffran mellan 0,6 för Stockholm till nästan 0,8 i Jönköping och Kalmar. Det betyder att för varje person i arbetsför ålder finns det 0,6-0,8 personer som inte kan arbeta. Ett annat sätt att se det är att omkring 1,5 personer som arbetar hjälps åt att försörja varje barn eller gammal.

Figur 2a Försörjningsbördan år 2002



Källa: SCB

Figur 2b Försörjningsbördan 2020



Källa: SCB

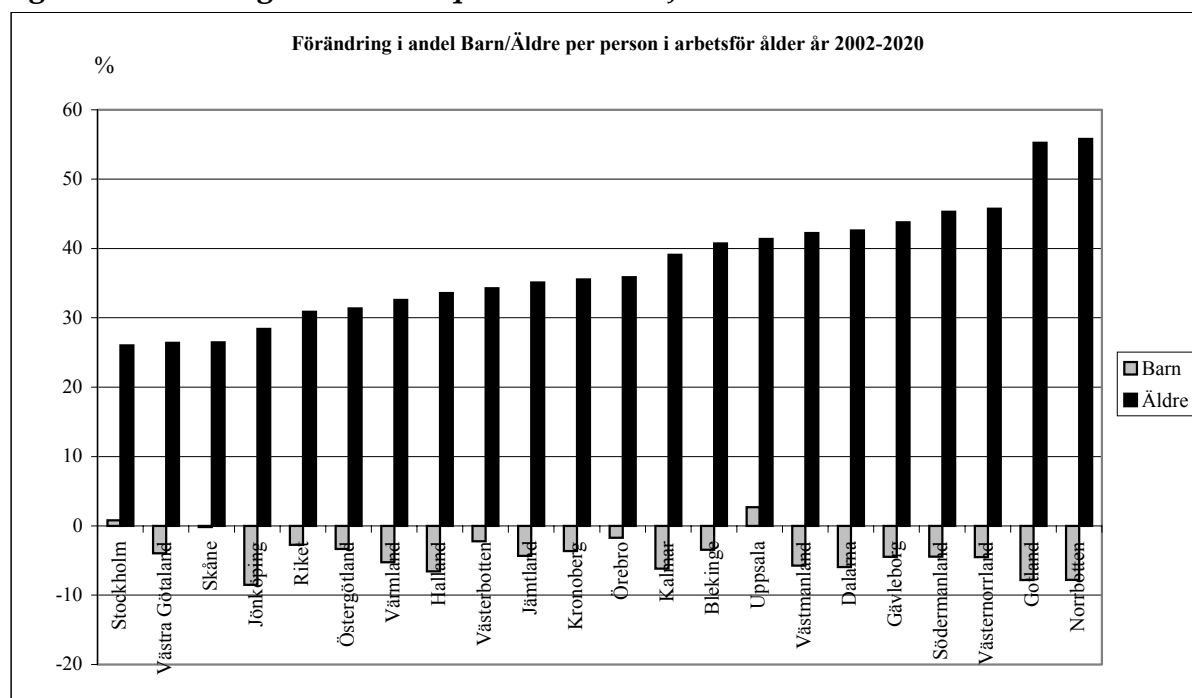
Figurerna 2a och 2b visar att försörjningsbördan för barn är ganska lika, både mellan olika län och över tiden. Nivån ligger kring 0,4 barn per person i arbetsför ålder. Det visar att det inte är finansieringen av barnens välfärd som är framtidens problem. Däremot varierar de äldre som andel av den arbetsföra befolkningen, både mellan länen och över tid. Medan det i Stockholm år 2002 går 0,2 äldre per person i arbetsför

ålder är det nästan 0,4 äldre per person i arbetsför ålder i Kalmar län. Medan andelen äldre i Stockholm ökar från 0,2 till 0,3 mellan åren 2002 och 2020, ökar andelen i Västernorrland från 0,35 år 2002 till drygt 0,5 år 2020.

För Stockholm är ökningen således inte så stor, men för landsting som Västernorrland och Dalarna t ex kommer ökningen av försörjningsbördan - från omkring 0,75 till 0,9 - att bli markant. Det är också tydligt att de prognoser med genomsnittssiffror för riket som vi brukar förfasa oss över visar upp en bättre bild än den verkliga situationen i de allra flesta landsting. Det är endast Stockholm och Uppsala som har en bättre situation än rikssnittet år 2002, och endast Stockholm, Uppsala och Västra Götaland som har det år 2020. Det betyder att alla andra landsting har en mer bekymmersam situation än vad den demografiska prognosen på riksnivå uppvisar.

Om vi tittar på förändringen av de icke förvärvsaktiva mellan åren 2002-2020, ser vi att det är de äldre som står för hela ökningen. Med undantag av Uppsala län, antas andelen barn i förhållande till antalet i personer i förvärvsaktiv ålder minska något. I Stockholm, Västra Götaland och Skåne ökar andelen äldre med drygt 25 procent. I Gotland och Norrland förväntas andelen äldre per person i förvärvsaktiv ålder öka med mer än 50 procent och i flera län ser ökningen ut att bli över 40 procent.

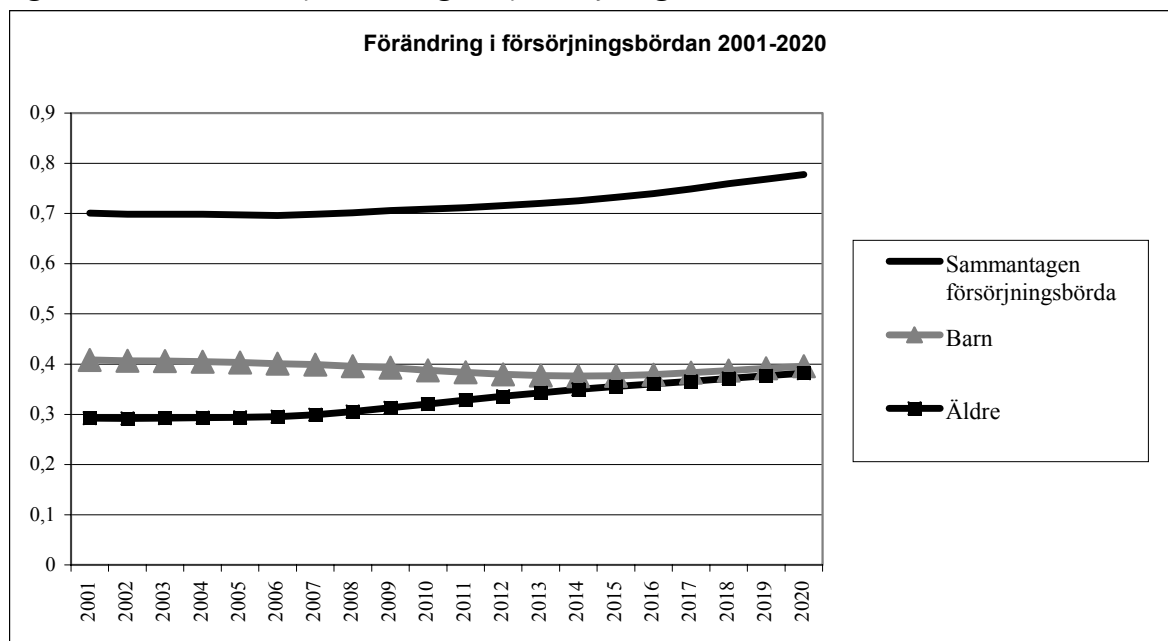
Figur 3 Förändringen i andelen personer i icke förvärvsaktiv ålder



