

Landsting för välfärd

Ur KB:s samlingar

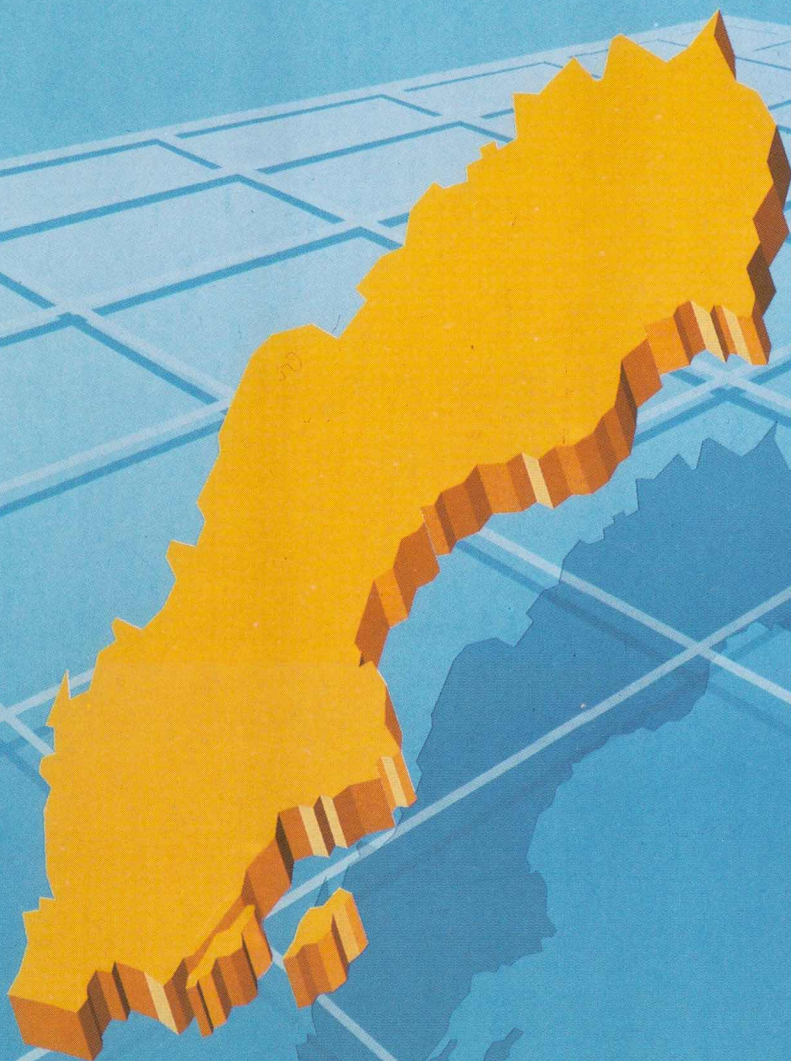
Digitaliserad år 2015



National Library
of Sweden

Bilaga 14 till LU 90

Landsting för välfärd



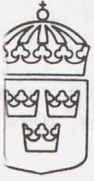
Bilaga 14 till LU 90

Ref KB

Occ

Sou

1990:14



Finansdepartementet
1990

Landsting för välfärd

Landstingsförbundet

Bilaga 14 till Långtidsutredningen 1990

Allmänna Förlaget har utgivit en bibliografi över SOU och Ds som omfattar åren 1981–1987. Den kan köpas från förlagets Kundtjänst, 106 47 STOCKHOLM.

Best. nr. 38-12078-X.

Beställare som är berättigade till remissexemplar eller friexemplar kan beställa sådana under adress:

Regeringskansliets förvaltningskontor

SOU-förrådet

103 33 STOCKHOLM

Tel: 08/763 23 20 Telefontid 8¹⁰–12⁰⁰ (extern och internt)

08/763 10 05 12⁰⁰–16⁰⁰ (endast internt)

Norstedts Tryckeri
Stockholm 1989
ISBN 91-38-10507-1
ISSN 0375-250X

Förord



Långtidsutredningen 1990 utarbetas inom finansdepartementets strukturpolitiska enhet. I samband med utredningen har ett antal specialstudier genomförts. Huvuddelen av dessa publiceras som bilagor till utredningens huvudrapport.

Föreliggande bilaga har utarbetats av Landstingsförbundet där 1:e sekreteraren Håkan Nilsson haft huvudansvaret för rapportens utformning. I bilagan redogörs för landstingens verksamhet och ekonomi under de gångna åren och diskuteras de framtida resursbehoven. Framställningens tyngdpunkt ligger på hälso- och sjukvården, ett område där betydande strukturförändringar äger rum. Vidare diskuteras i vilken utsträckning ett bättre styrsystem kan minska resursbehoven inom landstingens verksamheter.

Ansvar för långtidsutredningens bilagor och för de bedömningar de innehåller vilar på respektive författare. Av den kommande huvudrapporten framgår hur bilagorna använts i utredningens arbete.

Finansdepartementets kontaktman har varit kanslirådet Rein Hinno.

Stockholm i februari 1990

Lars Heikensten
Departementsråd

Innehållsförteckning

Inledning	7
Arbetets uppläggning	7
Innehåll	8
1 Verksamhet, personal, ekonomi – en översikt	9
Landstingens verksamheter	9
Personal	13
Ekonomi	13
2 Framtidens landsting	17
Landstingens utveckling	17
Den regionala nivåns roll	17
Utveckla framtidens landsting	20
3 Hälsa- och sjukvårdens utveckling	21
Jämförelser med andra länder	21
Andel av BNP	22
Förändringar i verksamheten	25
4 Omsorger om psykiskt utvecklingsstörda – ett område i snabb förändring	33
Höga ambitioner – kraftiga kostnadsökningar	33
Omstruktureringen genomförd i slutet av 1990-talet	35
5 Växande resursbehov	37
Baskalkyl för hälso- och sjukvård	37
Befolkningsutvecklingens betydelse för hälso- och sjukvårdens resursbehov	38
Den medicinsk-tekniska utvecklingen	43
Baskalkyl för landstingens övriga verksamheter	46
Sammanfattning av baskalkylen	47
Resursbehov utöver baskalkylen	47
Slutsats	50

6 Tillräckligt med personal	51
Positiva förändringar	51
Svårigheter i personalförsörjningen	52
Åtgärder för att trygga personalförsörjningen	54
Landstingens framtida personalbehov	55
Arbetskraftsutbud under 1990-talet	56
Utbildningen av hälso- och sjukvårdspersonal måste öka	57
7 En kärvare ekonomi	59
Åtstramning av landstingens ekonomi under 1980-talet	59
Fåtal skattehöjningar	61
Sårbar ekonomi	66
Ändrade förutsättningar under 1990-talet	66
Framskrivning till år 2000	67
8 Effektiva styrformer	71
Nya förutsättningar för landstingens styrsystem	71
Viktiga krav	72
Förbättrad redovisning	73
Den övergripande styrningen	76
Samspel mellan olika sektorer	78
Effekterna av bättre styrformer	79
9 Fortsatt välfärd – en sammanfattande diskussion	81
Landstingens roll	81
Satsar Sverige för mycket på hälso- och sjukvård?	82
Behoven växer	82
Ökad effektivitet	83
Restriktioner	83
Prioritering mellan olika sektorer	85
Fortsatt välfärd	86

Inledning

Den offentliga sektorns åtaganden för de enskilda människornas välfärd har under de senaste decennierna alltmer förts över till landsting och kommuner. Detta gäller hälso- och sjukvård, omsorger om barn och äldre, omsorger om psykiskt utvecklingsstörda, utbildning, regional och lokal kollektivtrafik m. m. Det är verksamheter med stor betydelse för den enskildes levnadsförhållanden, trygghet och livskvalitet.

För landstingen har utvecklingen bl. a. lett fram till att de nu har ansvaret för i stort sett hela den offentliga hälso- och sjukvården. De har även fått ökat ansvar inom andra områden med stor betydelse för bl. a. den regionala utvecklingen.

Under 1980-talet har det finansiella utrymmet för landstingen stramats åt. För hälso- och sjukvården är följderna ökande svårigheter att tillgodose den växande efterfrågan på dess tjänster. Bland annat har väntetiderna till vissa behandlingar ökat och det har blivit svårare att få plats inom långtidssjukvården. Landstingen kritiseras för bristande effektivitet.

Hur kommer utvecklingen att bli framöver för denna centrala del av den svenska välfärden? Vilka ekonomiska förutsättningar kommer att gälla för den under 1990-talet? Hur bör landstingens roll som regionala politiska organ utvecklas? Vilka förändringar i styrsystemet är nödvändiga? Dessa och andra frågor kring landstingens framtid behandlas i denna bilaga till Långtidsutredningen 1990.

Arbetets uppläggning

Rapporten har utarbetats av Landstingsförbundet enligt en överenskomelse med strukturpolitiska enheten på finansdepartementet. Huvudansvarig har varit 1:e sekreterare Håkan Nilsson. Samtliga avdelningar inom förbundet har medverkat i arbetet.

Till utredningen har varit knuten en referensgrupp bestående av landstingsdirektörerna Sten Franzén (Kalmar läns landsting, ordförande), Paul Nilsson (Södermanlands län landsting), Bernt Rundström (Hallands läns landsting) och Ulf Öhman (Norrbottens läns landsting) samt ekonomidirektör Ulf Wetterberg (Landstingsförbundet). Rapporten har inte behandlats i Landstingsförbundets politiska organ.

Innehåll

För att ge ett faktamässigt underlag för diskussionen om landstingens utveckling ges i kapitel 1 en översikt över landstingens olika verksamheter samt personal och ekonomi.

Olika förändringar inom den offentliga sektorn har bl. a. medfört att landstingen som samhällsorganisation har ifrågasatts. I kapitel 2 diskuteras hur landstingens roll som regionalt organ kan komma att utvecklas.

Hur har hälso- och sjukvårdens struktur förändrats under de senaste 10–15 åren? Satsar Sverige en för stor del av sina resurser på detta område? I kapitel 3 ger vi en redovisning av utvecklingen inom landstingens största verksamhetsområde.

Omsorgerna om psykiskt utvecklingsstörda är den av landstingens verksamheter som växer snabbast. I kapitel 4 är avsikten att visa vilka faktorer som förklarar detta förhållande.

Kapitel 5 ägnas åt landstingens framtida resursbehov. Där redovisas en s. k. baskalkyl, som avser att beskriva det resursbehov som följer av befolkningsförändringar och redan fattade beslut. Även resursbehov som ligger utanför baskalkylens ram tas upp.

Kommer landstingen att kunna rekrytera tillräckligt med kompetent personal framöver? Frågor kring landstingens personalförsörjning behandlas i kapitel 6.

Kapitel 7 handlar om utvecklingen av landstingens ekonomi. Utvecklingen under 1980-talet redovisas och en bedömning görs av vilka förutsättningar som kan väntas gälla under 1990-talet.

Under senare år har styrsystemet för bl. a. hälso- och sjukvården diskuterats livligt. Kapitel 8 behandlar detta område och frågan om i vilken utsträckning ett bättre styrsystem kan minska resursbehoven inom landstingens verksamheter.

Kapitel 9 innehåller en sammanfattande diskussion om den fortsatta utvecklingen av landstingen, deras verksamhet och deras ekonomi.

1 Verksamheter, personal, ekonomi – en översikt

Syftet med detta kapitel är att ge en kortfattad presentation av landstingen.

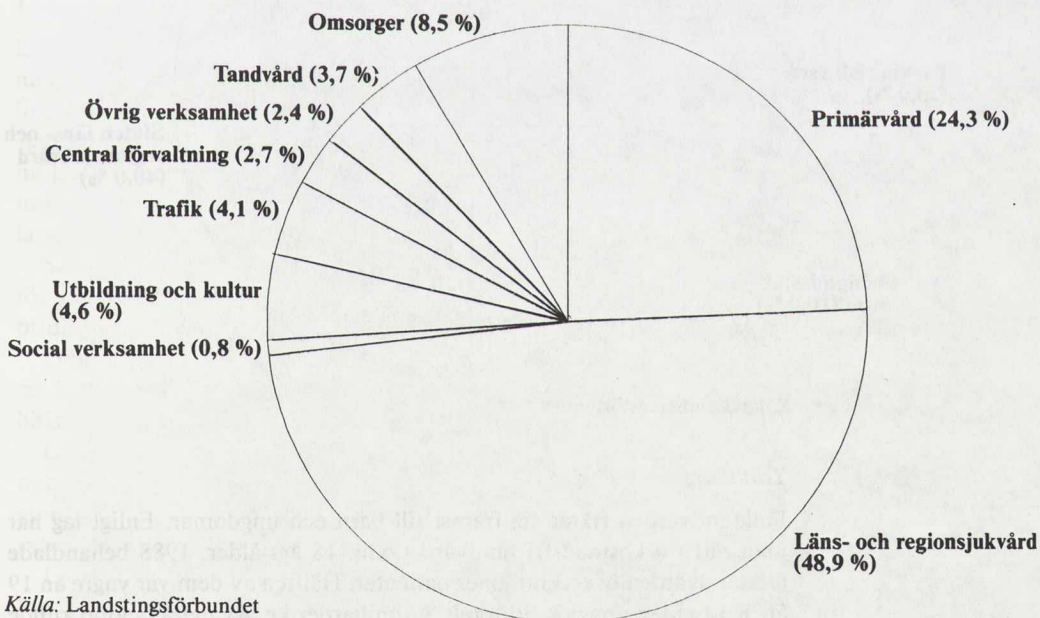
Sverige har 23 landsting. Tre kommuner ligger fortfarande utanför landsting, nämligen Malmö, Göteborg och Gotland. De svarar inom sina områden, förutom för de ordinarie primärkommunala uppgifterna, även för hälso- och sjukvård, omsorger om psykiskt utvecklingsstörda och andra verksamheter som i landet i övrigt är landstingsuppgifter.

Landstingens roll och ställning som ett regionalt organ är under diskussion. Hur denna roll kan komma att utvecklas i framtiden kommer vi att gå in på i kapitel 2.

Landstingens verksamheter

Landstingens verksamhetsområden framgår av diagram 1.1, som också visar fördelningen av driftkostnaderna. Hälso- och sjukvården svarar för ca 3/4 av kostnaderna.

Diagram 1.1. Landstingens verksamheter.
Inom parentes anges andel av driftkostnaderna 1988.



Källa: Landstingsförbundet

Hälso- och sjukvård

Under lång tid har landstingen tagit ett växande ansvar för den offentliga hälso- och sjukvården i Sverige. Enligt hälso- och sjukvårdslagen 1983 har landstingen och de landstingsfria kommunerna numera planeringsansvar för all hälso- och sjukvård och även ett ansvar för folkhälsan.

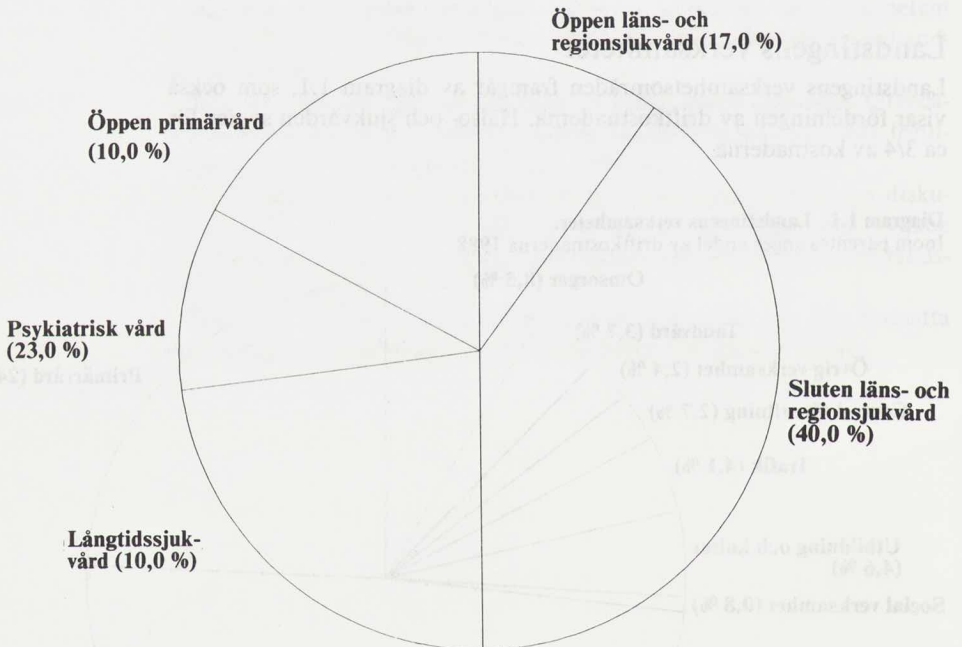
Att driva landstingens och de landstingsfria kommunernas hälso- och sjukvård kostar 1990 ungefär 100 miljarder kr. Det motsvarar ca 11 000 kr. per invånare. Diagram 1.2 visar hur dessa kostnader är fördelade på olika delar av hälso- och sjukvården.

Vad ger dessa pengar? Varje dag är närmare 91 000 personer inlagda på sjukhus. Gäller det ett akutsjukhus kostar varje vårdag i genomsnitt 2 800 kr. Inom den psykiatriska vården uppgår vårdkostnaden till ca 1 600 kr. och inom långtidssjukvården till 1 250 kr. Varje dag sker också 54 400 läkarbesök och 56 200 besök hos sjuksköterska. Dessa kostar i genomsnitt ca 800 kr. respektive 350 kr. per styck.

Vi kommer att gå in närmare på hälso- och sjukvårdens utveckling i kapitel 3.

Diagram 1.2. Hälso- och sjukvård.

Inom parentes anges andel av driftkostnaderna 1988.



Källa: Landstingsförbundet

Tandvård

Folktandvården riktar sig främst till barn och ungdomar. Enligt lag har man rätt till kostnadsfri tandvård t.o.m. 18 års ålder. 1988 behandlade folktandvården över 3 miljoner patienter. Hälften av dem var yngre än 19 år. Kostnaden uppgick till totalt 3,4 miljarder kr. Av detta belopp kunde

40 % finansieras med patientavgifter och ersättningar från sjukförsäkringen. Folktandvården svarar för ungefär hälften av tandvården i landet. Resten är privattandvård.

Social verksamhet

Inom social verksamhet driver landstingen barn- och ungdomshem samt ungdomsvårdsskolor. Totalt finns här drygt 1 100 platser. Landstingen ansvarar också för vården av alkohol- och narkotikamissbrukare. För detta finns sammanlagt ca 850 platser.

Inom ungdoms- och missbrukarvården är det fråga om relativt stora institutioner som landstingen tagit över från staten och nu driver. Det är dock kommunerna som bestämmer vilka som skall tas omhand. Kommunerna beställer således och betalar för den vård som landstingen bedriver. I en del landsting innefattar social verksamhet även handikapphjälpmedel och habiliteringsverksamhet. I andra landsting ligger detta under hälso- och sjukvården.

Omsorger om psykiskt utvecklingsstörda

I detta område ingår en rad olika delverksamheter som undervisning, boende, personligt stöd, sysselsättning och fritidsverksamhet. Den totala verksamheten kostade 1988 drygt 8 miljarder kr. Undervisningen bedrivs vid särskolor som tidigare omfattades av omsorgslagen men som numera styrs av skollagen för att i så stor utsträckning som möjligt likställas med samhällets övriga skolformer.

Omsorger om psykiskt utvecklingsstörda, som är landstingens snabbast expanderande verksamhet, beskrivs mer ingående i kapitel 4.

Utbildningsverksamhet

Landstingen är i dag huvudmän för 11 % av intagningsplatserna till gymnasieskolans linjer och svarar för fyra av de 27 linjerna, nämligen vårdlinjen, jordbrukslinjen, skogsbrukslinjen och trädgårdslinjen liksom för specialkurser i anslutning till dessa och till konsumtionslinjen (lanthushållsskolorna). De ansvarar också för motsvarande utbildningar i kommunal vuxenutbildning och anordnar uppdragsutbildning. Totalt kostade landstingens utbildningsverksamhet ca 3,2 miljarder kr. 1988.

Sammanlagt finns det ca 15 000 utbildningsplatser för läsåret 1988/89 för gymnasial utbildning inom hälso- och sjukvård. Den största vårdutbildningen i gymnasieskolan är vårdlinjen.

I den kommunala vuxenutbildningen fanns det under en mätvecka 1987 ca 3 000 kursdeltagare i landstingsutbildning som motsvarar vårdlinjens hälso- och sjukvårdsgren och vårdbiträdeskursen.

Landstingen ansvarar också för omkring en fjärdedel av högskolans nybörjarplatser. Vid vårdhögskolorna utbildas bl. a. sjuksköterskor, sjukgymnaster, arbetsterapeuter, hörselvårdsassistenter tandhygienister, laboratorieassistenter samt arbetsledare för sociala omsorger.

Landstingen är dessutom huvudmän för 48 av landets 125 folkhögskolor. Till övriga folkhögskolor ger landstingen ekonomiskt stöd.

Kultur

Landstingen svarar för regional kulturverksamhet genom finansiering av läns museer, regionala teatrar och länsbibliotek, ofta i samarbete med värdkommunen. Fr. o. m. 1988 övertog landstingen huvudmannaskapet för den regionala musikverksamheten. Landstingen ger också inom kulturområdet betydande stöd till folkörelserna. Kostnaderna för landstingens kultursatsningar uppgick 1988 till 850 milj kr.

Landstingens kulturpolitiska arbete har varit framgångsrikt. Det finns i dag ett väl utbyggt nät av kulturinstitutioner i varje län. Tillsammans representerar landstingens satsningar stora värden i form av kapital och konstnärligt kunnande. Enligt den undersökning som Europarådet nyligen genomförde ligger en av den svenska kulturpolitikens mest imponerande framgångar på den regionala nivån.

Kollektivtrafik

I de flesta län samverkar landsting och kommuner, genom aktiebolag eller kommunalförbund, som huvudmän för den lokala och regionala kollektivtrafiken. I Stockholms och Södermanlands län står dock landstinget som ensam huvudman för trafiken. En växande del av kostnaderna för denna verksamhet, f. n. 50–60 %, finansieras med skattemedel. 1988 uppgick landstingens kostnader till ca 4 miljarder kr. Större delen av dessa, knappt 3 miljarder kr, svarade Stockholms läns landsting för. För att underlätta effektiviseringar i verksamheten har trafikhuvudmännen fr. o. m. den 1 juli 1989 fått rätt att bedriva trafiken utan linjetillstånd.

Enligt riksdagsbeslut våren 1988 skall trafikhuvudmännen fr. o. m. den 1 juli 1990 även ta över ansvaret för trafiken på länsjärnvägarna.

Regionalt stöd till små och medelstora företag

Varje landsting delar med staten huvudmannaskapet för den regionala utvecklingsfonden i respektive län. Landstingen utser utvecklingsfondernas styrelser. Verksamheten går främst ut på rådgivning och finansiella insatser i mindre och medelstora företag inom i första hand tillverkningsindustrin. Ett viktigt syfte är att komplettera marknadens utbud av företagservice och kapital. Fonderna har sammantaget en driftbudget på 370 milj kr. och en kreditbudget på nästan 900 milj kr. per år.

Central förvaltning

Landstingens centrala tjänstemannaorganisation kostade 1988 1,8 miljarder kr. Det motsvarar 1,7 % av landstingens totala kostnader. Räknat i antalet anställda utgör personalen inom den centrala förvaltningen 1,5 % av samtliga anställda. Det sammanlagda antalet administratörer i landstingens verksamheter uppgick 1988 till 6,2 % av av samtliga anställda. Andelen har minskat sedan 1980 då andelen var 6,7 %.

Personal

Landstingen hade 1988 närmare 424 000 anställda enligt landstingens kollektivavtal. Dessutom fanns det 14 000 anställda enligt andra avtal som t. ex. beredskapsarbetare, praktikanter, statligt reglerade lärare, m. fl. Därutöver finns även ett stort antal anställda i landstingskommunala bolag och stiftelser (tabell 1.1).

Av de anställda är 84% kvinnor. Det innebär att närmare var femte yrkesarbetande kvinna i Sverige är landstingsanställd.

I kapitel 6 går vi närmare in på frågor kring personalsituationen i landstingen och möjligheterna att rekrytera tillräckligt med personal i framtiden.

Tabell 1.1. Landstingsanställda den 1 mars 1988

	Anställda Heltid	Deltid	Timavlönade	Summa	Årsarbetare
Antal	221 705	166 950	34 924	423 579	339 300
Andel, %	52,3	39,4	8,3	100	

Källa: Landstingsförbundet

Ekonomi

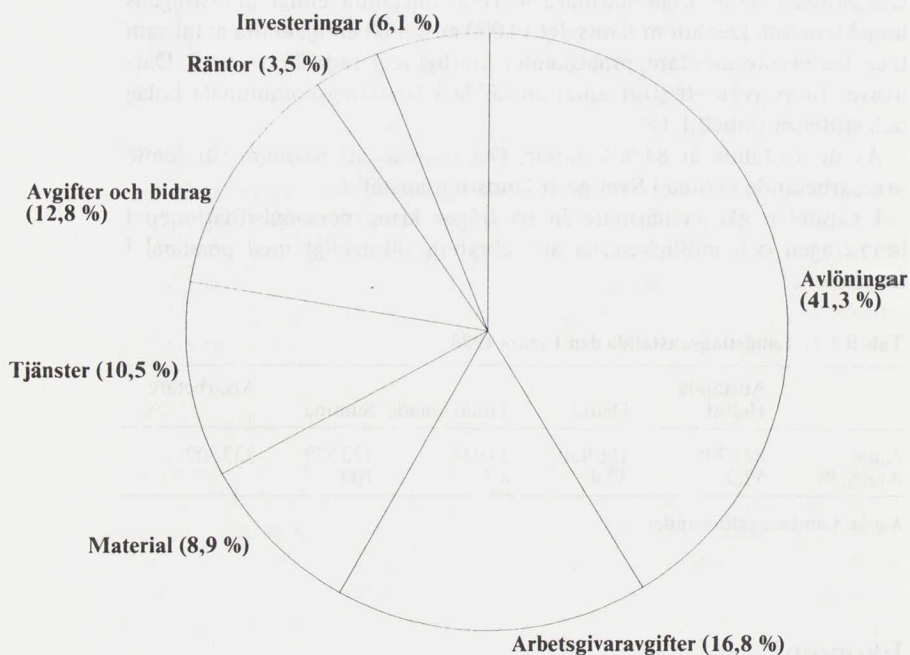
Utgifter

Landstingen bedriver en personalintensiv verksamhet. Bland utgifterna dominerar personalkostnaderna med sammanlagt ca 58% av de totala utgifterna (diagram 1.3). De största posterna inom "Material" är medicinskt material, läkemedel, livsmedel och tekniska hjälpmedel för handikappade. Med tjänster avses hyror, förbrukningsavgifter, fastighetsservice m. m. Vårdavgifter, bidrag m. m. är bl. a. ersättningar till trafikbolagen, till kommuner och till privata vårdgivare. Ersättningar till andra landsting ingår inte. Räntor m. m. innefattar förutom ränteutgifter även amorteringar och en del andra finansiella poster. Investeringsutgifterna utgör endast en mindre del av landstingens totala utgifter.

Inkomster

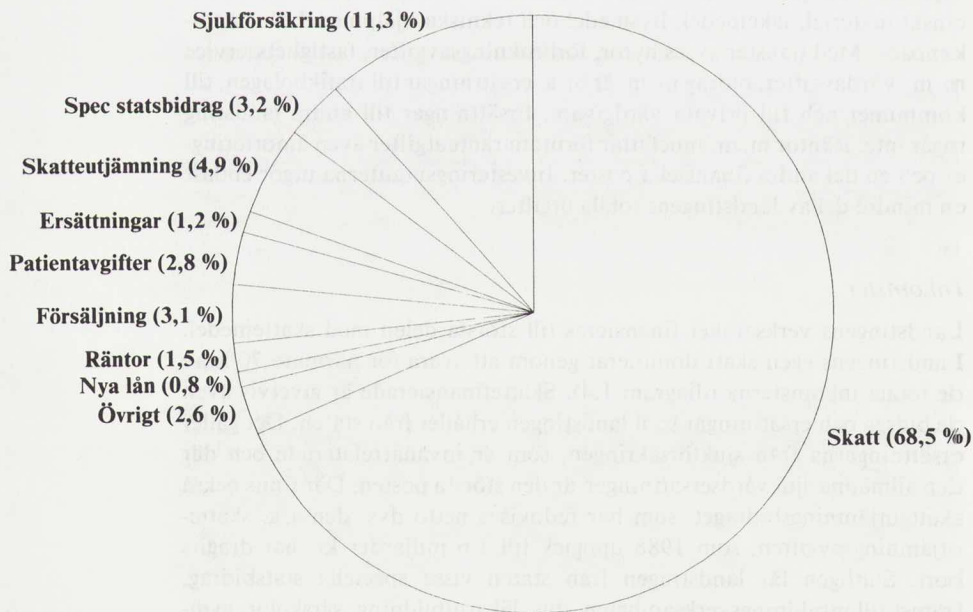
Landstingens verksamhet finansieras till största delen med skattemedel. Landstingens egen skatt dominerar genom att svara för närmare 70% av de totala inkomsterna (diagram 1.4). Skattefinansierade är givetvis även de bidrag och ersättningar som landstingen erhåller från staten. Det gäller ersättningarna från sjukförsäkringen, som är invånarrelaterade och där den allmänna sjukvårdsersättningen är den största posten. Där finns också skatteutjämningsbidraget, som här redovisas netto dvs. den s. k. skatteutjämningsavgiften, som 1988 uppgick till 1,6 miljarder kr, har dragits bort. Slutligen får landstingen från staten vissa speciella statsbidrag, främst till utbildningsverksamheten, dvs. läkarutbildning, särskolor, gymnasie- och högskoleutbildning, folkhögskolor m. m. Sammanlagt härrör

Diagram 1.3. Landstingens utgifter 1988, totalt 103 miljarder kr.
Inom parentes anges andel av de totala utgifterna.



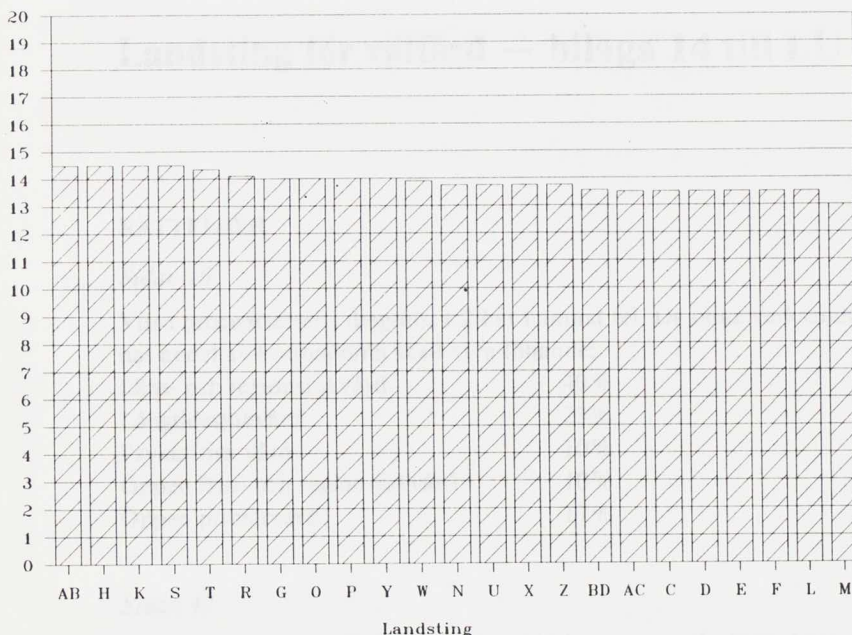
Källa: Landstingsförbundet

Diagram 1.4. Landstingens inkomster 1988, totalt 97 miljarder kr.
Inom parentes anges andel av de totala inkomsterna.



Källa: Landstingsförbundet

Diagram 1.5. Landstingens utdebitering 1990. Kr per skattekrona.



Källa: Landstingsförbundet

nästan 90% av landstingens inkomster från landstingskommunal och statlig beskattning.

De medel som landstingen tar in genom att ta betalt för sina tjänster är av blygsam storlek. Ersättningarna från andra huvudmän dvs. från kommuner och från staten (ersättningar från andra landsting har inte tagits med här), patientavgifterna samt inkomsterna från försäljning och lämnade tjänster utgör sammanlagt något mer än 7% av de totala inkomsterna. Återstående ca 3,5% av landstingens inkomster består av bl. a. försäljning av fastigheter och vissa finansiella poster.

Skillnaden mellan lägsta och högsta landstingsskatt är relativt liten. Den högsta landstingsskatten har sedan 1981 legat på 14,50 kr. År 1990 gäller denna skattesats i 4 av landstingen. Den lägsta skatten är 13 kr, dvs. 1,50 kr. lägre än den högsta, och tas ut av Malmöhus läns landsting (diagram 1.5).

Den långsiktiga utvecklingen av landstingens ekonomi behandlas i kapitel 7.

Landsting för välfärd – bilaga 14 till LU 90

RÄTTELSER

Sidan 10

Vissa procentsatser i diagram 1.2 har hamnat fel. De olika verksamheter-
nas andel av kostnaderna skall vara följande:

Läns- och regionsjukvård	40%
Långtidssjukvård	23%
Psykiatrisk vård	10%
Öppen läns- och regionsjukvård	10%
Öppen primärvård	17%

Sidan 47

I tabell 5.1 har uppgifterna om den årliga procentuella förändringen för
Hälso- och sjukvård resp. Utbildning och kultur blivit fel och skall bytas ut
mot följande:

Tabell 5.1. Baskalkyl för landstingen

	Milj kr. 1988	Årlig procentuell förändring				
		1988–90	1990–95	1995–00	2000–10	2010–25
Hälso- och sjukvård	70 800	2,2	2,0	1,6	1,3	2,0
Utbildning och kultur	4 500	1,2	0,5	0,7	0,7	1,0

Sidan 60

I tabell 7.1 står att indragningen av återstoden av skatteunderlaget från
juridiska personer 1983 motsvarande –800 milj kr. Det skall vara –1 800
milj kr.

2 Framtidens landsting

I detta kapitel diskuteras landstingens roll som regionala politiska organ och hur denna roll kan komma att utvecklas. Flera drag i samhällsutvecklingen, t. ex. decentraliseringen och kraven på omprövningar inom den offentliga sektorn, talar för att landstingens roll på den regionala nivån bör öka i betydelse i framtiden parallellt med att länsstyrelsernas uppgifter blir mer begränsade. Förebilder för en sådan utveckling finns i bl. a. Norge och Danmark.

Landstingens utveckling

Landstingen har utvecklats starkt under efterkrigstiden. För det första har flertalet storstäder som tidigare legat utanför efterhand gått in i landstingen. Det är nu endast Göteborg och Malmö som är landstingsfria. Även Gotland ligger utanför landsting. Utvecklingen har för det andra inneburit att landstingen tagit över allt mer av ansvaret för hälso- och sjukvården. Det dåvarande provinsialläkarväsendet togs över från staten 1963. Mentalsjukhusen togs över 1967. Utvecklingen har inneburit att de resurser som landstingen förfogar över har ökat kraftigt och att huvuddelen av dessa resurser idag används för vård och omsorg.

Efterhand har landstingen i många ögon betraktats som specialkommuner för vårdfrågor. Den bilden är alltför förenklad. Landstinget är länsinvånarnas direktvalda organ för att sköta gemensamma angelägenheter av olika slag. Vilka samhällsuppgifter som bäst hanteras på den regionala nivån och hur stora resurser som vid en prioritering läggs på den ena eller andra uppgiften kan växla över tiden. Förutom sjukvårdshuvudman är landstingen idag valkorporation för den statliga länsstyrelsen. De har också ansvar för kultur, småföretagsutveckling, turism och kollektivtrafik. Med dessa uppgifter och med sina betydande resurser spelar landstingen en mycket viktig roll som utjämnare av ekonomiska förhållanden inom respektive län.

Den regionala nivåns roll

Allt fler människor skaffar sig allt bättre utbildning och har höga ambitioner för sitt yrkesliv. Det leder till nya krav på den offentliga sektorn för att den ska kunna attrahera kompetent arbetskraft. Genom att ta tillvara

människors kunskaper och kreativitet ges möjligheter att organisera verksamheten på ett bättre sätt. Lösningar byggda på målstyrning och decentralisering, såväl när det gäller relationerna mellan stat, landsting och kommun som arbetet inom var och en av dessa, är viktiga förutsättningar för att den här processen skall lyckas.

Därför är det ingen tillfällighet att landsting och kommuner efterhand har tagit över uppgifter från staten och fått en allt självständigare ställning. Det är istället en följdriktig utveckling som kan väntas fortsätta.

Trenden mot decentralisering till lokal och regional nivå är inte heller begränsad till den offentliga sektorn i Sverige, utan gäller hela samhället, i Sverige och utomlands.

Såväl i Västeuropa som i Norden har den regionala nivån givits ett stort inflytande och utvecklats som en viktig samhällsfunktion. Undantaget är egentligen Finland, där istället för landsting en mängd separata kommunalförbund bildats för att handha olika uppgifter som kräver regional samverkan och överblick. Frågan om att inrätta något slag av regionalt demokratiskt organ med ett mer heltäckande ansvar har dock väckts även i Finland. Svårigheterna för de mindre kommunerna att hävda sina intressen gentemot större i gemensamma kommunalförbund är en viktig orsak till ifrågasättandet.