Källa: SCB

Även figur 4 visar att det är de äldre som står för ökningen i försörjningsbördan.

Figur 4 De äldre står för ökningen i försörjningsbördan



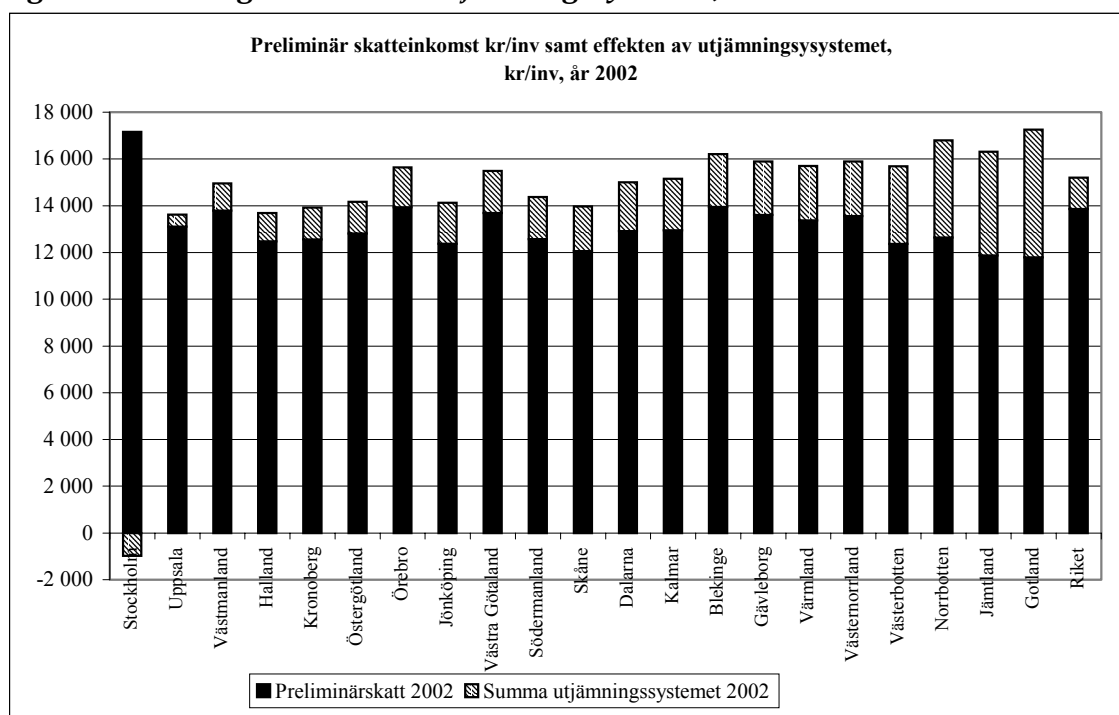
Källa: SCB

Det landstingskommunala utjämningsystemet

Det är således stora skillnader mellan landets olika delar vad gäller demografiska förutsättningar. Det kommunala utjämningsystemet omfördelar resurser bland annat utifrån dessa skillnader i förutsättningar. Hur kommer förändringarna i demografin att påverka utjämningsystemet?

Det finns i huvudsak tre saker som påverkar landstingens finansiering av sjukvården; landstingsskatten, patientavgifter och utjämningsystemet. Landstingsskatten står för den största delen av landstingets intäkter. Patientavgifterna utgör en mindre del och har också minskat i betydelse. I riket som helhet utgör landstingsskatten nära 90 procent av intäkterna från utjämningsystemet och landstingsskatten tillsammans, men i enskilda landsting, som exempelvis Gotland har utjämningsystemet betydligt större betydelse. Där utgör utjämningsystemet nära 32 procent av den sammanlagda intäkten från skatt och utjämningsystem, se figur 5.

Figur 5 Landstingsskatten och utjämningsystemet, kr/inv. år 2002



Källa: Landstingsförbundet

Något slags system för utjämning mellan olika kommuner eller landsting har funnits i nästan ett sekel. År 1917 var första gången som staten lämnade ett statsunderstöd till skattetyngda kommuner. Ett utjämningsystem i dagens bemärkelse infördes dock först år 1966. Systemet innebar att staten garanterade kommuner och landsting en viss beskattningsbar inkomst per invånare. Garantin varierade utifrån vilket behov man ansåg att respektive kommun eller landsting hade. Mellan åren 1966-1993 gjordes utjämningsystemet sedan om flera gånger. År 1993 genomfördes en stor kommunalekonomisk reform, där de flesta specialdestinerade statsbidrag byttes ut mot ett generellt statsbidrag. Effekten för landstingen av denna reform var dock inte särskilt

stor.² Men från och med den första januari 1996 sjösattes ett reformerat statsbidrags- och utjämningsystem, vilket beskrivs kort nedan.

En viktig princip med utjämningsystemet är att det är statsfinansiellt neutralt, d v s att statens finanser inte påverkas av den omfördelning som sker mellan län och kommuner. En annan princip är att alla pengar går via staten, inte direkt mellan bidragsgivare och bidragstagare i systemet.

Det kommunala utjämningsystemets fyra delar³

Utjämningsystemet är ett tekniskt mycket komplicerat system. Här följer en kort beskrivning av hur det fungerar.

- **Inkomstutjämnning**

Inkomstutjämnningen utjämnar för skillnader i skatteinkomster mellan kommunerna och innebär att de kommuner och landsting som har en skattekraft som är under genomsnittet får bidrag, medan de som har skattekraft över genomsnittet betalar in till systemet i motsvarande grad.

- **Kostnadsutjämnning**

Kostnadsutjämnningen utjämnar för strukturella skillnader i förutsättningar mellan kommuner. Det är bland annat andelen äldre och barn som har betydelse. För landstingen utgörs de största posterna i kostnadsutjämnningen av utjämnning för hälso- och sjukvård samt högskoleutbildning.