I Danmark och Norge har landstingens motsvarighet en relativt stark ställning. Jämfört med de svenska landstingen har man en tydligare roll, med mindre stark betoning på vård. Amtens och fylkeskommunerna är istället mer av länsparlament med ansvar för utbildning, miljövård, kommunikationer, vägar, energiförsörjning och sjukvård.

Flera skäl talar för att det är en utveckling i den riktningen som nu också bör ske i Sverige. Det finns emellertid flera inslag i den förda politiken som tycks sträva i en annan riktning, och som innebär en utbyggd statsförvaltning regionalt med ambitioner att också gå in på områden där politiska avvägningar är viktiga.

Motiven för landstingen kvarstår

Grundläggande vid valet av landsting, och inte länsstyrelser eller kommunalförbund, som den lämpliga huvudmannen för skilda verksamheter, har varit landstingens ställning som direktvalda politiska organ. Med den utgångspunkten är det främsta argumentet för landstingen att de behövs som alternativ där å ena sidan central förvaltning befinner sig för långt ifrån problemen och därför inte kan vara effektiv och ge bra servicekvalitet och inflytande för berörda, och där å den andra sidan lokal administration är för resurssvag och saknar nödvändig överblick.

Det är svårt att se att den regionala nivån i framtiden skulle bli mindre intressant för samhällsarbetet. Tvärtom kvarstår de ursprungliga argumenten lika starka som tidigare. Folkvalda länsparlament får dessutom särskild aktualitet i skenet av den överstatlighet som ett vidgat och fördjupat EG-samarbete tycks förutsätta.

De senaste årens utveckling i Sverige och ute i Europa pekar ganska entydigt på att många viktiga framtidsfrågor måste avgöras på den regionala nivån.

Varken en utbyggd statlig länsförvaltning eller någon typ av kommunalförbund är bättre alternativ till dagens landsting. En annan tänkbar utvecklingsväg ligger i en ny storkommunreform och betydligt större kommuner än dagens med möjlighet att ta över landstingsuppgifter. För att sådana kommunala enheter skall få tillräcklig omfattning resursmässigt och geografiskt förefaller det inte orealistiskt att antalet kommuner skulle behöva reduceras med tre fjärdedelar till de cirka 70, som aktualiserats i Kommunförbundets framtidsstudieprojekt för några år sedan. Samma siffra fördes för övrigt fram redan på 1960-talet i samband med diskussionerna om de s. k. A-regionerna.

Förändringar av det här slaget är varken realistiska eller önskvärda. I stället för 23 landsting skulle tillskapas 70 storkommuner som i sin tur med nödvändighet skulle leda till inrättandet av en mängd kommunalorganisationer. Samtidigt skulle dessa storkommuner ändå i flertalet fall vara för små för att exempelvis kunna ta över akutsjukvården. Resultatet skulle med stor sannolikhet bli en mer omfattande statlig reglering av den samlade kommunala sektorn än för närvarande. Dessutom skulle medborgarnas möjligheter att påverka viktiga kommunala beslut sannolikt försämrats.

Det är inte förändringar av det här slaget som nu är angelägna. Vad som istället framstår som allt viktigare är att se till att den samlade regionala förvaltningen på ett betydligt bättre sätt än idag präglas av klara ansvarslinjer och tydlig demokratisk förankring.

De senaste årens utveckling – senast exemplifierad av propositionen om samordnad länsförvaltning – har i det avseendet närmast inneburit motsatsen, genom att länsstyrelserna med allt färre rättsvårdande uppgifter allt mer har engagerat sig i frågor av lokal och regional politisk natur.

Den grundläggande principen för samhällsorganisationens uppbyggnad måste vara att ansvar, befogenheter och resurser följs åt. Den statliga länsförvaltningen har inget politiskt ansvar inför väljarna, den har i regel mycket blygsamma resurser att arbeta med och den har i praktiken mycket begränsade befogenheter. Det är inte med en organisation av det här slaget som viktiga samhällsåtaganden bör hanteras.

Den offentliga sektorns förnyelse kommer att vara en av 1990-talets huvudfrågor. Strukturella förändringar är nödvändiga för en fortsatt utveckling på områden som vård, utbildning, miljö och kultur.

Sådana förändringar är emellertid inte i första hand fråga om centrala beslut och lösningar lika för hela landet i sina detaljer. Under de närmaste åren måste förbättringar av välfärdssystemet framför allt ske genom ett effektivare utnyttjande av tillgängliga resurser. Framkomstvägen ligger därför också fortsättningsvis i ett lokalt och regionalt ansvarstagande som förmår effektivisera resursanvändningen, mobilisera resurser och kreativitet samt legitimera förändringar.

Därför måste en av statens väsentligare uppgifter vara att i likhet med i stort sett samtliga västeuropeiska industriländer, stimulera till politiskt ansvarstagande både regionalt och lokalt för samhällets åtagande i olika avseenden.

Utveckla framtidens landsting

Det finns en lång tradition här i landet som innebär att förändringar formas i ett samspel mellan de tre nivåerna i samhällsarbetet. Det är landstingens uppgift att föra in länsperspektivet i reformdiskussionerna. Det är desto angelägnare som samspelet på det politiska planet mellan riksnivån och länsnivån försvagats i viktiga avseenden under de senaste decennierna.

Uppgiften att utveckla en god och likvärdig sjukvård med begränsade resurser ställer stora krav på landstingen. För att motsvara kraven måste arbetet med att genomföra förändringar som är effektiva i samhällsekonomisk bemärkelse, ökar valmöjligheterna och förbättrar vårdens åtkomlighet, drivas vidare med stor kraft.

Utvecklingen av den regionala samhällsförvaltningen måste ges ökad uppmärksamhet av statsmakterna. Den princip som bör gälla innebär att landstingen och kommunerna har ansvar för uppgifter som sammanhänger med regional respektive lokal politisk styrning medan den statliga länsförvaltningen koncentrerar sig på uppgifter som präglas av regeländring, förvaltningsbeslut och kontrolluppgifter.

En effektiv länsförvaltning och ökad regional beslutskraft bör därför utvecklas enligt följande modell:

- Länsstyrelserna omvandlas till statliga regionkontor med renodlade myndighetsuppgifter.
- De uppgifter i övrigt som ligger på länsstyrelser och statliga länsnämnder överförs antingen till kommuner eller landsting, eller avvecklas. Landstingen ges som i Norge ett ansvar att bedriva regionalpolitik på statsmakternas uppdrag. Kommunikationsfrågor är ett annat område som de svenska landstingen bör ges ett betydligt större inflytande över. Det är för övrigt den ordning som redan idag gäller i både Norge och Danmark.
- Landstingen ges i övrigt förutsättningar att utveckla rollen som regionkommuner som sköter de frågor som kommunerna var för sig inte kan handha effektivt.

Förändringar av det här slaget måste ske stegvis och kräver att landstingen själva successivt stärker sitt engagemang i de utvecklingsfrågor som kan anses väsentliga för respektive län. Det är viktigt att statsmakterna medverkar i den processen.

3 Hälsa- och sjukvårdens utveckling

Jämförelser mellan Sverige och andra länder vad gäller hälso- och sjukvårdens resurser och resultat tyder på att svensk sjukvård ligger långt framme vad gäller kvalitet och tillgänglighet samtidigt som kostnaderna inte framstår som anmärkningsvärt höga. Mycket talar också för att den nedgång av hälso- och sjukvårdens andel av BNP som skett under senare år kommer att brytas under 1990-talet. För hälso- och sjukvårdens verksamhet konstateras att den genomgår en snabb omstrukturering. Effektiviteten påverkas dock negativt av kapacitetsbrist inom långtidssjukvården.

Jämförelser med andra länder

Det är ett välkänt faktum att ju högre bruttonationalprodukt (BNP) per invånare ett land har desto större andel av resurserna satsas på hälso- och sjukvård. Jämförelser mellan olika länder visar att så är fallet. Hälso- och sjukvårdens resurser har således normalt vuxit snabbare än samhällets totala resurser. En viktig förklaring är givetvis den stora betydelse som tillgången till en god hälso- och sjukvård har för den personliga välfärden.

Jämförelser mellan olika länder vad gäller kostnaderna för hälso- och sjukvård visar att spridningen är stor och att Sverige är ett av de länder som satsar mest resurser på hälso- och sjukvård om man jämför kostnadernas andel av BNP (tabell 3.1).

De internationella jämförelserna försvåras av skillnader i organisation och innehåll för de verksamheter som jämförs. Långtidssjukvård som i

Tabell 3.1. Totala kostnader för hälso- och sjukvård 1986

	Andel av BNP, %	Åldersstandardiserat US-dollar per inv	Index
Sverige	9,1	1 195	100
Storbritannien	6,2	705	59
Västtyskland	8,1	1 076	90
Frankrike	8,5	1 231	103
Canada	8,5	1 697	142
USA	11,1	2 235	187

Källa: OECD, Landstingsförbundet

Sverige ingår i hälso- och sjukvården räknas i vissa länder som social verksamhet. I kostnaderna för sjukvården i USA ingår betydande kostnader för försäkringar som inte finns i Sverige etc.

Även med hänsyn till skillnader i det statistiska underlaget torde Sverige tillhöra de länder som satsar störst andel av BNP på hälso- och sjukvård. Till en del beror detta säkert på att vi har en relativt hög standard i verksamheten och därför också en hög kostnad per prestation. Statistiska uppgifter visar t.ex. att Sverige ligger långt framme när det gäller den högspecialiserade vården. Sverige är ett av de länder som gör flest njurtransplantationer i relation till folkmängden (42–43 transplantationer per miljon invånare). Även i fråga om antalet hjärtoperationer ligger Sverige bland de främsta.

En minst lika viktig förklaring till Sveriges relativt höga kostnader för hälso- och sjukvård är att vi i större utsträckning än i många andra länder har valt att ta hand om äldre, handikappade och långtidssjuka genom offentligt finansierad vård och omsorg. I flera av de länder som vi jämför oss med ombesörjs en stor del av denna verksamhet fortfarande av anhöriga vars insatser inte registreras i statistiken.

Denna skillnad har stor betydelse eftersom Sverige har en betydligt större andel äldre människor i befolkningen än exempelvis de flesta andra västeuropeiska länderna. Detta framgår indirekt av tabell 3.1. I Sverige går en större andel av BNP till hälso- och sjukvård än i Canada och Frankrike. Tar man hänsyn till att Sverige har en äldre befolkning än dessa två länder blir däremot kostnaden per invånare lägre i Sverige. Mot denna bakgrund kan hälso- och sjukvårdens kostnader i Sverige inte anses vara anmärkningsvärt höga.

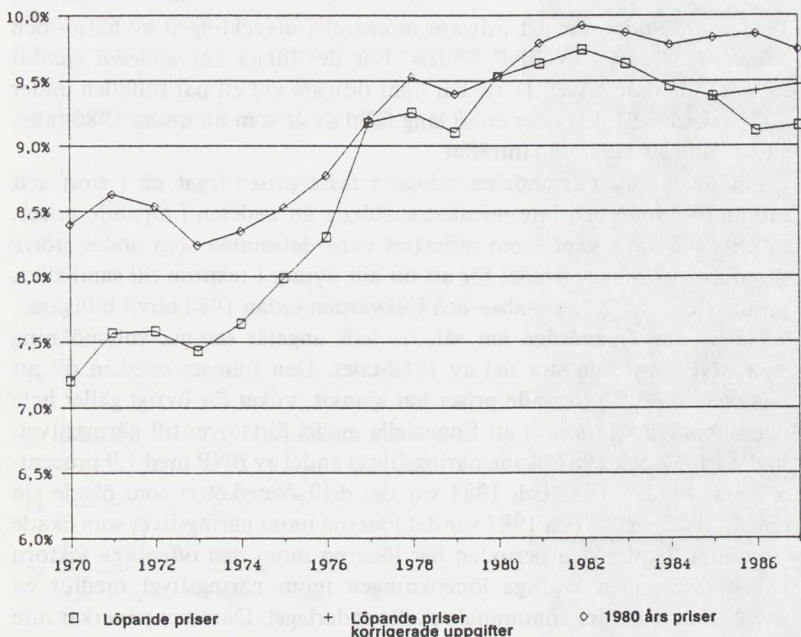
Sveriges satsning hittills på hälso- och sjukvård har gett stora positiva resultat. Jämförelser visar bl. a. att Sverige tillsammans med Island har det lägsta antalet döda under första levnadsåret per 1 000 levande födda människor. Även den internationellt sett långa medellivslängden i Sverige får till en del tillskrivas hälso- och sjukvården även om andra faktorer, som exempelvis kost och levnadsvanor, kan ha ännu större betydelse.

Utbyggnaden av offentligt finansierad vård och omsorg har också bidragit till att ge kvinnorna större möjligheter att gå ut i förvärvslivet både genom att fler arbetstillfällen har skapats och genom att hemmen har avlastats arbetsuppgifter. Därmed har även bättre förutsättningar skapats för jämställdhet mellan könen på arbetsmarknaden.

Andel av BNP

Fördelningen av BNP på olika områden ger oss en uppfattning om hur de totala resurserna i samhället används. För offentlig verksamhet är det normalt utgifterna för konsumtion och investeringar som sätts i relation till BNP. När hälso- och sjukvårdens andel av BNP diskuterats under senare år har även ersättningen från sjukförsäkringen till privatpraktiserande läkare och tandläkare resp till apotek för läkemedel medräknats. Enligt denna senare definition ökade hälso- och sjukvårdens andel av BNP från 7,2% 1970 till 9,7% 1982. Efter 1982 har andelen sjunkit och var 1987 nere i 9,0%. Beräkningen bygger på uppgifter ur nationalräkenskaperna.

Diagram 3.1 Hälso- och sjukvårdens andel av BNP 1970–1987.



Källa: Statistiska centralbyrån, Landstingsförbundet

De redovisade andelstalen har beräknats utifrån uppgifter om BNP resp sjukvårdens utgifter i löpande priser. Om beräkningen i stället görs i fasta priser blir utvecklingen av sjukvårdens andel en annan (diagram 3.1). Subventionerna har räknats om till fasta priser med hjälp av det prisindex som gäller för konsumtionen av hälso- och sjukvården. Subventionerna har utgjort en ungefär lika stor andel av de totala utgifterna under hela perioden och har därför ingen nämnvärd effekt på förändringen av hälso- och sjukvårdens andel av BNP.

Under 1970-talet var, som framgår av diagram 3.1, ökningen av hälso- och sjukvårdens andel av BNP normalt snabbare räknat i löpande priser än räknat i fasta priser. Anledningen är att produktivitetsoökning i näringslivet gör att lönerna där kan höjas mer än priserna. Nationalräkenskaperna redovisar emellertid ingen produktivetsförändring för den offentliga sektorn. När de offentliganställda får samma lönehöjningar som de privatanställda slår detta därför igenom fullt ut som prisökning på den offentliga sektorns produktion. Följden blir att prisökningen för den offentliga sektorn blir större än prisökningen inom näringslivet.

Förutsättningen i nationalräkenskaperna att produktivetsförändringen inom offentlig sektor är lika med noll kan givetvis ifrågasättas. Men någon användbar metod för att mäta sådana förändringar finns för närvarande inte. Om nationalräkenskaperna kunde registrera förändringar i hälso- och sjukvårdens produktivitet så skulle utvecklingen av dess andel av BNP räknat i fasta priser påverkas, men givetvis inte utvecklingen av dess andel räknat i löpande priser. En ökande produktivitet skulle medföra en snabbare ökning av fastprisandelen och en minskande produktivitet motsatsen.

Hälso- och sjukvården har blivit relativt sett billigare under 1980-talet

Under 1980-talet har det tidigare mönstret i utvecklingen av hälso- och sjukvårdens andel av BNP brutits. För det första har andelen sjunkit räknat i löpande priser. Detta har hänt tidigare vid ett par tillfällen under 1970-talet men inte under en så lång följd av år som nu under 1980-talet. Ett trendbrott verkar ha inträffat.

För det andra har andelen räknat i fasta priser legat på i stort sett oförändrad nivå och inte minskat snabbare än andelen i löpande priser, vilket hade varit väntat om mönstret varit detsamma som under större delen av 1970-talet. Istället för att bli allt dyrare i relation till samhällets produktion i övrigt har hälso- och sjukvården sedan 1982 blivit billigare.

Hälso- och sjukvården har således haft ungefär samma volymökning som BNP under en stor del av 1980-talet. Den främsta orsaken till att andelen av BNP i löpande priser har sjunkit, vilket för övrigt gäller hela den offentliga sektorn, är att finansiella medel förts över till näringslivet. Mellan 1982 och 1987 ökade näringslivets andel av BNP med 1,9 procentenheter. Mellan 1982 och 1984 var det driftsöverskottet som ökade sin andel. Mellan 1984 och 1987 var det lönerna inom näringslivet som ökade sin andel. Under den perioden har lönerna inom den offentliga sektorn halkat efter. Den kraftiga löneökningen inom näringslivet medför en snabb ökning av det kommunala skatteunderlaget. Däremot påverkar inte ökningen av driftsöverskottet skatteunderlaget, eftersom den kommunala bolagsskatten har slopats.

Den minskning av hälso- och sjukvårdens andel av BNP som framkommer i statistiken för 1986 beror till största delen på en förändrad beräkningsteknik för de framtida pensionskostnaderna för de landstingsanställda. Om uppgifterna korrigeras för denna förändring ökar hälso- och sjukvårdens andel något detta år i stället för att minska.

Utvecklingen av hälso- och sjukvårdens andel av BNP fram till år 2000

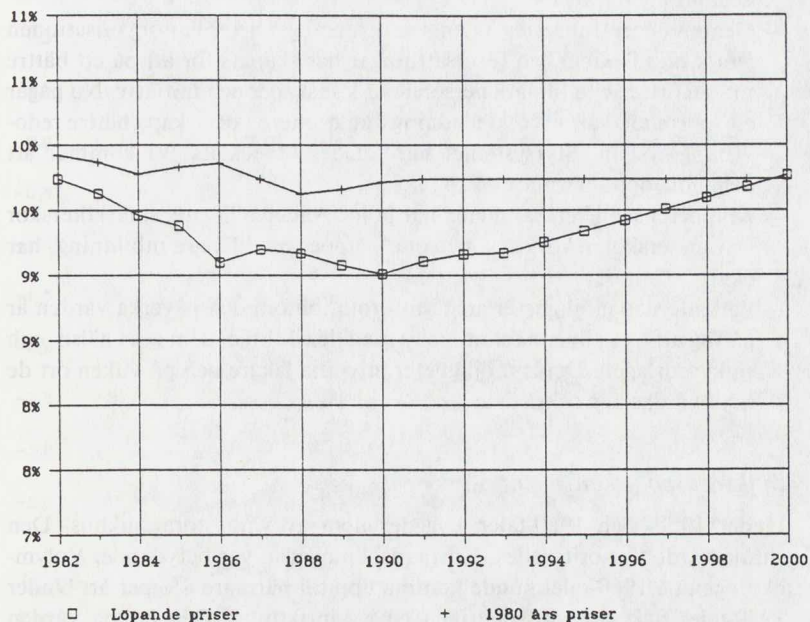
Finansdepartementet antar i ett mellanalternativ att produktiviteten i näringslivet kommer att öka med i genomsnitt ca 2% per år under perioden fram till år 2000. I fasta priser beräknas BNP öka i ungefär samma takt. Priserna antas öka med 3% per år och reallönerna med 2% per år. Företagens driftsöverskott i procent av produktionsvärdet beräknas ligga på samma nivå i slutet av 1990-talet som i slutet av 1980-talet.