- **Generellt statsbidrag och momsavräkning**

Det generella statsbidraget och avräkningen för moms betalas ut med en lika stor summa per invånare, men är olika stort för kommuner och landsting. Systemet för momsavräkning har just gjorts om, det påverkar inte i ekonomisk mening för kommunerna, men momsavräkningen förflyttas från det generella statsbidraget till en egen kontopost.

- **Införanderegler**

Systemet införs successivt under de första åtta åren för att mildra effekterna av införandet, och kommer således att vara fullt infört först år 2004.

Principerna för det kommunala och det landstingskommunala utjämningsystemet är i stort desamma, och problemen är likartade. Genom att studera det ena lär man sig även mycket om det andra. Finansieringen av äldreomsorgen i kommunerna kommer att lida av ungefär samma framtida problematik som sjukvården. I fortsättningen fokuseras emellertid enbart på det landstingskommunala systemet.

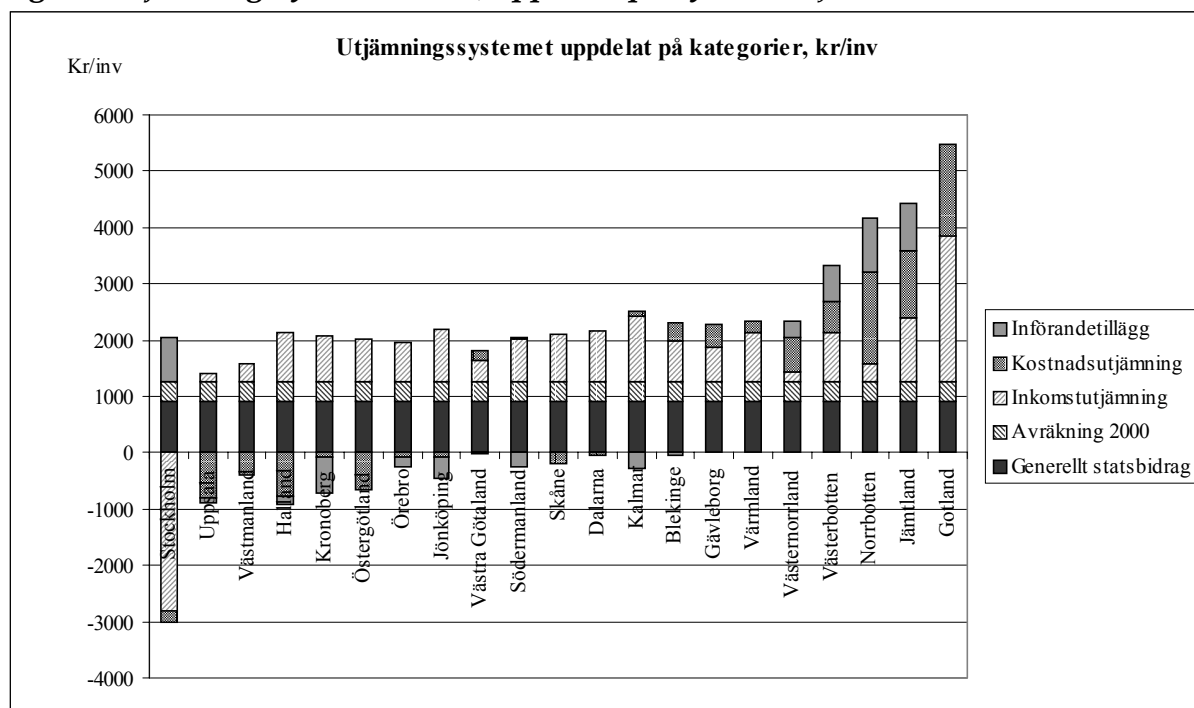
² Inrikesdepartementet, Landstingsförbundet och Svenska kommunförbundet, 1996, *Nytt utjämningsystem – En skrift om utjämnning av kostnader och intäkter i kommuner och landsting*.

³ Ibid.

Ett system under press

Det demografiska trycket kommer att sätta det kommunala utjämningsystemet på allt hårdare prov. Idag är det bara Stockholm som är nettobidragsgivare. Alla andra län är mottagare. I figur 6 kan man utläsa de olika delarnas betydelse för utjämningsystemet. I Stockholms landsting bidrar främst inkomstutjämnningen, men också i viss utsträckning kostnadsutjämnningen till att man blir nettobidragsgivare. I många andra län, och framförallt de nordliga, bidrar båda komponenterna till att man blir nettomottagare.

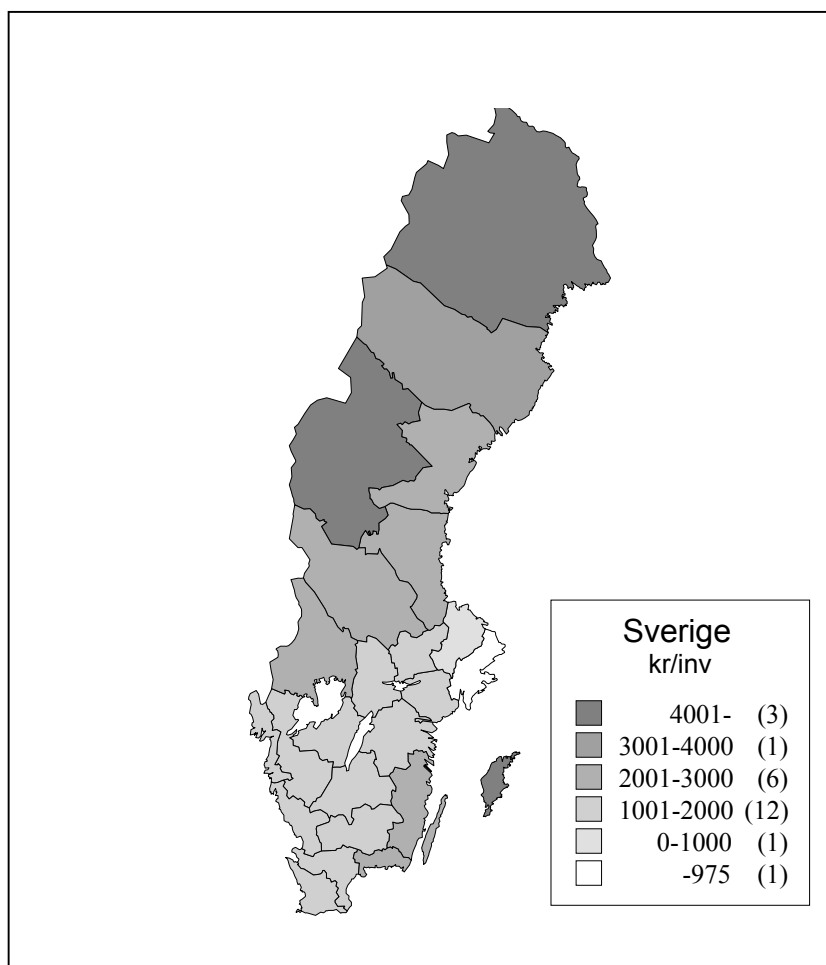
Figur 6 Utjämningsystemet 2002, uppdelat på systemets fem delar



Källa: Landstingsförbundet⁴

⁴ Landstingsförbundet använder en något annorlunda definition på statsbidraget, man drar ifrån den så kallade nivåjusteringen, vilket leder till ett något lägre statsbidrag än det SCB redovisar. Men eftersom statsbidraget är samma för alla landsting påverkar detta inte relationen mellan länen. Med avräkning avses att landstingen och kommunerna får ersättning för den momsavgift de betalat in för icke momspliktig verksamhet.

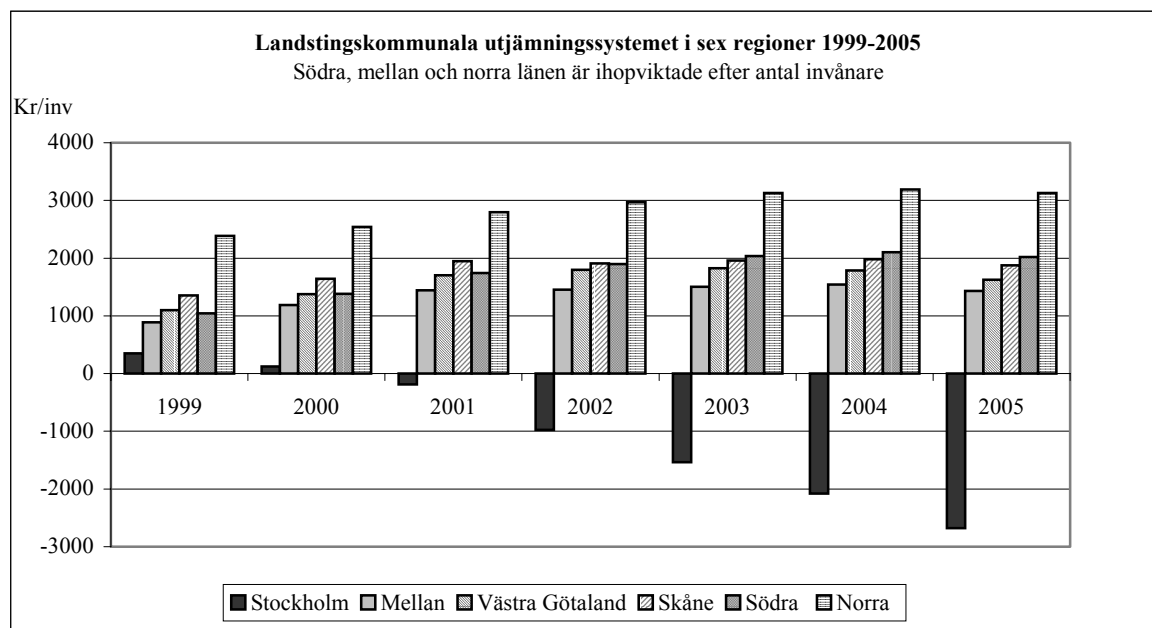
Figur 7 Karta över det landstingskommunala utjämningsystemet 2002



Källa: Landstingsförbundet

I figur 7 visas det regionala mönstret för resultatet av utjämningsystemet. De nordligaste länen och Gotland är de som är mottagare av mest pengar. Södra Sverige med undantag av Kalmar och Blekinge tar inte emot särskilt mycket pengar, medan mellersta Sverige intar något slags mittenposition med en intäkt från utjämningsystemet på mellan 2000-3000 kronor per invånare.

Figur 8 Utjämningsystemets utveckling⁵



Källa: Landstingsförbundet och SCB

Landstingsförbundet gör prognoser över utjämningsystemet och figuren ovan visar hur de väntar sig att systemet kommer att utvecklas fram till år 2005. Figuren visar att omslutningen i systemet kommer att öka successivt, och att skillnaderna mellan Stockholm och övriga regioner ökar i snabb takt. Det går också att se att år 2002 var det första året som Stockholm betalade en större summa pengar till systemet. År 2005 prognosticerar Landstingsförbundet att Uppsala kommer att börja bidra till systemet, om än med blygsamma knappa 50 kronor per invånare.

Det är dock viktigt att minnas när man ser dessa siffror att inget tyder på att enskilda landsting "drabbas" av utjämningsystemet. Att ett landsting bidrar till systemet beror på att det har bättre förutsättningar än övriga regioner. Givet att systemet är rättvist konstruerat betyder ökningen för Stockholms del att Stockholm drar ifrån övriga landsting, istället för tvärtom. Sett på det viset är utvecklingen i utjämningsystemet inget problem. Men det är uppenbart att utvecklingen utgör ett politiskt problem. Det är ett legitimitetsproblem för systemet och ett ideologiskt problem eftersom det oftare är borgerligt styrda kommuner eller landsting som bidrar till systemet medan socialdemokratiskt styrda oftare är mottagare.

Vad kan göras?

Den tekniska utvecklingen i sig gör att det blir allt svårare att se det försvarbara i att små landsting i princip ska kunna erbjuda all tillgänglig vård. Allt dyrare och mer avancerad teknik gör de små landstingen ineffektiva. Därför behövs det ett system där man kan dra nytta av de stordriftsfördelar det innebär att ha ett tillräckligt stort befolkningsunderlag.

⁵ Södra = Jönköping, Kronoberg, Kalmar, Gotland, Blekinge, Halland.
Mellan = Uppsala, Södermanland, Östergötland, Värmland, Örebro, Västmanland.
Norra = Dalarna, Gävleborg, Västernorrland, Jämtland, Västerbotten, Norrbotten.

Enligt forskningen är den optimala storleken på sjukvårdsregioner ett patientunderlag på omkring en miljon. Det är bara de tre storstadsregionerna som närmar sig denna storlek. De övriga landstingen är betydligt mindre och har allt svårare att erbjuda en kostnadseffektiv specialistsjukvård.

Vi ser tre olika sätt att lösa, eller åtminstone förbättra, den framtida ekonomiska situationen för den svenska sjukvården.