Det är rimligt att anta att de landstingsanställdas löner kommer att öka i minst samma takt som lönerna inom det privata näringslivet. I så fall kommer hälso- och sjukvårdens andel av BNP under 1990-talet, i motsats till vad som gällde under 1980-talet, att öka snabbare i löpande priser än i fasta.

I diagram 3.2 redovisas resultatet av ett räkneexempel för utvecklingen av hälso- och sjukvårdens andel av BNP fram till sekelskiftet. Beräkningen bygger på de ovan nämnda förutsättningarna. Hälso- och sjukvårdens volym antas öka med 2% per år. Resultatet blir att hälso- och sjukvårdens andel av BNP i fasta priser ligger kvar på en oförändrad nivå under hela perioden. Räknat i löpande priser ökar däremot andelen. Med de gjorda

Diagram 3.2 Hälso- och sjukvårdens andel av BNP enligt utfall för åren 1982–1987 och enligt räkneexempel för åren 1987–2000.

Förutsättningar redovisas i texten.



Källa: Statistiska centralbyrån, Landstingsförbundet

antagandena blir ökningen drygt 0,5 procentenheter fram till år 2000. Vid sekelskiftet skulle hälso- och sjukvårdens andel av BNP således åter uppgå till den nivå som uppnåddes 1982 dvs. knappt 10%.

Förändringar i verksamheten

Återstoden av detta kapitel ägnas åt en översiktlig beskrivning av vissa utvecklingstendenser inom hälso- och sjukvårdens verksamhet från 1975 fram till 1988. Förhållandena skiftar givetvis mellan landstingen. Särskilt storstadsområdena kan avvika från den bild som framträder för landstingen totalt. En av orsakerna till detta är att svårigheterna under senare år att rekrytera personal varit särskilt påtagliga i storstadsområdena.

Förnyelse

Hälso- och sjukvårdens utveckling under 1980-talet har präglats av den ekonomiska åtstramningen men också av förnyelse:

- De stora vårdenheter inom psykiatrin har till stor del lagts ner och ersatts med öppen vård och boende i mindre enheter. Samma utveckling pågår inom långtidssjukvården där även hemsjukvården har byggts ut kraftigt. Betydande resurser satsas på rehabilitering.

- Den medicinsk-tekniska utvecklingen har fortsatt i snabb takt och möjligheterna för den som blir sjuk att få en effektiv och smärtfri behandling har ökat.
- Genom decentralisering av ansvar och befogenheter har organisationen gjorts mer flexibel och förutsättningar har skapats för att på ett bättre sätt än tidigare ta tillvara personalens kunskaper och initiativ. Nu pågår ett arbete med att utveckla ledningsfunktionerna och skapa bättre redovisningssystem. Styrsystemet har således utvecklats. Vi kommer att behandla detta närmare i kapitel 8.
- Kompetensen i verksamheten har höjts. Andelen läkare, sjuksköterskor och undersköterskor, dvs. personalgrupper med längre utbildning, har ökat.
- Patienternas möjligheter att få information om och påverka vården är på väg att öka i överensstämmelse med de riktlinjer som ges i hälso- och sjukvårdslagen. Deras möjligheter att välja läkare och på vilken ort de skall vårdas har också ökat.

Sjukvårdspolitiken

Under 1950- och 1960-talen byggdes flera av våra stora sjukhus. Den slutna vården prioriterades. Kostnadsökningarna var betydande. Volymökningen på 1960-talet kunde komma upp till närmare 8% per år. Under 1970-talet fick sjukvårdspolitiken en ny inriktning: Den öppna vården skulle byggas ut för att avlasta den slutna. Med vissa justeringar är det denna politik som fortfarande är styrande för hälso- och sjukvårdens utveckling.

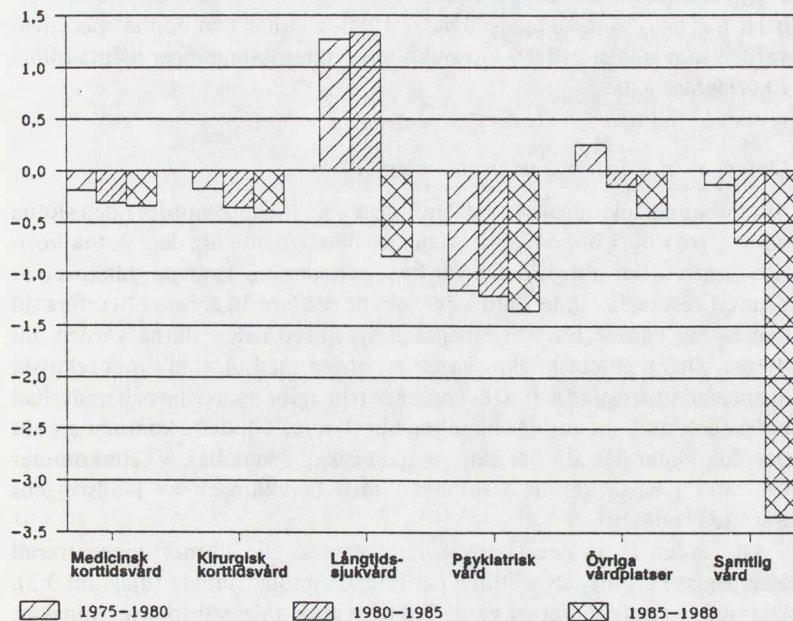
Under hela 1970-talet och under början av 1980-talet genomfördes en kraftig utbyggnad av både den öppna och den slutna primärvården i form av läkarstationer, vårdcentraler och sjukhem för somatiskt långtidssjuka respektive psykiskt sjuka. Under andra hälften av 1980-talet har tyngdpunkten legat på den öppna primärvårdens utbyggnad.

Primärvården får en ny inriktning

Diagram 3.3 visar hur en radikal omsvängning i primärvårdens inriktning skedde i mitten av 1980-talet. Fram till dess byggdes sjukhemsvården ut kraftigt för att klara ökningen av antalet äldre långtidssjuka. Från 1980-talets mitt har inriktningen varit dels att till en mycket större del än tidigare bedriva långtidssjukvård i hemmen, dels undvika s. k. institutionalisering av de patienter som kommer in i den slutna vården. De skall genom en aktiv rehabilitering få ökade möjligheter att återvända hem. I diagram 3.3 framgår denna nya inriktning av att antalet vårdplatser inom långtidssjukvården, som ökade med i genomsnitt över 1 400 platser per år under perioden 1975–1985 har minskat med drygt 800 platser per år under perioden 1985–1988.

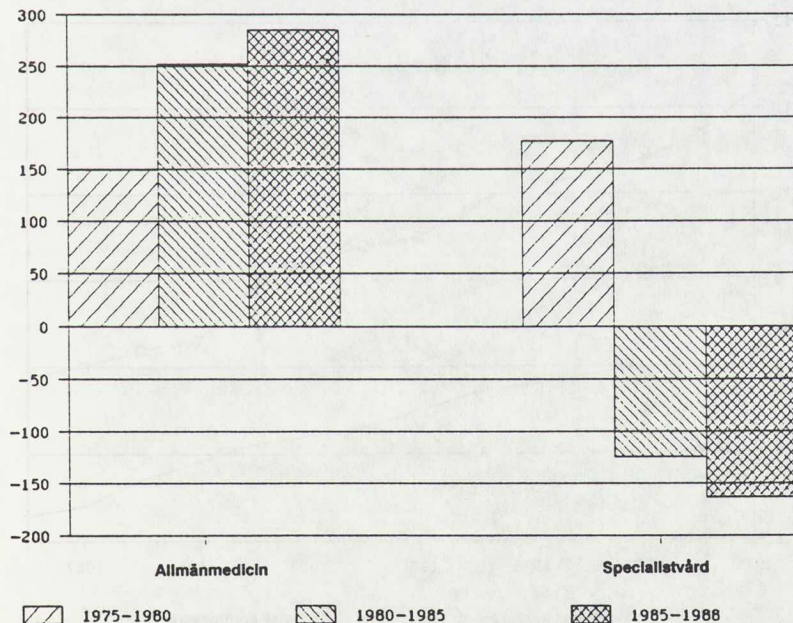
Även antalet vårdplatser inom korttidsvård, psykiatrisk vård och övriga vårdplatser minskar, och avvecklingen sker snabbare än tidigare. Detta har medfört att det totala antalet vårdplatser, som i stort sett var oförändrat under hela 1970-talet har minskat kraftigt under senare år.

Diagram 3.3 Förändring av antalet vårdplatser inom olika vårdområden 1975–1988. Genomsnitt per år.



Källa: Landstingsförbundet

Diagram 3.4 Förändring av antalet läkarbesök inom allmänmedicin och specialistvård 1975–1988. Tusental, genomsnitt per år.



Källa: Landstingsförbundet

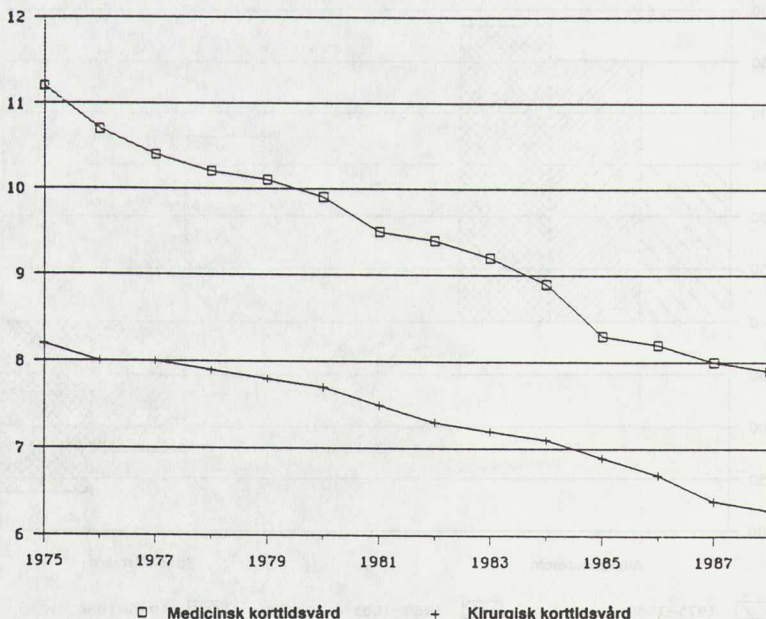
Inom den öppna vården koncentreras satsningarna framför allt på utbyggnad av allmänläkarvården. Den förebyggande vården och folkhälsoarbetet har blivit allt viktigare. Under 1980-talet har den öppna specialistvården som främst bedrivs vid sjukhusens akutmottagningar hållits tillbaka (diagram 3.4).

Öppen vård avlastar den slutna vården

Allt fler undersökningar och behandlingar som tidigare gjordes i den slutna vården görs nu i öppen vård. Men det innebär inte att den slutna korttidsvården blivit billigare. De vårdinsatser som blir kvar på sjukhusen är de mest resurskrävande. Samtidigt som de enklare åtgärderna överförs till den öppna vården blir varje behandlingsepisod i den slutna vården allt dyrare. Den medicinsk-tekniska utvecklingen med bl. a. allt mer tekniskt avancerad utrustning som kräver mer personal för hantering och underhåll bidrar också till att varje behandling blir dyrare. Till detta kommer att allt fler sjukdomar och allt fler äldre patienter kan behandlas. Vi återkommer till detta i nästa kapitel i samband med beräkningen av landstingens framtida resursbehov.

Att vården inom den slutna korttidsvården blir alltmer koncentrerad återspeglas i att medelvårdtiden per intagen stadigt sjunker (diagram 3.5). Därmed blir det möjligt att vårda fler trots att antalet vårdplatser minskar. Antalet intagningar har således ökat (diagram 3.6).

Diagram 3.5 Medelvårdtidens utveckling inom medicinsk respektive kirurgisk korttidsvård 1975–1988. Antalet vård dagar per intagen.



Källa: Landstingsförbundet

Antalet intagningar ökar i slutna vård

Diagram 3.6 bekräftar i flera avseenden den hittills givna beskrivningen av hälso- och sjukvårdens utveckling sedan mitten av 1970-talet. Det framgår att antalet intagningar inom långtidssjukvården ökar ganska kraftigt även under perioden 1985–1988 trots att antalet vårdplatser då minskade. Övergången till mer rehabiliterande och kortvariga insatser kommer här till uttryck.

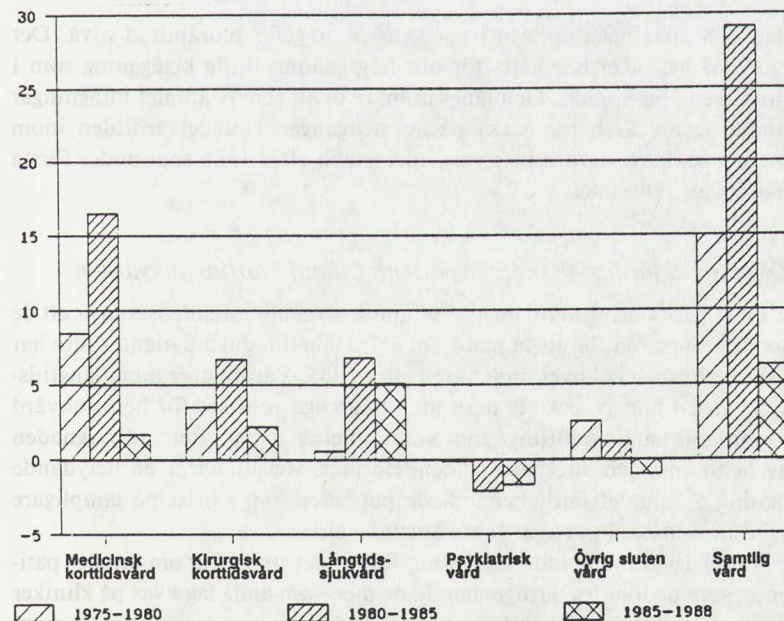
Antalet intagningar inom psykiatrisk vård hölls på ungefär oförändrad nivå under perioden 1975–1985 trots en kraftig minskning av antalet vårdplatser. Under 1980-talet har en minskning skett som resultat av övergången till öppna vårdformer.

Mera uppseendeväckande är utvecklingen av antalet intagningar inom korttidsvården. Av diagram 3.3 framgick att vårdplatser här har utvecklats i något ökande takt under perioden 1975–1988 som helhet. Antalet intagningar utvecklas på ett helt annat sätt. Under perioden 1980–1985 ökade antalet intagningar ungefär dubbelt så snabbt som under den närmast föregående femårsperioden inom både medicinsk och kirurgisk korttidsvård. Men under perioden 1985–1988 har ökningstakten kraftigt reducerats.

En del av förklaringen till detta ser vi diagram 3.7. Den kraftiga ökningen av antalet intagningar under perioden 1980–1985 kunde komma till stånd genom ökad beläggning, särskilt inom medicinsk korttidsvård. Se

Diagram 3.6 Förändring av antalet intagningar inom olika delar av slutna vård 1975–1988.

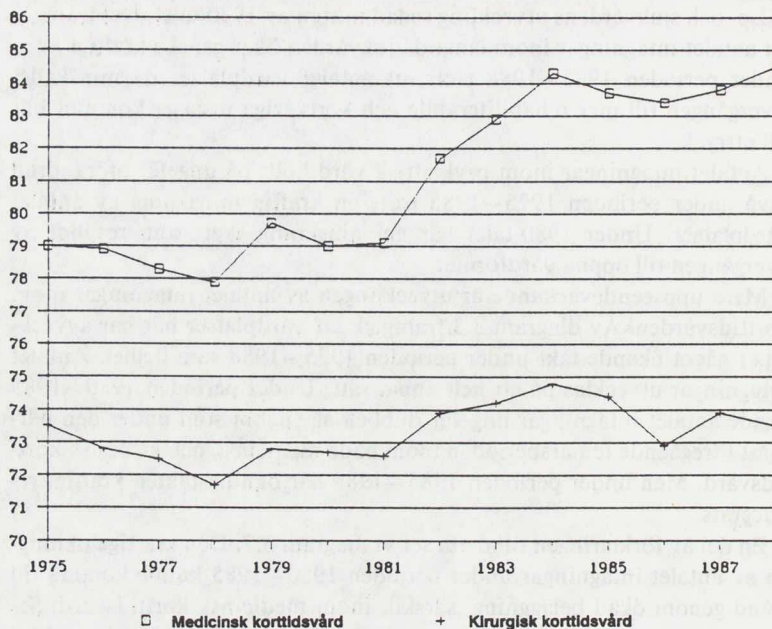
Genomsnitt per år.



Källa: Landstingsförbundet

Diagram 3.7 Beläggnings utveckling inom medicinsk respektive kirurgisk korttidsvård 1975–1988.

Belagda vårdplatser i procent av totala antalet vårdplatser, genomsnitt per år.



Källa: Landstingsförbundet

dan 1984 har beläggningsen legat kvar på ungefär oförändrad nivå. Det tyder på att taket har nåtts för hur hög genomsnittlig beläggning som i praktiken kan uppnås. Den långsammare ökningen av antalet intagningar under senare år beror också på att nedgången i medelvårdtiden inom medicinsk korttidsvård inte varit lika snabb efter 1985 som under första hälften av 1980-talet.

Ökat antal färdigbehandlade patienter inom korttidsjukvården

En viktig förklaringen till de nyss nämnda utvecklingstendenserna är att de totala resurserna för att ta hand om äldre långtidssjuka patienter inte har ökat i takt med behovet under åren efter 1985. Vårdplatser inom långtidsjukvården har avvecklats utan att tillräckliga resurser för hemsjukvård funnits till hands samtidigt som kommunerna släpat efter i utbyggnaden av hemtjänst och alternativa boendeformer. Resultatet är en betydande ökning av antalet färdigbehandlade patienter som i brist på lämpligare vårdform måste ligga kvar inom korttidsvården.

Våren 1989 inhämtade Landstingsförbundet uppgifter om antalet patienter som bedömdes färdigbehandlade men som ändå låg kvar på kliniker inom korttidsvården. Antalet patienter i denna grupp uppgick den 21 mars till ca 4 000 varav drygt 1 000 låg på kliniker i Stockholms län. Den totala

vårdtiden för dessa patienter uppgick i genomsnitt till 50 dagar. Av dessa hade patienterna varit färdigbehandlade i genomsnitt 34 dagar.

Större delen, tre fjärdedelar, av de färdigbehandlade patienterna väntade på plats inom den somatiska långtidssjukvården exempelvis på långvårdsklinik eller vid sjukhem. Återstoden var utskrivningsklara till bl. a. eget boende (12 %) och ålderdomshem (4 %). Detta betyder inte att kapacitetsbristen är störst inom den slutna långtidssjukvården. Flera patienter skulle kunna skrivas ut från sjukhemmen till eget boende med bättre tillgång till hemtjänst och olika boendeformer i kommunerna. Det skulle öka möjligheterna att skriva ut färdigbehandlade patienter inom korttidsvården till sjukhem och långvårdskliniker.

Följden av kapacitetsbristen inom långtidssjukvården är bl. a. en minskad effektivitet inom korttidsvården dvs. läns- och regionsjukvården. Effekterna på landstingens möjligheter att fullgöra sina uppgifter inom detta område blir betydande. Eftersom landstingens besparingsåtgärder i stor utsträckning riktats mot detta område under 1980-talet finns där på de flesta håll ingen egentlig överkapacitet utan konsekvensen blir längre väntetider för olika behandlingar. En ökad satsning på långtidssjukvården skulle således bidra till att lösa dessa problem. Detta är en angelägenhet för såväl staten, landstingen som kommunerna.

4 Omsorger om psykiskt utvecklingsstörda — ett område i snabb förändring

Verksamhetsområdet genomgår just nu snabba förändringar som i enlighet med omsorgslagen syftar till att de utvecklingsstörda integreras i samhället. Konsekvensen är kraftiga kostnadsökningar som kommer att fortsätta åtminstone fram till år 2000.

Höga ambitioner — kraftiga kostnadsökningar

Landstingens driftkostnader för omsorgerna om psykiskt utvecklingsstörda uppgick 1988 till ca 8,2 miljarder kr. Det är 8,5% av landstingens totala kostnaderna. Investeringsutgifterna uppgick samma år till knappt 234 milj. kr. vilket motsvarar 3,7% av landstingens totala investeringsutgifter.

Omsorgerna om psykiskt utvecklingsstörda har länge varit den snabbast expanderande verksamheten hos landstingen. Under 1980-talet har konsumtionsvolymen här ökat med i genomsnitt 3% per år medan ökningstakten för den totala konsumtionsvolymen legat kring 2% per år. Av allt att döma kommer omsorgsverksamhetens relativt snabba expansion att fortsätta under flera år framöver.

Lagfästa skyldigheter

Orsaken till den snabba volymökningen inom omsorger om psykiskt utvecklingsstörda ligger främst i den fortgående omstrukturering av boendet som sker i enlighet med vad som uttryckligen föreskrivs i omsorgslagen. Särskolans resurser har däremot ökat i relativt långsam takt under 1980-talet. Volymökningen ligger här under 1% per år.

Omstruktureringen innebär bl. a. avveckling av institutionsvården. Vårdhem och specialistsjukhus ersätts med främst s. k. gruppboende med plats för 4–5 personer. Övergången till de nya verksamhetsformerna, som torde vara fullt genomförd tidigast under senare hälften av 1990-talet, medför behov av betydande personalresurser dels för bemanning av gruppboende, ofta dygnet runt, dels för sysselsättning vid dagcenter m. m.

I huvudsak är det de omsorgstagare som har bäst förutsättningar att integreras i samhället som först flyttar till gruppboende. De som bor kvar längst på vårdhemmen är de mest vårdkrävande. Av bl. a. detta skäl är det inte möjligt att där reducera personalresurserna i samma takt som antalet

platser avvecklas. Den personal som kan frigöras räcker inte för att täcka behoven inom de nya boendeformerna och för övriga insatser.

Den pådrivande ambitionen hos tillsynsmyndigheten och domstolarna vad gäller förändringstakt, standardkrav m. m. är hög och tar ingen hänsyn till landstings- eller samhällsekonomiska konsekvenser. Tillämpningar av bostadsfinansieringsförordningens regelsystem för gruppboendestäder bedöms också ha kostnadshöjande effekter.

Enligt omsorgslagen skall ambitionen vara att utvecklingsstörda så långt möjligt integreras i samhället. Betydande resurser måste därför satsas på dem som under lång tid vistats på institution. Resursbehovet ökar efterhand som allt svårare utvecklingsstörda, ofta efter livslång institutionsvistelse, flyttas ut till integrerat boende.

Även för psykiskt utvecklingsstörda barn som vårdas i hemmet ökar landstingens kostnader. Den nya lagen ger landstingen ansvar för tillsyn av barn och ungdomar över tolv år före och efter skoldag samt under helger, lov och ferier. Barn som bor hemma skall också ha möjligheter till korttidsvistelse i landstingens regi och föräldrarna skall ha tillgång till rådgivning och personligt stöd.

Den nya omsorgslagen är en rättighetslag. Många landstingsbeslut om att inte tillgodose önskemål om viss särskild omsorg — ofta med hänvisning till brist på ekonomiska resurser — har överklagats. I de flesta fallen har förvaltningsdomstolarna dömt till förmån för den klagande. Domstolarnas beslut skall verkställas snarast.

Långsam ökning av antalet platser

Det finns för närvarande ca 37 700 omsorgstagare i landet. Antalet ökar i ungefär samma takt som folkmängden. Antalet boende vid vårdhem, gruppboendestäder och elevhem uppgick i slutet av 1987 till ca 12 600 för vuxna och ca 2 200 för barn och ungdomar dvs. sammanlagt ca 14 800. Landstingen och de landstingsfria kommunerna ombesörjer således idag boendet för knappt 40% av landets utvecklingsstörda.

Under 1980-talet har det totala antalet boende inom omsorgshuvudmännens ansvarsområde ökat med endast ca 300. Detta förhållande understryker ytterligare att kostnadsökningen under denna period främst är en följd av förändringarna inom boendet och inte så mycket av att den andel utvecklingsstörda som får boendet tillgodosett genom samhällets försorg har ökat.

Kostnaden per plats ökar

Nettkostnaden per plats och år på vårdhem var 1987 325 000 kr. En plats i en gruppboendestad kostade ca 190 000 kr. För de omsorgstagare som bor i gruppboendestad tillkommer plats på dagcenter för 60 000 kr. samt kostnader för resor mellan bostad och dagcenter. Totalkostnaden per omsorgstagare och år blir således över 250 000 kr. Samtliga kostnader är genomsnittskostnader.

Kostnaderna varierar kraftigt mellan de olika vårdformerna beroende på flera faktorer t. ex. graden av utvecklingsstörning hos omsorgstagarna,

beläggning, standard etc. Om det exempelvis behövs vakande nattpersonal kostar en plats i en gruppboende mer än en vårdhemsplats.

Efterhand som utvecklingsstörda med större tillsynsbehov kommer att flyttas ut från vårdhemmen och allt eftersom resurserna på vårdhemmen anpassas till en lägre beläggning kommer gruppboendena, som också får allt högre standard, att bli betydligt dyrare per plats än vårdhemmen. Detta är redan fallet på vissa håll. Även verksamheten vid dagcenter blir mer personalintensiv till följd av ökande hjälpbehov hos omsorgstagarna.

Omstruktureringen genomförd i slutet av 1990-talet

Antalet vårdplatser på vårdhem och specialistsjukhus har under perioden 1980–1987 minskat med knappt 500 per år. Under samma period har antalet platser i gruppboenden och korttidshem ökat med drygt 500 per år. Om omstruktureringen fortsätter i denna takt kommer det att ta drygt 10 år innan den är helt genomförd eftersom det i dag fortfarande finns ca 5 800 vårdhemsplatser.

Om omstruktureringen skall klaras inom denna tidsram måste dock utbyggnadstakten för gruppboenden öka för att också efterfrågan från utvecklingsstörda som i dag bor hemma hos föräldrar skall kunna tillgodoses. Vidare finns ett stort antal boende i f. d. inackorderingshem och äldre elevhem som inte alls uppfyller nutida standardkrav och därför måste ersättas med fullvärdiga gruppboenden.

Inte minst de många rättsfallen, som främst gäller gruppboenden, och därav framkallad opinion, innebär emellertid krav på att omstruktureringen av omsorgsverksamheten skall ske väsentligt snabbare än på tio år.

5 Växande resursbehov

En rad olika faktorer påverkar landstingens resursbehov. I baskalkylen görs ett försök att beräkna resursbehovets storlek om en oförändrad standard skall kunna bibehållas och redan fattade beslut fullföljas. Befolkningsutvecklingen och utvecklingen av den medicinska tekniken är två av de viktigaste faktorerna för landstingen. Baskalkylens resultat är en volymökning på knappt 2 % per år under 1990-talet. Men till detta kommer flera angelägna behov av förbättringar inom landstingens olika verksamhetsområden.

Landstingen, liksom större delen av den offentliga sektorn i övrigt, finansierar till övervägande del sin verksamhet med skatter. Deras ekonomiska utrymme är beroende av politiska beslut. Som underlag för en diskussion om hur stora resurser som i framtiden bör tillföras en verksamhet av det här slaget är det rimligt att göra en s. k. baskalkyl. Baskalkylen är en beräkningsmodell som brukar användas i bl. a. de statliga långtidsutredningarna. Syftet är att försöka bedöma vilken utveckling av resurserna som krävs dels för att genomföra redan fattade beslut och dels för att i övrigt bibehålla en oförändrad standard jämfört med dagens situation. Baskalkylen är en del av det underlag som behövs för att bedöma konsekvenserna av förändringar i verksamhetens resursutrymme.

Baskalkyl för hälso- och sjukvård

Det finns en rad faktorer som påverkar behovet av resurser inom landstingens olika verksamheter. Några av de viktigaste är följande:

Befolkningsförändringarna är en grundläggande faktor i en baskalkyl för hälso- och sjukvården. Den kraftiga ökningen av antalet äldre som pågått under en lång tid och som fortsätter under den första hälften av 1990-talet innan ökningstakten börjar avta, har stor betydelse för efterfrågan på sjukvårdsresurser.

En minst lika viktig faktor är utvecklingen av *den medicinska kunskapen och tekniken*. Den har nära samband med *effektiviseringen* av hälso- och sjukvården. Nya metoder tas i bruk för att de leder till ett för patienten bättre resultat, ibland till lägre kostnad per behandling och ibland till högre. Oftast blir vinsten betydande för samhället totalt. Det som gör den medicinsk-tekniska utvecklingen kostnadsdrivande är främst att nya bättre metoder ofta gör det möjligt att behandla fler patienter än vad som var

möjligt med de gamla metoderna. Bättre metoder medför också att fler patienter överlever. Detta medför i sin tur att antalet behandlingstillfällen per patient ökar. Det gör också den sammanlagda behandlingstidens längd. Denna utveckling kan väntas ske ännu snabbare i framtiden än vad vi nu är vana vid.

Den medicinsk-tekniska utvecklingens effekter på hälso- och sjukvårdens resursbehov får i baskalkylen ses som en följd av fattade beslut. Hälso- och sjukvårdslagen föreskriver bl. a. att landstingens uppgift är att ge medborgarna en god hälso- och sjukvård. Att idag behandla patienterna på samma sätt som exempelvis i början av 1980-talet skulle i många fall inte kunna anses som god hälso- och sjukvård.

Effekterna på hälso- och sjukvårdens kostnader av *förändringar i sjukdomspanoramats och i det allmänna hälsoläget* är svåra att mäta. Dessa faktorer påverkas i hög grad både på kort och på lång sikt av samhällsutvecklingen och dess effekt på livsstil, miljö mm. Den ökning av antalet sjukskrivningar och förtidspensioneringar som exempelvis skett under 1980-talet och som till stor del orsakas av dåliga arbetsmiljöer återspeglar en försämring av hälsoläget som torde ha betydande återverkningar på sjukvårdskostnaderna. Å andra sidan har en fortgående förbättring av hälsoläget bland de äldre kunnat konstateras sedan slutet av 1970-talet. Medellivslängden har också ökat. Detta kan betyda att sjukvårdsbehovet bland de äldre totalt sett har ökat långsammare än vad antalet personer i dessa åldersgrupper har gjort. Sannolikt är det i så fall endast en tillfällig nedgång. Med stigande ålder ökar riskerna för att individen drabbas av de sjukdomar som hör ålderdomen till: höftfrakturer, magsår, ögonsjukdomar, cancersjukdomar, demenser etc.

Även *standardkraven vad gäller boendet* i samband med vård påverkas av samhällsutvecklingen. Kraven på eget rum inom långtidssjukvården är exempel på detta. Det ligger nära till hands att förbättringar i detta avseende skjuts på framtiden i ett trängt ekonomiskt läge. Så sker säkert också i många fall. Men det är bara möjligt till en viss gräns. Många byggnader är gamla och måste renoveras, byggas om eller, vilket ofta är det mest ekonomiska, ersättas med nya. Det är givetvis inte rimligt att bygga dessa nya hus enligt gamla normer för ett kortsiktigt sparandes skull.

Befolkningsutvecklingens betydelse för hälso- och sjukvårdens resursbehov

Ju äldre man blir desto större blir risken att man behöver hälso- och sjukvårdens tjänster. Ett framträdande drag i hälso- och sjukvårdens utveckling åtminstone sedan slutet av 1970-talet är att konsumtionen av slutna vård räknat i antal vård dagar har omfördelats mellan olika åldersgrupper så att de äldre befolkningsgruppernas andel av vårdkonsumtionen har ökat betydligt.

Detta är ett av de resultat som kan utläsas av de undersökningar som Landstingsförbundet har gjort vid olika tillfällen av konsumtionen av vård dagar i olika åldersgrupper. Den senaste undersökningen redovisades 1988 och bygger på uppgifter från 1985. Undersökningar har även genom-

förts på grundval av patientstatistik från 1979 respektive 1982. Liknande uppgifter om konsumtionen av öppen vård finns endast för Malmöhus läns landsting.

Mellan 1979 och 1985 har exempelvis befolkningen i åldrarna 75 år och äldre ökat sin andel av vårdkonsumtionen från 47,2% till 56,8% dvs. med nästan 10 procentenheter. Samtidigt har befolkningsgruppen ökat sin andel av totalbefolkningen, men den ökningen är endast ca 1 procentenhet (från 6,3 till 7,4%) och förklarar således endast en mindre del av vårdökningsökningen.

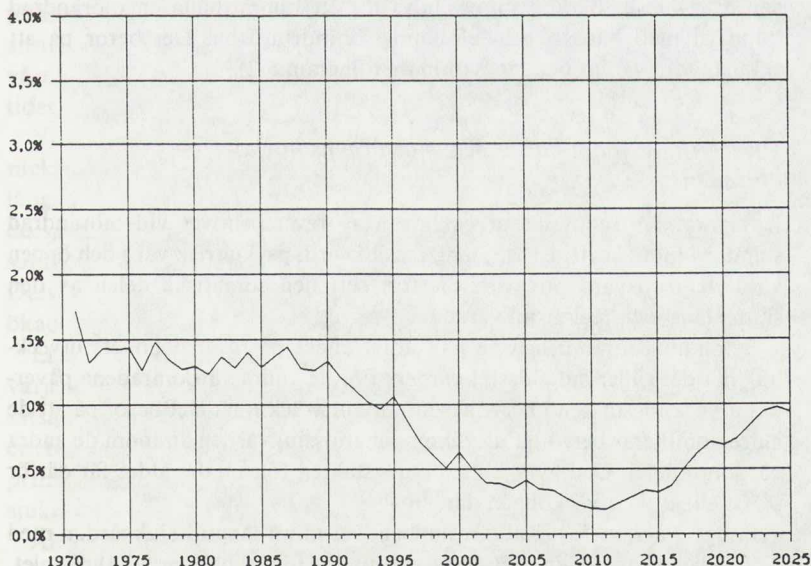
Under samma period har befolkningen i åldrarna 0–64 år minskat sin andel av vårdkonsumtionen med ca 7 procentenheter från 32,7% till 25,8%. Samtidigt har dess andel av totalbefolkningen endast minskat med drygt 1 procentenhet från 83,8 till 82,6%.

Vi kan använda sjukvårdskonsumtionens storlek per invånare i olika åldersgrupper som ett uttryck för verksamhetens standard. Om vi håller denna standard konstant för olika åldersgrupper kan vi få fram vilken effekt befolkningsförändringar mellan olika år har på utvecklingen av hälso- och sjukvårdens samlade resursbehov. Detta kan göras såväl för en gången period, med hjälp av uppgifter om den faktiska befolkningsutvecklingen, som för framtiden med hjälp av befolkningsprognoser.

I diagram 5.1 redovisas befolkningsförändringarnas effekt på hälso- och sjukvårdens resursbehov 1970–2025 beräknat på det angivna sättet. För den framtida delen av perioden har vi använt statistiska centralbyråns befolkningsprognos från våren 1989.

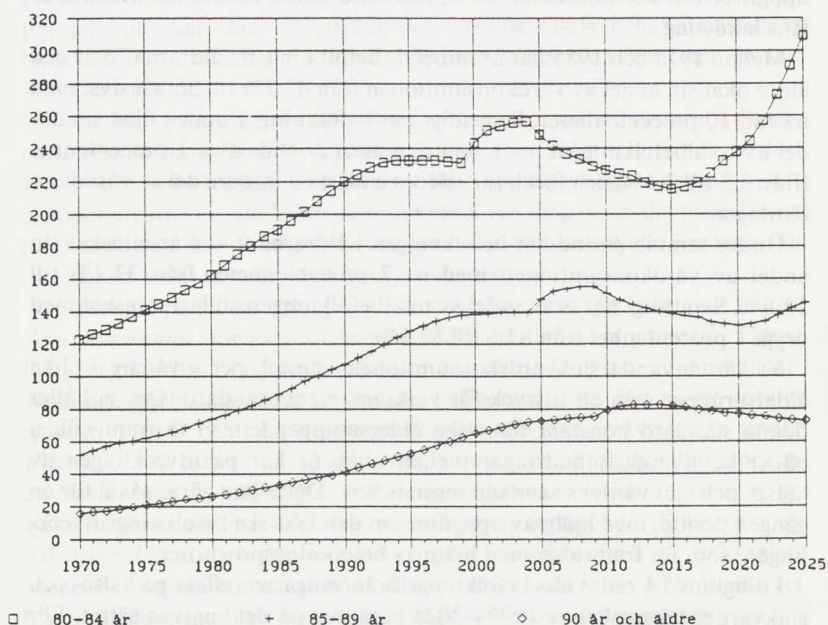
Diagram 5.1 Hälso- och sjukvårdens volymutveckling till följd av befolkningsförändringar

Årlig procentuell förändring



Källa: Statistiska centralbyrån, Landstingsförbundet

Diagram 5.2 Antalet äldre 1970–2025, från 1989 enligt befolkningsprognos
Tusental



Källa: Statistiska centralbyrån

Vi kan konstatera att befolkningsförändringarnas betydelse för vårdefterfrågan under 1970- och 1980-talen motsvarade en volymökning på knappt 1,5% per år. Vi ser också att under de kommande 20 åren minskar den årliga resursökning som behövs för att upprätthålla en oförändrad standard med hänsyn till befolkningsförändringarna. Det beror på att antalet äldre väntas öka långsammare (diagram 5.2).