1. Ett expanderande utjämningsystem
2. En andra väg är satsningar på regionalpolitik för att minska skillnaderna i ekonomiska förutsättningar mellan regionerna och ett ökat frivilligt samarbete mellan de små landstingen.
3. En förändrad ansvarsfördelning mellan statlig och regional nivå. Man kan tänka sig dels en väg liknande den Norge tagit, med helt förstatligad sjukvård, eller någon form av statlig finansiering som ett komplement till utjämningsystemet.

Ett utjämningsystem liknande dagens, utan statsfinansiell påverkan, blir svårt att förena med krav på legitimitet och tillräcklig omfördelning. Den andra vägen är med stor sannolikhet otillräcklig. Regionalpolitik kan ha en positiv effekt, men knappast balansera de stora och snabba befolkningsförändringar som sker under de kommande decennierna. Det skulle krävas en ökning av den arbetsföra befolkningen i Norrbotten med 30 000 personer fram till år 2020, jämfört med prognosen, för att deras försörjningsbörda för de äldre inte ska öka mer än i Stockholm. I Norge har man valt den tredje alternativa vägen, vilken presenteras i nästa avsnitt.

Sjukhusreformen i Norge

I det här kapitlet presenteras huvuddragen i den norska sjukhusreformen. Avsnittet bygger huvudsakligen på ett dagsseminarium arrangerat av norska LO, där ett antal av de personer som var tongivande för och emot reformen deltog och gav sina bilder av sjukhusreformen. Under seminariet gjordes också ett besök på Rikshospitalet.

Bakgrund

I Norge finns det 85 sjukhus och allt som allt ungefär 350 institutioner i specialistsjukvården, inklusive psykiatrisk sjukvård och ambulansservice. På samma sätt som i Sverige har man i Norge haft ett antal reformer som verkat i riktning mot ett ökat kommunalt ansvar för allt mer av hälso- och sjukvården. Samtidigt har specialistsjukvården utvecklats så att allt större upptagningsområden behövs. Man har därför gjort bedömningen att det inte längre är optimalt att fylkena har ansvaret för sjukvården.⁶

Vid årsskiftet 2001/2002 förstatligades de norska sjukhusen. Folketinget har sedan dess huvudansvaret för verksamheten och avgör den övergripande inriktningen. Fem av staten ägda regionala hälsobolag står för den löpande driften. De regionala hälsoföretagen organiserar sedan i sin tur verksamheten i omkring 50 hälsoföretag. Företagen konkurrensutsätts och har som målsättning att bedrivas på ett sätt som stimulerar till kostnadseffektivitet och marknadsmässighet, men utan att de grundläggande principerna om allas rätt till lika vård åsidosätts. Det är oklart hur långt konkurrensutsättningen är tänkt att sträcka sig, men den är i första hand tänkt att ske på områden som inte direkt rör relationen patient – vårdgivare. Exempelvis ska specialistsjukvårdens upphandling ske på ett mer marknadsmässigt sätt.

Sjukhusreformen har tre huvuddelar, och det man eftersträvar är de tre delarna i kombination med varandra:

1. Staten övertar ägarskapet över de offentligt ägda sjukhusen.
2. Dessa sjukhus organiseras i företag, vilket innebär att de blir rättssubjekt utanför den statliga förvaltningen.
3. Staten använder sedan företagen för att ta ansvaret för specialistsjukvården.⁷

Reformen ger möjligheter till koordinerad styrning, både på nationell nivå och i de fem regionala hälsoföretagen som liknar koncerner. De regionala företagen får möjlighet att "balansera" mellan planstyrning och konkurrens beroende på vad man finner passar bäst.⁸

⁶ Hellandsvik Paul, 2001, *New Health Organization in Norway. Government Run Hospitals. Consequences for research and Health Services*, Sintef Unimed

⁷ Social och helsedepartementet, 2001, *Statlig overtakelse av spesialisthelsetjenesten*, Høringsnotat.

⁸ Vidar Omar Steine (ekspeditionssjef helsedepartementet) vid dagsseminarium om Norska sjukhusreformen i norska LO:s regi, 2002-08-27.

Man tror att resurserna kan tas bättre tillvara med ett samlat ägarskap. Förutsättningarna för ett effektivt resursanvändande och samspel tros bli bättre med statligt ägarskap. Olika "organisatoriska och elektroniska nätverk" ska samordna resursanvändningen mellan hälsoföretagen.

Företagen ska ledas utifrån traditionella ekonomiska principer⁹. Man fann dock att det inte var rimligt att hälsoföretagen fullt ut skulle styras av principerna för aktiebolag, främst vad gäller ansvarsbegränsningen för ägaren, som är en grundidé med aktiebolaget. Man har därför stiftat en särskild lag, lagen om hälsoföretag. Den gäller både för de regionala hälsoföretagen och dotterbolagen under dem. Den stora skillnaden mellan den nya typen av bolag jämfört med traditionella aktiebolag är att de statliga hälsoföretagen inte ska kunna tillåtas att gå i konkurs. Ägaren, det vill säga staten, ska alltså ha ett obegränsat ansvar för verksamheten och inte, som i aktiebolag, ett begränsat ansvar. Man skiljer på det statliga ägandet och själva driften av företagen som sköts av en företagsledning. Ledningen för företagen ska ha en betydande frihet över den löpande driften. Styrelsen bestämmer den övergripande inriktningen på verksamheten.¹⁰

År 1970 överfördes ansvaret för sjukhusen till de 19 fylkena, eller länen. Dessa fylken har ett genomsnitt på 240 000 invånare och redan 1974 delades Norge in i fem *hälso-regioner* eftersom specialistsjukvård ofta förutsätter ett större kundunderlag än populationen i de små norska länen för att en god kvalitet ska kunna upprätthållas.¹¹

Men det var inte förrän år 1987 som man för första gången på allvar ifrågasatte att fylkena skulle ha ansvaret för sjukvården. Denna gång blev det dock inget statligt övertagande. År 1994 restes återigen frågan, men den röstades ner i den utredning som undersökte frågan. Ett av förslagen i utredningen låg sedan till grund för sjukhusreformen 2002.¹²

Ett frågetecken kring reformen är graden av öppenhet i hälsoföretagens styrelser. Det norska Kommunförbundet reagerade på att hälsoministern nekat att öppna dörrarna till styrelserummen. Att företagen är fristående gentemot staten gör att offentlighetslagen inte längre är tillämplig.¹³

Den antagligen mest tongivande personen för reformen, Tore Tønne, sade sig redan vid tillträdet som hälsominister ha varit fast besluten att reformera specialistsjukvården rejält. Han ansåg att det dåvarande systemet med allt högre sjukvårdsutgifter var ohållbart i längden. Han insåg också att det skulle ta för lång tid att genomdriva en reform på sedvanlig tid. Därför tillsattes ingen ny parlamentarisk utredning, utan man använde sig av den tidigare utredningen på området från 1994 och hade en arbetsgrupp inom hälsodepartementet som utarbetade lagförslaget.¹⁴

⁹ Social och helsedepartementet, 2001, *Sykehusreformen – noen eierperspektiv*, Rapport från norska sosial och helsedepartementet, s. 7.