Utvecklingen inom hälso- och sjukvårdens huvudområden

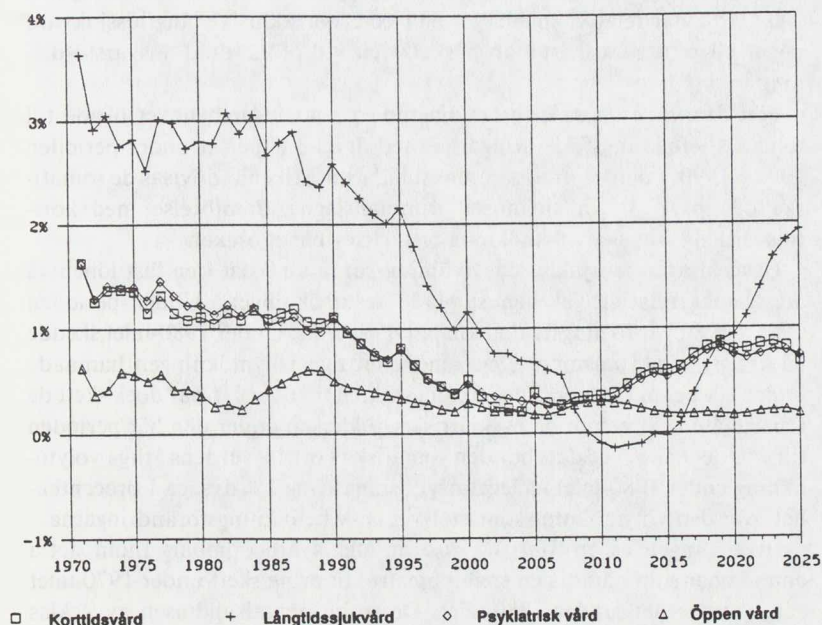
I diagram 5.3 redovisas utvecklingen av resursbehovet vid oförändrad standard inom korttidsvård, långtidssjukvård, psykiatrisk vård och öppen vård. Korttidsvård motsvarar i stort sett den somatiska delen av den slutna läns- och regionsjukvården.

Befolkningsförändringarna har störst effekt på resursbehovets utveckling när det gäller långtidssjukvården. För de andra vårdområdena påverkas utvecklingstakten i betydligt mindre utsträckning. Det beror på att de äldre dominerar betydligt mer inom långtidssjukvården än inom de andra vårdområdena. Den avtagande ökningstakten för antalet äldre får därför störst effekt på utvecklingen där.

Enligt diagram 5.3 ökade resursbehovet inom långtidssjukvården med 2,5–3% per år under 1970-talet och under första hälften av 1980-talet. Under andra hälften av 1980-talet började ökningstakten att avta. Detta

Diagram 5.3 Volymutveckling inom olika delar av hälso- och sjukvården till följd av befolkningsförändringar

Årlig procentuell förändring



Källa: Statistiska centralbyrån, Landstingsförbundet

kan jämföras med den faktiska utvecklingen av långtidssjukvården. Under perioden 1975–1984 skedde en relativt kraftig utbyggnad. Antalet vårdplatser ökade med i genomsnitt knappt 3% per år. Ökningen 1985 var ännu större, drygt 4%, men den ökningen berodde delvis på att ett antal vårdplatser för senildementa flyttades över från psykiatrisk vård till långtidssjukvård.

Vi kan således konstatera att utbyggnaden under åren 1975–1985 inte räckte till mycket mer än att bibehålla en oförändrad konsumtion inom långtidssjukvården vad gäller antalet vård dagar per invånare i olika åldersgrupper. Men under perioden ökade också personaltätheten i verksamheten. Antalet anställda ökade betydligt mer än antalet vårdplatser. Delvis för att förbättra vårdens kvalitet men också för att kompensera en ökad vårdtyngd pga. allt fler äldre patienter.

Efter 1985 har antalet vårdplatser inom långtidssjukvården minskat varje år. I stället har hemsjukvården byggts ut och betydligt mer resurser satsas på rehabiliterande verksamheter. Som framgår av kapitel 3 är kapaciteten totalt sett för låg idag inom långtidssjukvården. Det är framför allt primärkommunernas satsningar på hemtjänst och boende för de långtidssjuka som varit otillräckliga under 1980-talet.

Äldrelegationen har i sitt betänkande förslagit en överföring av en stor del av långtidssjukvården från landstingen till kommunerna. Det ekonomiska ansvaret för verksamhet som motsvarar en driftkostnad på 24

miljarder kr. årligen skulle enligt förslaget övertas av kommunerna. Regeringen avser lägga fram en proposition med anledning av äldredelegationens förslag våren 1990. Eftersom utbyggnadsbehovet inom långtids-sjukvård avtar relativt snabbt ger en baskalkyl exklusive långtidssjukvård något högre utvecklingstal än baskalkylen vid oförändrad ansvarsfördelning.

För *korttidsvårdens* del visar diagram 5.3 att resursbehovet ökade till följd av befolkningsförändringarna med drygt 1 % per år under perioden 1975–1990. I den centralt sammanställda statistiken redovisas de somatiska och psykiatriska sjukhusen sammanslagna. Jämförelse med korttidsvårdens faktiska volymökning blir därför något osäker.

Utvecklingen av sjukhusens avlöningssumma räknat i en fast lönenivå återspeglar relativt väl den samlade resursökningen. Under perioden 1975–1980 var ökningstakten knappt 4 % per år. Under 1980-talet skedde en kraftig uppbromsning. Den genomsnittliga volymökningen hamnade under 1 % per år. En uppgång i ökningstakten till över 1 % har dock skett de senaste åren. Eftersom de psykiatriska sjukhusen under den här perioden till stor del har avvecklats bör den somatiska korttidsvårdens årliga volymökning under 1980-talet ha legat någonstans kring 2 % dvs. ca 1 procentenhet över den volymökning som motiveras av befolkningsförändringarna.

Utvecklingen av *psykiatrisk vård* är mer svårbedömbär. Inom detta område har som nämnts en snabb omstrukturering skett under 1970-talet och, i synnerhet, under 1980-talet. De stora mentalsjukhusen avvecklas och ersätts dels med en mer kvalificerad slutenvård, dels med öppna vårdformer. För patienterna innebär detta framför allt större möjligheter att integreras i samhället. Omstruktureringen medför att kostnadsfördelningen mellan landsting och kommuner ändras genom att kommunerna tar ett ökat ansvar för patienternas boende. För landstingen uppvägs detta dock av att vården blir mer resurskrävande. Landstingens kostnader för den psykiatriska vården kan därför antas öka framöver i minst den takt som enligt baskalkylen följer av befolkningsförändringarna.

Den *öppna primärvården* har länge varit en av de högst prioriterade delarna av hälso- och sjukvården. Huvudsyftet har varit att öka vårdens närhet och tillgänglighet för patienterna. Det är, och kommer att vara så även i fortsättningen, en förutsättning för den förändring av vårdformerna som pågår inom långtidssjukvård och psykiatri. Ett annat syfte har varit att denna vårdform skall avlasta den slutna akutsjukvården. Allt fler åtgärder och även för- och efterbehandlingar i samband med slutna akutsjukvård förs över till öppen vård. Resultatet är att kostnaden per behandlad patient kan reduceras och produktiviteten således förbättras.

Omstruktureringen har medfört att den faktiska utbyggnaden av den öppna vården har varit betydligt större än vad som motiveras av befolkningsförändringar. Under andra hälften av 1970-talet låg volymökningen för läkarstationer och vårdcentraler på drygt 4 % per år. Samtidigt byggdes även många vårdcentraler med sjukhem. Den öppna vården vid dessa särredovisas inte i landstingens redovisning. Den sammantagna volymökningen för primärvården, dvs. öppenvård och sjukhem tillsammans, låg under andra hälften av 1970-talet på drygt 6 % per år. De båda områdena bör ha haft ungefär samma ökningstakt. Även under den första hälften av

1980-talet låg volymökningen för dessa två områden tillsammans på drygt 6 % per år. Under denna period började emellertid som nämnts utbyggnaden av sjukhemmen för somatisk långtidssjukvården att bromsas upp. Det innebär att den öppna vårdens andel av volymökningen under 1980-talets första hälft bör ha varit större än den del som kan hänföras till utbyggnaden av sjukhem. Den snabba utbyggnaden av öppen vård har fortsatt i ungefär samma takt under andra hälften av 1980-talet. Totalt har primärvården byggts ut med 3–4 % per år under de här åren.

Överföringen av verksamhet från den slutna till den öppna vården gör att dessa två delar måste ses som en helhet. Läger vi samman utvecklingstalen för den slutna korttidsvården och den därtill knutna öppenvården hamnar volymökningen på 3–3,5 % per år under första hälften av 1980-talet och 2–2,5 % per år under andra hälften.

Den medicinsk-tekniska utvecklingen

Den medicinsk-tekniska utvecklingen medför att olika sjukdomar kan behandlas med allt bättre resultat. Ofta blir behandlingen dessutom även enklare och billigare. Men utvecklingen leder också till att nya möjligheter öppnas för behandling av sjukdomar som tidigare inte kunde behandlas. Därmed ökar efterfrågan och resursbehoven. Utvecklingen kan illustreras med några exempel.

På 1950-talet dog inom ett par veckor alla patienter som drabbades av total njurinsufficiens. I dag får alla dialysbehandling eller njurtransplantation och lever i 20–25 år med hög livskvalitet tack vare bättre medicinsk teknologi. Dessa patienter fordrar mycket stora resurser från den offentliga vårdens sida för att kunna leva ett hyggligt liv. På grund av framför allt den förbättrade överlevnaden växer patientgruppen i storlek. Liksom andra människor kommer de njursjuka med stigande ålder att drabbas av allt fler sjukdomar som sjukvården i allt större utsträckning kan diagnostisera och framgångsrikt behandla.

Enligt uppgifter botas i dag ungefär hälften av alla cancerpatienter. De som inte kan botas får tack vare vårdens insatser en längre och bättre överlevnad än tidigare. Nya behandlingsinsatser introduceras kontinuerligt och dessa är ofta mycket resurskrävande och fordrar dyra investeringar i olika typer av utrustningar. Gamla och nya metoder kombineras och prövas, ibland växelvis, med allt bättre resultat för den enskilde. Cancervården är redan i dag i hög grad individualiserad och kommer i framtiden att utvecklas än mer i den riktningen. Skraddarsydd behandlingsprogram och individuell läkemedelsterapi kommer i framtiden att karaktärisera cancersjukvården.

Cancersjukvården måste byggas ut såväl kvantitativt på grund av att allt fler insjuknar i cancer som kvalitativt i takt med den ökade kunskapsutbyggnaden och utvecklingen av diagnostik, behandling och vård. Om det skall bli ett verkligt genombrott i cancerbekämpningen krävs också kraftfulla förebyggande åtgärder. Det är viktigt att säkerställa de resurstillskott som måste bli en direkt följd av den skisserade utvecklingen.

Insatserna för hjärt- och kärlsjukdomar måste också öka. Betydande

ökningar av antalet interventioner — kranskärlsoperationer och ballongdilataationer — har skett under senare år. Men antalet patienter som behöver dessa insatser torde fortsätta att öka under de närmaste åren som en följd av att allt fler patienter identifieras som "hjärtsjuka" och att allt fler äldre patienter nu kan opereras med framgång. I dag får många patienter vänta alltför länge på operation. Eftersom gruppen opererade ökar, ökar också behoven av reoperationer.

Till laserkirurgins utveckling knyts stora förväntningar. Det gäller inte minst för behandling av kärlförträngningar i benen och i perifera kärl. Många äldre människor med cirkulationsproblem i benen kommer sannolikt inom en snar framtid att kunna behandlas med kirurgisk laser. För många gamla är alternativet i dag att få benet amputerat med allt vad det innebär av funktionsförluster, försämrad livskvalitet, behov av hjälpmedel, hemtjänstinsatser etc.

Hur korttidsvårdens resursbehov påverkas av medicinsk-teknisk utveckling

Den tidigare nämnda förändringen av olika åldersgruppers andel av konsumtionen av korttidsjukvård mellan 1979 och 1985 kan användas för att belysa den medicinsk-tekniska utvecklingens betydelse för korttidsjukvårdens resursbehov. De andelsförskjutningar som ägt rum mellan 1979 och 1985 betyder att vårdkonsumtionen per invånare ökat med 2,2 procentenheter mer per år för åldersgruppen 65–74 år än vad den gjort för gruppen som är yngre än 65 år. För de som är 75 och äldre är motsvarande skillnad 3,7 procentenheter per år. Vi utgår ifrån att förändringar i antalet färdigbehandlade patienter som ligger kvar inom korttidsjukvården i väntan på plats i annan vårdform inte nämnvärt har påverkat utvecklingen mellan 1979 och 1985. Inget i tillgänglig statistik tyder på att så skulle vara fallet.

Vi antar att den medicinsk-tekniska utvecklingen leder till att konsumtionen av korttidsjukvård ökar med 1 % per invånare och år för personer som är yngre än 65 år. För åldersgruppen 65–74 år antar vi att motsvarande ökning blir 2,5 % och för de som är 75 år och däröver antar vi en ökning på 4,0 % per invånare och år. I vårt räkneexempel antar vi således något mindre skillnader mellan åldersgrupperna än vad den faktiska utvecklingen 1979–1985 visar.

Dessa utvecklingstal får ses som rimliga för att illustrera en utveckling enligt baskalkylmodellen. Redan den medicinska teknik som finns tillgänglig idag skulle, om den tillämpades fullt ut, ge en väsentligt högre utvecklingstakt. Den fortsatta medicinsk-tekniska utvecklingen kan väntas resultera i kraftiga impulser till en större resursökning än vad vi räknar med här.

Två alternativa beräkningar har gjorts. I *det första alternativet* antas konsumtionsökningen vara lika stor varje år räknat i absoluta tal. Ökningens storlek för de tre åldersgrupperna beräknas utifrån konsumtionen 1988 med de procentsatser som nämnts ovan. Att tillskottet är detsamma varje år räknat i absoluta tal innebär att det efterhand blir mindre räknat i procent.

I *det andra alternativet* antas tillskottet bli lika stort varje år räknat i procent på konsumtionen under det närmast föregående året. I detta alternativ blir ökningen successivt större räknat i absoluta tal.

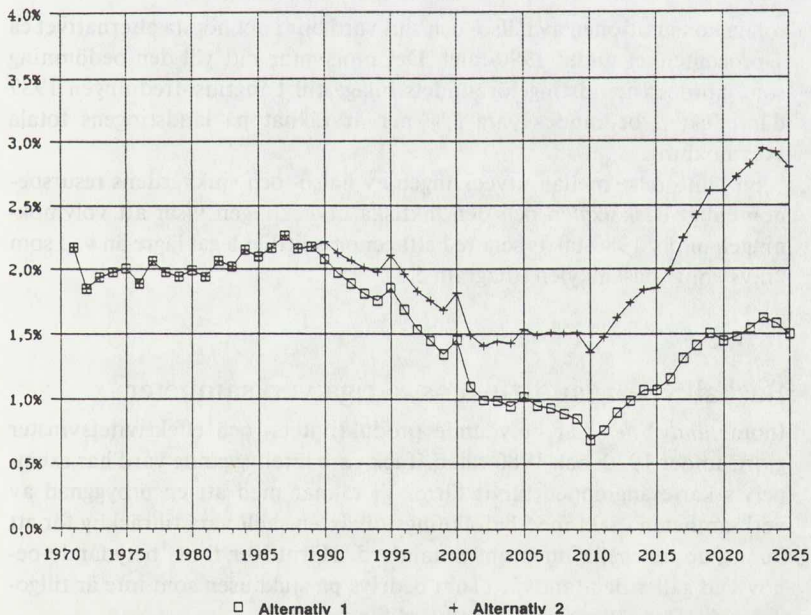
I *det första alternativet* sjunker konsumtionens ökningstakt till drygt 1 % per år fram till 2010. I *det andra alternativet* ligger ökningstakten kvar kring 3 % per år fram till samma år för att därefter stiga. Detta skall inte ses som en prognos för den slutna korttidsvårdens utveckling. Den omstrukturering som pågått under 1970- och 1980-talet med en överföring av verksamhet från slutna till öppen vård kommer att fortsätta. Men i vilken takt detta kommer att ske har vi inte försökt bedöma här.

Med hänsyn till befolkningsförändringar och medicinsk-teknisk utveckling borde korttidsvården, enligt baskalkylen, ha ökat med ca 3 % per år under 1980-talet. Vi har tidigare konstaterat att den sammanvägda volymökningen för korttidsvården och den därtill knutna öppenvården kan beräknas ha legat på drygt 3 % per år under första hälften av 1980-talet och på drygt 2 % under andra hälften. Det tyder på att den gjorda baskalkylen relativt väl återspeglar resursbehovets utveckling.

I diagram 5.4 har de olika alternativen för korttidsvården lagts ihop med den utveckling som tidigare redovisats för långtidssjukvård, psykiatrisk vård och öppen vård. I *det högsta alternativet* sjunker ökningstakten från knappt 2 % under andra hälften av 1980-talet till ca 1,5 % vid sekelskiftet. Effekten av den medicinsk-tekniska utvecklingen på ökningstakten för den

Diagram 5.4 Hälsa- och sjukvårdens volymutveckling till följd av befolkningsförändringar och medicinsk-teknisk utveckling

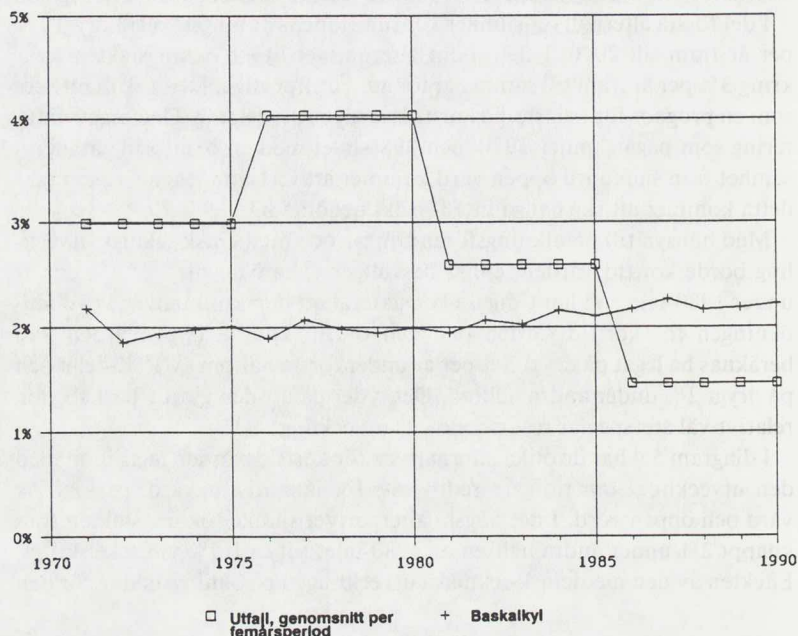
Årlig procentuell förändring



Källa: Statistiska centralbyrån, Landstingsförbundet

Diagram 5.5 Hälso- och sjukvårdens volymutveckling enligt utfall och enligt baskalkyl 1970–1990

Årlig procentuell förändring



Källa: Statistiska centralbyrån, Landstingsförbundet

totala konsumtionen av hälso- och sjukvård blir i det högsta alternativet ca 1 procentenhet under 1990-talet. Det motsvarar rätt väl den bedömning som gjordes i Landstingsförbundets bilaga till Långtidsutredningen 1987 där effekten bedömdes vara 1% per år räknat på landstingens totala volymökning.