¹⁰ Helsedepartementet, 2001, Statlig overtakelse av spesialisthelsetjenesten, Høringsnotat, s. 22ff,

¹¹ Hellandsvik Paul, 2001, *New Health Organization in Norway. Government Run Hospitals. Consequences for research and Health Services*, Sintef Unimed

¹² Ibid.

¹³ Norsk Kommuneforbund, 2001-11-16, *Helsepolitik er ikke frimureri – Styredørene må åpnes!*, pressmeddelande, <http://www.nkf.no>, 2002-08-05

¹⁴ Tore Tønne vid dagsseminarium om Norska sjukhusreformen i norska LO:s regi, 2002-08-27.

Det går att identifiera tre huvuddrag eller problemområden man velat påverka med den norska sjukhusreformen och vi har valt att använda dessa tre områden för att beskriva vad reformen inneburit.

- Inflytande och ansvar
- Finansieringssystem och drivkrafter
- Regionala skillnader

Inflytande och ansvar

Även om fylkena hade ägaransvaret för sjukvården, var det staten som reellt hade ansvaret för finansieringen av både drift och utbyggnad av specialistsjukhusen. I praktiken hade staten ansvar för hela finansieringen.

Det gav ett svagt ägaransvar med oklar ansvarsfördelning. Systemet beskrivs av Tore Tønne som ett system där fylkena bestämde samtidigt som det var staten som fick betala verksamheten. Den oklara ansvarsfördelningen mellan staten och fylkena ledde enligt Tore Tønne till ett ineffektivt resursutnyttjande. Bland annat fanns det inte tillräckliga drivkrafter för fylkena att samarbeta över gränserna på ett effektivt sätt.¹⁵

I och med att staten övertog ägandet får samma institution ansvaret för och kontrollen över produktionen. Det betyder att det är den som gör prioriteringar och styr verksamheten som betalar för den, vilket borde leda till att man tar större hänsyn till effektivitet än tidigare.

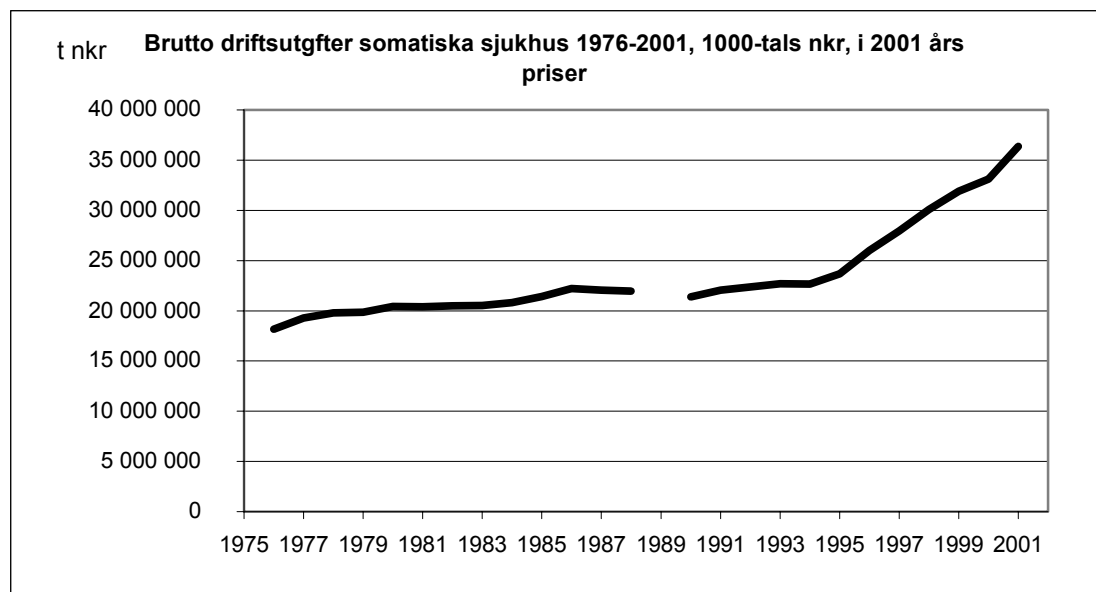
Finansieringssystem och drivkrafter

Den norska specialistsjukvården var tidigare helt förvaltningsstyrd, med en politiskt bestämd budget och politiskt bestämda mål för verksamheten. Ekonomiska incitament saknades i stor utsträckning, vilket ledde till allt större kostnader och en låg effektivitet. Man hade långa köer till vissa behandlingar och uttrycket "korridorpatienter" förekommer flitigt i beskrivningar av den norska sjukvården.

Sjukhusen var organiserade som en integrerad del av den offentliga förvaltningen. Personalen var anställd i förvaltningen och ekonomistyrningen var en del av den fylkeskommunala budgeten, vilket gjorde det mycket svårt att överblicka specialistsjukvårdens budget specifikt.

¹⁵ Tore Tønne vid dagsseminarium om Norska sjukhusreformen i norska LO:s regi, 2002-08-27.

Figur 9 Utgifter för sjukvård i Norge



Källa: Norska statistiska centralbyrån, OECD¹⁶

Från mitten av nittiotalet steg kostnaderna för den norska sjukvården raskt. I figuren ovan ser vi hur kostnaderna för den somatiska sjukvården (sjukhus minus psykiatri) efter år 1995 ökade dramatiskt.

Det var staten och skattebetalarna som var de stora förlorarna på systemet som det såg ut förut, med ren förvaltningsstyrning. Övriga aktörer hade mer eller mindre att tjäna på en viss ineffektivitet i systemet. En stark aktör på området är läkemedelsföretag och kanske särskilt företag som tillverkar teknisk utrustning till specialistsjukvård. De är betjänta av ett system där upphandlingen sköts ineffektivt och utan samordning. Med många små fylken som sköter inköpen, får de sälja dyr utrustning till ett högre pris än om det finns en väl fungerande regional samordning. Tønne kallade dessa intressegrupper för "dolda motkrafter", eftersom deras bakomliggande intressen inte är alldeles uppenbara vid en första anblick. De har dessutom anledning att dölja sina orsaker till att de var emot en ökad effektivitet i sjukvården.¹⁷

Regionala skillnader

Trots den centraliserade finansieringen var skillnaderna stora mellan landets olika delar. Ekonomiskt starka områden med frisk och ung befolkning har naturligtvis bättre förutsättningar att erbjuda en bra vård, medan fylken med sämre förutsättningar och mindre befolkningsunderlag har svårt att erbjuda samma kvalitet.