En jämförelse mellan utvecklingen av hälso- och sjukvårdens resursbehov enligt baskalkylen och den faktiska utvecklingen visar att volymökningen under 1980-talets senare hälft genomsnittligt legat lägre än vad som krävs enligt baskalkylen (diagram 5.5).

Baskalkyl för landstingens övriga verksamheter

Inom *tandvården* har betydande produktivitets- och effektivitetsvinster gjorts under 1970- och 1980-talen. Tack vare förebyggande vård har exempelvis kariesangreppen blivit färre. Vi räknar med att en utbyggnad av verksamheten i takt med befolkningstillväxten skall vara tillräcklig för att kunna upprätthålla nuvarande standard. Härutöver finns betydande behov vad gäller den tandvård som bedrivs på sjukhusen som inte är tillgodosedda. Det gäller särskilt tandvård för de äldre.

Utvecklingen inom *omsorgerna om psykiskt utvecklingsstörda* har be-

handlats utförligt i ett tidigare avsnitt. Detta kommer att vara landstingens mest expansiva område under 1990-talet. Vi räknar med att verksamheten måste byggas ut med minst 3% per år för att den omstrukturering som föreskrivs i omsorgslagen skall kunna genomföras under loppet av 1990-talet. Efter år 2000 bör ökningstakten kunna dras ner mot 1% per år.

Landstingens *sociala verksamhet* och *folkhögskole-, jordbruks-, skogsbruks- och trädgårdsutbildningar* samt landstingens *kulturinsatser* antas kräva en utbyggnad i takt med befolkningstillväxten för att en oförändrad standard skall kunna bibehållas.

För *vårdutbildningen*, för *diverse verksamheter* som tvätterier och fastighetsförvaltning samt för den *centrala förvaltningen* förutsätts en tillväxt i takt med hälso- och sjukvårdens.

Tabell 5.1. Baskalkyl för landstingen

	Milj kr.	Årlig procentuell förändring				
	1988	1988–90	1990–95	1995–00	2000–10	2010–25
Hälso- och sjukvård	70 800	2,1	1,8	1,3	1,0	1,4
Folktandvård	3 600	0,4	0,3	0,3	0,1	0,1
Omsorger om psykiskt utvecklingsstörda	8 200	3,0	3,0	3,0	1,0	1,0
Utbildning och kultur	4 500	1,6	0,9	1,2	1,4	2,0
Social verksamhet	800	0,4	0,4	0,3	0,1	0,1
Diverse verksamheter	2 300 ¹	2,1	1,9	1,6	1,2	1,8
Central förvaltning	2 600	2,1	1,9	1,6	1,2	1,8
Samtlig verksamhet	92 800	2,1	1,9	1,6	1,2	1,8

¹ Transfereringar till länstrafikbolagen (ca 4 miljarder kr.) ingår ej.

Sammanfattning av baskalkylen

Resultatet av baskalkylen presenteras i tabell 5.1. För korttidssjukvården ingår genomsnittet av de två beräkningsalternativen. Summeringen visar en ökning av resursbehovet på mellan 1,5 och 2% under 1990-talet. Utvecklingen därefter är givetvis osäker men vi kan konstatera att med de befolkningsförändringar som nu kan förutses fortsätter nedgången i resursbehovets ökningstakt under åren 2000–2010 för att därefter åter öka.

Resursbehov utöver baskalkylen

Baskalkylen skall åskådliggöra resursbehovet om verksamhetsförändringarna begränsas till att genomföra redan fattade beslut och i övrigt bibehålla oförändrad standard. Därutöver finns emellertid en rad krav och önskemål om förbättringar i verksamheten. I diskussionen om vilket resursutrymme som är rimligt för landstingens verksamheter måste även detta beaktas.

Hälso- och sjukvård

Vi vet att det idag finns betydande krav och behov som hälso- och sjukvården inte kan tillgodose till följd av den åtstramning som genomförts för den offentliga sektorn under 1980-talet. I vissa avseenden är *vårdens tillgänglighet* otillräcklig idag. Många måste vänta alltför länge på nödvändiga operativa ingrepp inom exempelvis ortopedi och hjärtkirurgi. I vissa avseenden finns även enligt mångas bedömning behov att förbättra *omsorgen i vården*. Det gäller exempelvis det psykosociala omhändertagandet av patienter och anhöriga. I dag är det endast patienter med svår ångest och oro som kan erbjudas experthjälp av psykologer, psykoterapeuter och psykiater. Många patienter lämnas också ensamma när de är svårt sjuka eller döende.

Det psykosociala omhändertagandet av patienter med långvariga eller kroniska sjukdomar bör också förbättras och utvecklas. Till denna grupp kan räknas många patienter med kroniska smärtor utan identifierbara medicinska orsaker. För dessa patienter bör vården utveckla sitt individuella omhändertagande. Personer som drabbas av denna typ av smärtor måste få ett snabbt och adekvat omhändertagande i vården. Riskerna är annars bl. a. att akuta smärttillstånd övergår till kroniska.

År 1987 uppgick hälso- och sjukvårdshuvudmännens kostnader för inköp av *handikaphjälpmedel* till ca 1,2 miljarder kr. Personalkostnader för utprovning, anpassning, träning m. m. samt kostnader för lokaler, lagring m. m. är minst lika stora. Kostnaderna inom området ökade under perioden 1978–1987 med ca 4% per år. Framträdande orsaker till kostnadsutvecklingen är ökningen av antalet äldre samt de strukturella förändringarna inom vård- och omsorgssektorn som genomförts under det senaste decenniet. Allt fler får vård och omvårdnad i hemmet. De ökade insatserna inom primärvård samt vård och omsorg i hemmet gör dessutom att fler behov uppmärksammas.

De strukturella och demografiska faktorer som främst påverkat behov och efterfrågan av *handikaphjälpmedel* kommer även framdeles att göra sig gällande. Produkt- och metodutvecklingen kommer också att fortsätta. Det finns därför anledning att utgå från en fortsatt betydande efterfråge- och kostnadsutveckling för *handikaphjälpmedel*.

Landstingen – liksom andra huvudmän och sektorsföreträdare – behöver i ökad utsträckning beakta hälsokonsekvenserna inom alla sina mångskiftande verksamhetsområden. Det innebär att stora insatser inom de närmaste åren måste göras inom områden som *upphandling, drift, lokalhållning och avfallshantering etc.* Landstingsverksamhetens storlek, den omfattar exempelvis ca 25 miljoner m² lokaler, innebär att en mycket stor andel av befolkningen berörs som vårdtagare, arbetstagare, boende eller på annat sätt som konsument av huvudmännens tjänster.

Många av våra sjukhus är byggda på 1940- och 1950-talen. De har ofta en standard på *hygienutrymmena* som patienterna får allt svårare att acceptera. Det är exempelvis inte ovanligt att 60 patienter måste samsas om en dusch. Till den låga standarden på *hygienutrymmena* måste också läggas renoveringsbehov av mer generellt slag. Det är känt att landstingen på grund av brist på pengar har skjutit i och för sig angelägna restaurerings-

behov på framtiden. Stora eftersatta behov måste i en snar framtid mötas med adekvata insatser om inte situationen skall bli helt ohållbar.

Antalet *flerbäddsrum* på våra sjukhus är mycket stort. Också här krävs betydande resurser för att ändra förhållandena och möjliggöra en större valfrihet för patienterna. Många patienter delar gärna rum med någon men få patienter accepterar fyr- eller sexbäddsrum i framtiden. Vill vi i någon mån svara mot de krav som patienterna ställer måste mer resurser satsas även på denna del.

Bland åtgärder som krävs för att förbättra verksamhetens standard kan även räknas förbättringar vad gäller *personalens arbetsförhållanden*. Aktuellt är bl. a. bättre anpassning av arbetstiderna till personalens önskemål. Vissa förändringar t. ex. införande av tjänstgöring var tredje helg, som diskuteras på en del håll, skulle kräva betydande resursförstärkning.

Folkhälsoarbetet, dvs. insatserna i samhället för att förebygga ohälsa behöver förstärkas. Det främsta motivet för detta är naturligtvis de humanitära aspekterna — människors välfärd och välbefinnande skall förbättras så långt detta är möjligt. Men även de förebyggande insatsernas betydelse som broms på efterfrågespiralen inom vårdsektorn är av intresse. Vi känner i dag väl till några av orsakerna till våra stora folksjukdomar.

Många av de nödvändiga förebyggande åtgärderna vilar på andra sektorer än hälso- och sjukvården. Regeringens beslut att tillsätta den s. k. folkhälsogruppen, knuten till hälso- och sjukvårdsberedningen, har inneburit att folkhälsofrågornas tvärsektoriella karaktär lyfts fram. Detta bredare synsätt på det förebyggande arbetet innebär emellertid inte att betydelsen av hälso- och sjukvårdssektorns ansvar och insatser minskar. Snarare kan det öka exempelvis för att kunna tillgodose det ökade behovet av medicinskt inriktad kunskap och "hälsokompetens" inom allt fler samhällssektorer.

För att på ett avgörande sätt förstärka landstingens förutsättningar i folkhälsoarbetet är det viktigt att hälsoaspekterna genomsyrar all hälso- och sjukvårdsverksamhet. Primärvården är emellertid den nivå där den väsentligaste delen av det grupp- och befolkningsinriktade hälsoarbetet och exempelvis samverkan med företagshälsovård och primärkommunala organ förutsätts ske. Den utbyggnad av primärvården som är nödvändig för att bedriva ett sådant hälsoarbete har av olika skäl inte skett fullt ut.

Särskilda utvecklingsenheter inom primärvården samt försöksverksamhet med väl utbyggd primärvård har visat hur ett förstärkt hälsoarbete i den öppna vården kan bedrivas. Det är angeläget att ta till vara dessa positiva erfarenheter av hälsoinriktat arbete i primärvården och väsentligt förstärka primärvårdens resurser för att fullgöra dessa uppgifter.

De ökande ojämlikheterna i hälsa och vård har officiellt utpekats som ett av de folkhälsoproblem som särskilt skall prioriteras. Även i det sammanhanget är en förstärkt primärvård av central betydelse. Genom närheten till befolkningen är det möjligt för den öppna vården att utvidga sin "uppsökande verksamhet". En väsentlig del av ojämlikheterna i hälsan är arbetsrelaterade. Detta innebär att primärvårdens funktion som en stark samarbetspartner till företagshälsovården ökar i betydelse. Här är också primärvårdens roll synnerligen viktig för den stora grupp mindre arbetsplatser som alltjämt står utanför den organiserade företagshälsovården.

En förstärkt satsning på förebyggande insatser för att på kort och lång sikt väsentligt bidra till en förbättring av folkhälsan krävs alltså inom landstingens alla verksamhetsområden. Detta gäller i hög grad hälso- och sjukvårdsverksamheten och särskilt befolkningens närsjukvård, primärvården. För att en sådan satsning skall kunna genomföras krävs väsentligt och konsekvent förstärka insatser för forskning och utveckling, utbildning och fortbildning, rekryterings- och kompetensutveckling, ökad samverkan med andra huvudmän och organ inom folkhälsoarbetet osv.

Tillkommande resursbehov inom landstingens övriga verksamheter

För att komma till rätta med de alltmera uppmärksammade problemen bland såväl barn och ungdomar som vuxna missbrukare, krävs stora insatser även från landstingens *sociala verksamhet*.

Utbildningen måste ständigt på olika sätt anpassas till utvecklingen. En aktuell reform som leder till kostnadsökningar är förlängning av utbildningen på gymnasiets yrkeslinjer till tre år. Verksamhetsvolymen inom landstingens utbildning kommer också att öka till följd av att utvecklingen inom hälso- och sjukvården förutsätter att andelen personal med lång och medellång utbildning fortsätter att öka.

Landstingens satsningar på *kulturverksamhet* har blivit betydligt större under senare år och kommer att fortsätta öka. Motiven är både välfärdspolitiska och fördelningspolitiska. Landstingen står här som garant för "det goda samhället" där tillgången till kultur, oavsett bostadsort eller social bakgrund, får ses som en rättighet. I dag är ett tredje motiv, det regionalpolitiska, på väg att bli allt starkare. Kulturverksamheten spelar en viktig roll när det gäller att öka en regions utvecklings- och attraktionskraft.

Betydande satsningar kommer att behöva göras inom *kollektivtrafiken* under 1990-talet. Resandet i samhället ökar kraftigt och konkurrenskraftiga alternativ till privatbilismen framstår som nödvändiga för att hålla nere de totala samhällskostnaderna till följd av miljöförstöring, ökat vägslitage, ökat antal olyckor etc. Ett större engagemang från den offentliga sektorns sida är oundvikligt för att driva på och för att finansiera en växande del av verksamheten.

Slutsats

Genomgången av resursbehoven inom de olika verksamhetsområdena leder fram slutsatsen att landstingen, med en volymökning kring 2 % per år under 1990-talet, i stort sett bör kunna bibehålla verksamhetens nuvarande standard samtidigt som ny medicinsk kunskap och teknik kan tas i bruk i ungefär samma takt som under 1980-talet. Dessutom kan omstruktureringen av omsorgerna om psykiskt utvecklingsstörda fullföljas fram till sekelskiftet. Slutsatsen förutsätter att effektiviteten fortsätter att förbättras i samma takt som under 1980-talet. Möjligheterna till ökad effektivitet diskuteras närmare i kapitel 8. En utveckling enligt baskalkylen innebär att många av de önskemål om förbättringar i olika avseenden som finns inom flera områden inte kommer att kunna tillgodoses utan betydande omprioriteringar. Beslut som innebär sänkt standard inom vissa delområden kan också behöva fattas.

6 Tillräckligt med Personal?

Det har skett en positiv kompetensutveckling bland landstingens anställda under 1980-talet och den genomsnittliga arbetstiden per anställd har ökat. Likväl har personalförsörjningen blivit ett växande problem. Under 1990-talet kan svårigheterna öka ytterligare genom att färre ungdomar kommer ut på arbetsmarknaden. Landstingens motåtgärder är bl. a. att rekrytera fler män, fler invandrare och fler personer med yrkeslivserfarenheter från andra samhällssektorer. Även ansträngningarna att minska personalomsättning och frånvaro ökar. Viktigt är också att anpassa utbildningens innehåll och dimensionering till ändrade förutsättningar.

Positiva förändringar

Flera förändringar i hälso- och sjukvårdens personalstyrka under 1980-talet bör ha haft en positiv effekt på verksamhetens kvalitet och på olika sätt underlättat den decentraliseringsprocess som fortfarande pågår:

- Andelen anställda med relativt lång utbildning har ökat. Det är i synnerhet antalet undersköterskor, sjuksköterskor och läkare som har ökat medan antalet sjukvårdsbiträden har minskat (tabell 6.1).
- Den genomsnittliga sysselsättningsgraden per anställd har ökat. Sysselsättningsgraden dvs. den anställdes andel av heltidstjänstgöring har ökat från i genomsnitt 77% 1980 till drygt 80% 1988. Det är främst sjuksköterskorna som har ökat sin arbetstid. Undersköterskor och skötare har däremot minskat sin.

Tabell 6.1. Landstingsanställda, vissa personalkategorier

Kategori	Antal 1988	Förändring, % 1980–1988
Skötare	24 375	+ 0
Sjukvårdsbiträden	76 171	± 20
Undersköterskor	51 083	+175
Sjuksköterskor	71 603	+ 35
Läkare	17 843	+ 45

Källa: Landstingsförbundet

- Medelåldern och därmed yrkeserfarenheten bland de anställda har ökat. Under 1980-talet har medianåldern ökat från 33 år till 37 år. Detta beror till stor del på den långsammare utbyggnadstakten. Under 1970-talets senare hälft ökade antalet landstingsanställda med i genomsnitt 19 000 personer per år, medan ökningen under 1980-talets första hälft var 9 000 per år. Under de två senaste åren (dvs. 1986–1988) var den årliga ökningen endast 3 000 personer. Samtidigt har även andelen ungdomar bland de nyanställda minskat.

Svårigheter i personalförsörjningen

Vakanser

Samtidigt med de positiva förändringarna har landstingen sedan 1984 haft vissa svårigheter att få tillräckligt med personal till sin verksamhet särskilt i storstadsregionerna – trots en långsammare utbyggnadstakt. Detta gäller i synnerhet gruppen sjuksköterskor. I mars 1989 angav sjukvårdshuvudmännen 5 400 lediga platser för sjuksköterskor. Samtidigt fanns det ca 1 400 platser lediga för läkare och 3 400 för undersköterskor. För läkare har bristsituationen förvärrats något under 1980-talet. Ungefär 10% av läkartjänsterna var vakanta 1987 jämfört med ca 8% 1982, vilket bl. a. beror på att antalet tjänster har ökat under senare år.

Totalt skulle nu ca 14 000 personer behöva anställas i landstingen enbart för att fylla upp vakanserna inom hälso- och sjukvården. Här ingår således inte den rekrytering som sker löpande pga. normal personalomsättning. Om rekryteringssituationen förbättras och landstingen besätter de vakanta tjänsterna blir det således en personalökning på drygt 3%, vilket kan antas motsvara en ungefär lika stor volymökning.

Rekryteringssituationen varierar kraftigt mellan olika delar av landet. I bl. a. Jönköpings, Gotlands, Älvsborgs, Örebros, Kopparbergs, Jämtlands och Norrbottens län ligger antalet vakanta läkartjänster procentuellt nästan dubbelt så högt som i landet i övrigt. Vakanserna är flest inom psykiatri, långvårdsmedicin, röntgendiagnostik, onkologi, lungsjukdomar och medicinsk rehabilitering. Inom dessa områden varierar antalet vakanta tjänster mellan drygt 10% till drygt 20%.