Norge är ett litet land, med omkring fem miljoner invånare. Vissa regioner är mycket glest befolkade, och befolkningsunderlaget är därför för litet i vissa områden för att det ska vara effektivt att bedriva alla typer av specialistsjukvård i samtliga regioner. För att

¹⁶ För år 1989 saknas siffror på utgifter för somatisk sjukvård.

¹⁷ Tore Tønne vid dagsseminarium om Norska sjukhusreformen i norska LO:s regi, 2002-08-27.

öka effektiviteten fanns det därför behov av ett bättre system för utbyte mellan regioner. Något som var svårt med det tidigare förvaltningsstyrda systemet.

Vad tycker normmännen?

Den norska sjukhusreformen genomfördes rekordsnabbt. Från regeringsskiftet i mars 2000 tog det bara dryga ett och ett halvt år innan reformen sjösattes. Kritik har därför riktats mot att frågan inte utreddes tillräckligt och att man helt enkelt vet för lite.

Det har också förts fram farhågor för att bolagen har en allt för affärsmässig inriktning, och att reformen är ett slags förtäckt steg mot en privatisering av den norska sjukhusvården.

Nedan presenteras ett antal olika organisationers synpunkter på reformen.

Sosialistisk venstre

SV skriver på sin hemsida den nionde mars 2001 att de tror att ett system med hälsoföretag och konkurrensutsättning leder till att patienterna behandlas som handelsvaror och att företagen kommer att inrikta sin hälsoproduktion mot de mest lönsamma patienterna. De befarar också att reformen leder till ökad byråkrati. De anser att pengarna borde satsas på vården direkt istället för på kostsamma reformer och byråkrati. Man ställer sig positiv till ett ökat statligt ansvar för sjukvården, men vill mobilisera kraftigt mot det man kallar Tønnes privatiseringsreform.¹⁸

LO

Norska LO ställer sig inte negativa till ett förstatligande av specialistsjukvården. Däremot är man skeptiska till att sjukhus drivs som företag. Istället bör hälsoföretagen drivas som en del av förvaltningen. Beteckningen företag tycker man också är olämplig eftersom den kan ge associationer om att hälsoföretagens mål är att maximera den ekonomiska vinsten för ägaren – staten. LO uttryckte också ett antal krav på övergången från fylkeskommunal till statlig regi vad gäller de anställdas rättigheter och trygghet.¹⁹

KFO, fackförbund för offentligt anställda inom tjänstesektorn

KFO är starkt kritiska till den snabba beslutsgången, med den korta remisstiden, men de ställer sig också starkt negativa till konkurrensutsättning och varje form av privatisering. I remissvaret framgår det att de är oroade för exempelvis pensioner och anställningstrygghet för de anställda. Den snabba beslutsgången medgav inte tillräckligt med medbestämmande. De ställer sig dock inte helt avvisande till en företagsmodell, men tror inte att ett system med dotterföretag som konkurrerar med varandra är en bra lösning. Däremot kan man tänka sig dotterföretag uppdelat efter funktion.²⁰

¹⁸ Sosialistisk venstre, 2001-03-09, *SV mot merkedsstyre av helsevesenet*, <http://www.sv.no>, 2002-05-22

¹⁹ LO, 2001

²⁰ KFO, 2001-03-5, *Høringsnotat på Høringsuttalelse – Statlig overtakelse av spesialisthelsetjenesten*, www.kfo.no, 2002-05-22

Kommunförbundet, Norges största fackförbund för kommunanställda mfl

Kommunförbundet anser att sjukhus inte bör bedrivas i företagsform, och är därför kritiska till sjukhusreformen. De vill dock göra det bästa av situationen när nu väl sjukhusreformen blivit verklighet och betonar vikten av att sjukhusen får tillräckliga utgiftsramar, att styrelsemötena öppnas för offentligheten och att man avvaktar med konkurrensutsättning de närmaste fyra åren för att inte ytterligare röra om i de nya hälsoföretagen.²¹

Vice ordförande i Kommunförbundet, Gunhild Johansen har deltagit aktivt i debatten mot sjukhusreformen. Hon befärdar att systemet leder till bristande demokratisk kontroll, en ökad administration och att sjukhusen kommer att prioritera att behandla de "enkla" eller "billiga" patienterna. Hon tror också att sjukhusreformen kan leda till mindre offentlighet i styrningen och till en ökad press på primärhälsovården. Istället för den sjukhusreform som genomfördes hade kommunförbundet velat vidareutveckla den befintliga förvaltningsmodellen.

En stor fråga för Kommunförbundet var att det blev osäkert vilken arbetsgivare de anställda skulle komma att få, om alla skulle få behålla jobben och om de avtalade trygghetssystemen man hade med den tidigare arbetsgivaren skulle föras över till de nya hälsoföretagen. På det här området tycks det som om Kommunförbundet nästan helt fick igenom sina krav.²²

Høyre

Høyre är positiva till reformen. Sjukhusreformen börjar ge resultat, hävdar de. Enligt Høyre har väntetiden för sjukhusbehandling minskat med i genomsnitt sju dagar från december 2001 till april 2002. Siffror från den 30 april 2002 visar att antalet patienter i kö i väntan på behandling är det lägsta sedan 1998. Høyre tror att det beror på bättre planmässighet och högre effektivitet i vården, att man gått igenom väntelistorna, att patienter sänds till utlandet samt att systemet med fritt sjukhusval börjar verka.²³

Sverige och Norge

Sjukvården i Norge respektive Sverige skiljer sig åt på flera avgörande punkter. Det gör att det inte bara går att översätta den norska sjukhusreformen till det svenska systemet. Nedan presenteras några olikheter som vi vill betona.

Inflytande och ansvar

Det norska sjukhusväsendet var på många områden mer centraliserat än det svenska redan före reformen. Fylkena hade inte egen beskattningsrätt, utan skattesatsen sattes av staten, men landstingen förfogade sedan över medlen. I praktiken fungerade det så att staten sedan lade till där det fattades. Det gjorde att staten fick det reella ansvaret för verksamheten på ett helt annat sätt än vad som är fallet i Sverige. Vid problem

²¹ NKF, 2002-03-14, Offentlig helsetjeneste grunnleggende for velferden – Sykehusreformen må brukes til folkets beste,

²² Gunhild Johansen, vice ordf. norska Kommunförbundet, vid dagsseminarium om Norska sjukhusreformen i norska LO:s regi, 2002-08-27.

²³ Høyre, 2002-06-06, Sykehusreformen viser resultater, <http://www.hoyre.no>, 2002-08-05

kunde de norska fylkespolitikerna helt enkelt peka på regeringen, eftersom fylkena inte kunde påverka sina egna inkomster.

Finansieringssystem och drivkrafter

I Sverige har vi kommunal självstyrelse och landstingen har stor rätt att själva styra verksamheten. Man har egen beskattningsrätt och rätt att organisera sitt ekonomiska styrsystem som man finner bäst. Därför finns det inget enhetligt svenskt system för sjukvården. Det gör att det blir svårt att dra paralleller direkt från det norska exemplet.

Generellt kan man dock säga att det i Sverige finns betydligt mer av marknadskrafter inom vården jämfört med det norska systemet före reformen. Den svenska sjukvården är offentligt finansierad, men det finns privata utförare och ekonomistyrningssystem med prissättning på olika behandlingar vilket gör att det är ett betydligt mer konkurrensutsatt system än en rent förvaltningsstyrd modell.

Regionala skillnader

På samma sätt som regioner i Norge har helt skilda förutsättningar, skiljer det mycket mellan landsdelar och regioner i Sverige. I Norge pytsade staten helt enkelt i där det fattades medan vi i Sverige har ett kommunalt utjämningsystem för att utjämna regionala skillnader. Eftersom det är svårt att mäta kvalitet och produktivitet inom vården blir det mycket svårt att avgöra hur stora skillnaderna mellan regioner är idag.

Men vi vet hur utjämningsystemet ser ut, och vi vet också hur det demografiska trycket i framtiden kommer att verka mot allt större skillnader i förutsättningar mellan olika län.

Avslutande kommentarer

Vi har i den här rapporten presenterat tre möjliga lösningar på de demografiska och geografiska problemen Sveriges landsting står inför. Vi vill inte hävda att något av dem är en universallösning, utan kanske mer uppmärksamma läsaren på att något behöver göras. Om kvaliteten på sjukvården ska kunna behållas eller till och med förbättras krävs det att den bedrivs så effektivt som möjligt.

Är systemet med små självstyrande landsting realistiskt i framtiden med allt mer komplicerade och kostsamma behandlingar som ökar det optimala upptagningsområdet?

Är det verkligen effektivt att en region som Stockholm har så mycket bättre förutsättningar att Stockholm ensamt finansierar omfördelningen till de andra landstingen?

Lärdomar från Norge

Det norska exemplet är intressant av minst två skäl. För det första ger det en inblick i hur Norge löst problemet med allt större press på landstingens ekonomi kombinerat med ett demografiskt tryck och ökande regionala olikheter. För det andra visar det norska exemplet på vilket motstånd och invändningar som kan resas mot en reform av denna omvälvande typ. Dessa lärdomar bör den utredning som Mats Svegfors nu leder dra lärdom av.

Reformen genomfördes snabbt. Det var möjligtvis en förutsättning för att lyckas driva igenom reformen. Men det politiska priset blev högt. Sjukhusreformen var inte särskilt omtyckt och pressen från media och allmänhet blev stor. Mycket pekar mot att reformen bidrog till den socialdemokratiska valförlusten. Men även om det kortsiktiga priset är högt, kan det mycket väl tänkas att den långsiktiga vinsten kan bli stor. Det är något som framtiden får utvisa.

Från det norska exemplet kan vi också lära oss att det är viktigt att vara på det klara med vilka som är betjänta av en effektiv sjukvård. Starka intressenter inom detta område, som t.ex. läkemedelsföretagen, var det i liten utsträckning. Så länge sjukvården kan få medel på bekostnad av annan verksamhet är läkare och sjukhusledning betjänta av ett visst överutnyttjande. De som verkligen har intresse av en effektiv resursanvändning inom vården är skattebetalarna och brukarna. Och det är de grupper som har svårast att höras och som aldrig kommer att mobilisera något betydande stöd för en sjukvårdsreform. Det betyder att politiker får ansvaret för att effektiviteten upprätthålls.

Källförteckning

- Hellandsvik Paul, 2001, *New Health Organization in Norway. Government Run Hospitals. Consequences for research and Health Services*, Lecture, Sintef Unimed
- Høyre, 2002-06-06, *Sykehusreformen viser resultater*, pressmeddelande, <http://www.hoyre.no>, 2002-08-05
- Inrikesdepartementet, Landstingsförbundet och Svenska kommunförbundet, 1996, *Nytt utjämningsystem – En skrift om utjämning av kostnader och intäkter i kommuner och landsting*.
- Landsorganisasjonen i Norge, 2001, *LOs høringsuttalelse, Høring på lovforslag: Statlig overtakelse av spesialisthelsetjenesten*, www.lo.no, 2002-05-21
- NKF, 2002-03-14, *Offentlig helsetjeneste grunnleggende for velferden – Sykehusreformen må brukes til folkets beste*, www.nkf.no
- Statsrådsberedningen, 2003, *Kommittédirektiv Översyn av strukturen och uppgiftsfördelningen inom samhällsorganisationen*, <http://statsradsberedningen.regeringen.se/index.htm>, 2003-03-04
- Sintef Unimed, 2001, *Sykehusreformen: Et hamskifte i styrning av helsetjenestene*, Sintef Unimed på oppdrag av Kommunenes sentralforbund, december 2001.
- Sosialistisk venstre, 2001-03-09, *SV mot merkestrykke av helsevesenet*, <http://www.sv.no>, 2002-05-22
- Sosial- og helsedepartementet, 2001, *New Health Organization in Norway. Government Run Hospitals. Consequences for research and health services*, lecture by Paul Hellandsvik, Sintef Unimed, Nordic Meeting for Deans and Teaching Hospitals, Reykjavik 31/8 2001, www.odin.dep.no/shd/sykehusreformen, 2002-05-21.
- Sosial- og helsedepartementet, 2001, *Statlig overtakelse av spesialisthelsetjenesten*, Høringsnotat, <http://odin.dep.no/hd/norsk/aktuelt/p20041847/notat/030071-080008/index-dok000-b-f-a.html>, 2002-05-22.
- Sosial- og helsedepartementet, 2001, *Sykehusreformen – noen eierperspektiv*, rapport från Social och helsedepartementet.
- Sosial- og helsedepartementet, 2002, *The Norwegian Hospital Reform – Central government assumes responsibility for hospitals*, www.odin.dep.no/shd/sykehusreformen, 2002-05-21.