För sjuksköterskor är bristen störst inom intensivvård, psykiatrisk vård, onkologi och allmän hälso- och sjukvård. Bristen är störst i Stockholm – Uppsala-regionen samt i Göteborgs och Malmö kommuner. Förutom vårdpersonal, så är det framför allt brist på sjukgymnaster, skötare och tandtekniker.

Frånvaro

Personalbristen förvärras av att frånvaron har ökat under de senaste åren. Men detta är inte unikt för landstingen. Samma tendens finns även inom andra sektorer. Frånvaroökningen bland landstingsanställda avser både sjukfrånvaro, föräldraledighet och studieledighet.

Omfattningen av långtidsfrånvaron, dvs. då den anställda är frånvarande mer än en månad, uppgår idag till 16% av arbetsvolymen. De partiellt

tjänstledigas frånvaro uppgår till 3%. Utifrån andra undersökningar kan den sammanlagda frånvaron, dvs. inklusive korttidsfrånvaron, beräknas till ca 30%. För arbetsmarknaden totalt uppgick frånvaron 1987 till 21% av samtliga anställda.

Att landstingen har en större frånvaro än arbetsmarknaden i övrigt hänger till stor del samman med att de har en betydligt större andel kvinnor med små barn bland sina anställda. Hos denna grupp är frånvaron genomsnittligt betydligt större än hos andra grupper. För landstingsanställda kvinnor med barn under sju år var frånvaron 33%. Den ökade nativiteten under senare år har givetvis bidragit till ökningen av den genomsnittliga frånvaron bland de anställda. Den höga frånvaron medför att ett flertal landsting har ett otillfredställande stort antal visstidsanställda.

Den av riksdagen beslutade förlängningen av föräldraledigheten kan komma att ytterligare påverka hälso- och sjukvårdens personalförsörjning liksom den förlängning av den lagstadgade semestern med 1 vecka som har föreslagits.

Den successiva utbyggnaden av föräldraledigheten till 18 månader beräknas öka ledigheten bland landstingsanställda med ca 10 500 personer. Det motsvarar 8 700 årsarbetare och innebär en ökning av frånvaron med 2,6%. Vid dessa beräkningar förutsätts att fördelningen av föräldraledigheten mellan män och kvinnor är densamma som idag. Om männens uttag av föräldraledighet ökar blir således effekten av reformen mindre för landstingens del. En fortsatt ökning av medelåldern bland de landstingsanställda kan förutsättas minska denna del av frånvaron framöver.

Enligt de avtal som f. n. gäller med läkarna har dessa möjlighet att ta ut en stor del av kompensationen för jourinsatser i form av ledighet. Följden är att läkarnas sammanlagda ordinarie arbetstid är relativt kort. Samtidigt blir arbetspassen oregelbundet förlagda och omfattningen i tid kraftigt varierande.

En del läkare använder sin fritid till att öppna egen praktik efter att ha träffat avtal om detta med sjukvårdshuvudmannen. Detta kan ge ett positivt bidrag till sjukvårdsutbudet. I vissa fall kan det dock finnas skäl att se över jouravtal m. m. bl.a. för att få en jämnare arbetsbelastning för läkarna.

Personalomsättning

En annan för verksamheten negativ tendens är att personalomsättningen har ökat under de senaste tre åren. Den är nu uppe i 9%. Under 1987 slutade 33 000 personer sin anställning i landstingen. Det är framför allt yngre som slutar för att genomgå utbildning, men många, sannolikt de flesta av dem, återvänder senare till hälso- och sjukvården. Rörligheten har därför också en positiv sida. Unga människor söker sig fram och prövar olika arbeten för att sedan välja vårdarbete. Samtidigt torde de goda möjligheterna att finna andra arbeten med högre lön och de försämringar av arbetsförhållandena som skett på sina håll även inom hälso- och sjukvården, bl. a. till följd av ökande svårigheter att rekrytera personal, bidragit till att personalomsättningen har ökat.

Även om landstingen fortfarande har en relativt låg personalomsättning jämfört med många andra branscher så är det viktigt att motverka en fortsatt ökning framför allt med hänsyn till personalförsörjningen men även med hänsyn till kostnadskonsekvenserna. Merkostnaden för en nyanställning i hälso- och sjukvården kan beräknas till ca 50 000 kr. I denna kostnad ingår även en beräknad effektivitetsförlust då en befattning övertas av en mindre erfaren person. En reducering av personalomsättningen innebär således betydande besparingar.

Åtgärder för att trygga personalförsörjningen

För att trygga personalförsörjningen har landstingen blivit betydligt *mera aktiva i sin rekrytering* än tidigare. Man har också i ökad utsträckning börjat rikta sig till män, till invandrare och till personer mer erfarenhet från andra yrkesområden. Satsningar i denna riktning kommer att öka framöver.

Tillträdeskraven till vårdhögskolan har i många fall fungerat som en flaskhals. Därför prövas åtgärder för att *breda rekryteringsbasen*. Fr. o. m. läsåret 1988/89 har man inlett en försöksverksamhet med en treårig variant av hälso- och sjukvårdslinjen för dem som har annan gymnasieutbildning än vårdlinjen eller motsvarande. Linjen omfattar 120–130 poäng beroende på inriktning. För dem som har gått vårdlinjen eller motsvarande är hälso- och sjukvårdslinjen två år, dvs. 80–90 poäng. Intresset för den treåriga försöksutbildningen är mycket stort. Inför höstterminen 1988 var det 505 behöriga förstavalssökande till 66 utbildningsplatser, dvs. 7,6 sökande per plats. Förslag finns att den treåriga hälso- och sjukvårdslinjen skall permanentas. Det pågår även försök att göra utbildningarna mer tillgängliga t. ex. genom utbildning på distans och halvfart m. m.

En rad åtgärder vidtas också för att göra landstingens arbetsplatser mera attraktiva för de arbetssökande. *Decentralisering* av ansvar och befogenheter kan nämnas i detta sammanhang. Den har som främsta syfte att göra organisationen mer flexibel och öka dess effektivitet, men ger samtidigt de anställda större möjligheter att påverka sina egna arbetsförhållanden.

Arbetstiderna är ett annat område där olika lösningar prövas för att förbättra personalens villkor. Införande av flexitid, individanpassad arbetstid och tjänstgöring var tredje helg är exempel på åtgärder som diskuteras och prövas. Den sistnämnda åtgärden är dyr och ökar rekryteringsbehovet ytterligare. Om tjänstgöring var tredje helg införs generellt med nuvarande organisation av arbetet behöver ca 30 000 personer nyrekryteras enbart av den anledningen.

En strävan är att tillgodose personalens önskemål avseende arbetstid utan att ge avkall på patienternas rätt till god vård. De deltidsanställdas arbetstid är för närvarande 57,7% av heltid. Varje procentenhet i ökad arbetstid för den här gruppen motsvarar en ökning av antalet anställda med drygt 2 000 personer. Många deltidsarbetande har dock valt sin sysselsättningsgrad och önskar inte heltidsarbete. Det finns ungefär lika många heltidsarbetande som önskar sänka sin arbetstid, som det finns deltidsar-

betande som vill öka sin. I framtiden kommer möjligheterna till individanpassning av arbetstiderna att öka inom vården.

Arbetsmiljöfrågor har blivit alltmer uppmärksammade även inom landstingens verksamheter. Landstingen har under en följd av år byggt upp betydande resurser och egenkompetens för det lokala arbetsmiljöarbetet. Under senare år har diskussioner kring det praktiska arbetet med arbetsmiljön allt mer förskjutits från resursfrågor till diskussioner om arbetsmiljöverksamhetens inriktning och kvalitet. En viktig strävan är att integrera arbetsmiljöarbetet i verksamheten.

Landstingen satsar allt större resurser på såväl förebyggande som rehabiliterande åtgärder. Förebyggande åtgärder i form av t.ex. friskvård och arbetsträning för personalen, arbetstidsförsök, förändrad arbetsorganisation osv. och rehabiliterande åtgärder i form av t.ex. aktivering av långtidssjuka.

Det har också varit viktigt att reformera *löne- och förhandlingssystemet*. Inriktningen har varit att en betydligt större del av löneutrymmet än tidigare skall fördelas lokalt. Möjligheter finns nu också att komma överens om resultatberoende löneformer. I det senaste avtalet ersattes systemet med lönegrader och löneklasser med krontalslöner för tjänstemannagrupperna. Lönerna ska bestämmas utifrån ansvaret, befattningens svårighetsgrad m. m. samt arbetstagarens sätt att uppfylla kraven. Även i avtalet med kommunalarbetsareförbundet skapas ökad flexibilitet genom införandet av latitudlöner.

Med de nya avtalsformerna kan landstingen bättre anpassa lönesättningen till verksamhetens krav och till konkurrenssituationen på arbetsmarknaden. Samma utveckling pågår inom statlig och kommunal verksamhet. Detta kommer att öka möjligheterna att rekrytera och behålla personal i situationer där lönefrågan är avgörande. Avsikten med det nya löne- och förhandlingssystemet är att det skall bli möjligt att, på ett för verksamheten önskvärt sätt, kunna styra fördelningen av löneutfallen och kunna förändra lönerelationer mellan olika grupper av anställda.

Bristen på utbildad personal på grund av alltför låg utbildningsdimensionering har tvingat landstingen att öka den *interna utbildningsverksamheten*. Landstingen erbjuder allt oftare betald grundutbildning, även till nyanställda. Detta underlättar rekryteringen av personal men innebär samtidigt att landstingen tar över en del kostnader som staten i princip skall stå för.

Landstingens framtida personalbehov

Landstingen har idag ca 440 000 personer anställda. Med en oförändrad genomsnittlig arbetstid per anställd måste antalet anställda öka med ca 4 500 för varje procentenhet i volymökning. Det kan jämföras med utvecklingen under 1980-talet då volymökningen låg på ca 2% per år och antalet anställda ökade med knappt 7 000 personer per år i genomsnitt, dvs. med 3 500 personer per procentenhet i volymökning. Skillnaden beror dels på att den genomsnittliga arbetstiden ökade på 1980-talet, dels på att det totala antalet anställda är större i utgångsläget i beräkningen för 1990-talet.

Personalbehovet är således i hög grad beroende av hur den genomsnittliga arbetstiden per anställd kommer att utvecklas. Arbetstiden påverkas av flera olika faktorer.

- Vissa ändringar i personalens arbetstidsförhållanden, t. ex. införandet av tjänstgöring var tredje helg i stället för varannan inom hälso- och sjukvården kan minska den genomsnittliga arbetstiden.
- Utökade ledighetsförmåner som den beslutade förlängningen av föräldraförsäkringen förkortar medelarbetstiden.
- Den planerade skattereformen kan leda till längre medelarbetstider för vissa personalgrupper och kortare för andra. Lägre marginalskatter kan stimulera till längre arbetstider exempelvis genom att övertidskompensation tas ut i form av kontantersättning i stället för i ledig tid. Men stimulansen till detta blir inte så stark för personer med relativt låga löner. I hushåll med två förvärsarbetande blir det därför mer lönande att låta den höglönade öka sin arbetstid medan den låglönade minskar sin. Det skulle således ofta löna sig för exempelvis läkare att öka sin arbetstid. Men för flertalet andra vårdanställda kan reformen medföra att medelarbetstiden sjunker.

Mot dessa faktorer står landstingens möjligheter att med olika åtgärder verka för att personalen ökar sin arbetstid. Om detta räcker för att klara personalförsörjningen återstår att se.

Arbetskraftsutbud under 1990-talet

Antalet personer i arbetskraften beräknas öka med ca 25 000 per år under 1990-talet enligt huvudalternativet i statistiska centralbyråns prognos. Ökningen blir därmed mindre än under perioden 1985–1990 då den uppgick till 34 000 personer per år. Till detta kommer att ökningen av arbetskraften fördelar sig på åldersgrupper och kön på ett sätt som starkt avviker från den fördelningen som gäller för landstingens nuvarande rekrytering (tabell 6.2).

En faktor som är särskilt svår att bedöma i en långsiktig prognos för arbetskraftsutbudet är in- respektive utvandringen. I det prognosalternativ som redovisas här antas nettoinvandringen uppgå till 20 000 personer per år under 1990-talets första år. Därefter antas en nedgång till 10 000 personer per år vid sekelskiftet.

Uppenbart är att konkurrensen om den unga arbetskraften kommer att öka och tvinga fram nya rekryteringsmönster på arbetsmarknaden. För landstingen framstår en rekrytering, som i större utsträckning än nu riktar sig mot män och mot den äldre arbetskraften, som en förutsättning för att exempelvis hälso- och sjukvårdens utbyggnad skall kunna fortsätta.

Landstingen har förutsättningar för att bli framgångsrika i konkurrensen om arbetskraft, bl. a. genom att erbjuda självständiga och meningsfulla arbetsuppgifter. Det redovisade materialet visar dock att personalförsörjningen kan bli en broms för den framtida utbyggnaden av landstingens verksamhet, främst inom hälso- och sjukvården.

Tabell 6.2. Landstingens nettorekrytering 1988 och arbetskraftens förändring 1985–2000.

Antal personer

Ålder	Landstingens nettorekrytering 1988	Arbetskraftens förändring per år		
		1985–1990	1990–1995	1995–2000
16–19	+ 5 400	– 1 400	– 6 500	– 2 400
20–24	+ 2 400	+ 2 200	– 3 800	– 10 700
25–44	+ 1 800	+ 8 100	– 2 400	+ 6 100
45–59	– 900	+ 30 300	+ 43 000	+ 19 800
60–	– 3 600	– 3 400	– 3 400	+ 3 400
SUMMA	+ 5 000	+ 36 700	+ 26 800	+ 16 200
DÄRAV KVINNOR				
16–65	+ 3 800	+ 25 700	+ 17 600	+ 13 000
Andel	76 %	70 %	66 %	80 %

Källa: Landstingsförbundet

Utbildningen av hälso- och sjukvårdspersonal måste öka

En jämförelse för 1987 mellan å ena sidan rekryteringsbehov för att besätta nya tjänster och för att ersätta de som lämnar vårdsektorn pga. pensionering eller annat och å andra sidan antalet examinerade visar att utbildningen för viktiga grupper är klart underdimensionerad (tabell 6.3). För läkare översteg 1987 rekryteringsbehovet antalet nyutexaminerade med drygt 600. Läkarutbildningens intagningsplatser har under de senaste fyra åren minskats med nästan 200 från 1026 år 1983/84 till 936 år 1984/85. I Umeå har dock antalet platser ökat med 20 fr. o. m. vårterminen 1990. På grund av den långa utbildningstiden kommer dimensioneringsändringar som föreslås nu att kunna påverka examinationen först mot slutet av 1990-talet.

För sjuksköterskor översteg rekryteringsbehovet 1987 antalet utexaminerade med 1 500. Inom den kommunala högskolan har tidigare ca 21 % av platserna varit obesatta, men denna andel har på hälso- och sjukvårdslinjen sjunkit till 2 % höstterminen 1989.

Tabell 6.3. Jämförelse mellan rekryteringsbehov och antal utexaminerade 1987.

Antal personer

	Läkare	Sjuk- sköterskor	Under- sköterskor
Avgångar	1 000	3 300	2 600
Personlökning	450	1 400	5 000
SUMMA	1 450	4 700	7 600
Utexaminerade	824	3 200	8 900
DIFFERENS	– 626	– 1 500	1 300
Antal vakanser	1 400	3 400	2 500

Källa: Landstingsförbundet

Antalet sökande till vårdhögskolan visade en tendens att minska i början av åttiotalet. Under läsåret 1982/83 genomfördes dessutom en reform som innebar att endast sökande med vårdlinjen eller motsvarande var behöriga till många av vårdhögskolornas utbildningar. Denna reform minskade antalet sökande till sjuksköterskeutbildningen. Den nedåtgående trenden har brutits vid de senaste antagningarna och antalet sökande har ökat under senare tid. Höstterminen 1989 var det över 5 200 förstahandssökande till knappt 2 400 platser, dvs. 2,2 sökande per plats.

För undersköterskor överstiger antalet utexaminerade rekryteringsbehovet. Men även för undersköterskorna finns liksom för läkare och sjuksköterskor ett betydande antal vakanta tjänster, främst i Stockholm–Uppsalaregionen. Dessutom bör påpekas att undersköterskeutbildning, alternativt vårdinriktad kompletteringskurs, krävs som särskild behörighet för tillträde till sjuksköterskeutbildning.

I sammanhanget måste man beakta de förändringar som sker inom sjukvården som medför att behovet av personal med lång och medellång utbildning hela tiden ökar mer än behovet av personal med kort utbildning. En strävan är bl. a. att höja kompetensen för de personalgrupper som har en kort vårdutbildning, från vårdbiträdesnivå till undersköterskenivå enligt intentionerna i HS 90.

Tillgång på kompetent personal är en första förutsättning för att hälso- och sjukvårdens effektivitet skall kunna upprätthållas och förbättras. Personalbristen idag på olika områden och de prognoser som kan göras talar för att antalet utbildningsplatser måste utökas, framför allt för läkare och rehabiliteringspersonal.

7 En kärvare ekonomi

De ekonomiska förutsättningarna har varit gynnsamma för offentligt finansierad verksamhet under 1980-talet. Skatteunderlaget har ökat mer än löner och priser. Men landstingens ekonomi har likväl försämrats kraftigt genom åtgärder från statens sida som inneburit att finansiella resurser förts över från landstingen till staten. Mycket talar för att den ekonomiska utvecklingen under 1990-talet kommer att innebära en försämring av landstingens möjligheter att finansiera sin verksamhet. Eftersom de har förbrukat större delen av sina finansiella reserver står de illa rustade inför detta. Landstingen kommer att behöva finansiella tillskott utöver den automatiska inkomstillväxten.

Åtstramning av landstingens ekonomi under 1980-talet

I början av 1980-talet var landstingens ekonomi mycket stark. Styrkan byggde inte bara på betydande finansiella reserver som hade ackumulerats under den senare delen av 1970-talet, utan också på en stark utbyggnad av verksamheten under 1960- och 1970-talen. Jämfört med dagens situation var behoven på de flesta områden relativt väl tillgodosedda i förhållande till de anspråk som fanns.

Nu i slutet av 1980-talet är landstingens ekonomiska situation radikalt annorlunda. De finansiella reserverna är förbrukade. Samtidigt växer efterfrågan på landstingens tjänster och på flera håll inom verksamheten finns eftersatta behov.

Statens åtgärder

Under 1980-talet har landsting och kommuner genom finansiell åtstramning utsatts för ett starkt tryck från statens sida att minska utbyggnadstakten. Varje år har staten beslutat om olika åtgärder för att styra över finansiella resurser från den kommunala sektorn till staten och därigenom tvinga landsting och kommuner att bromsa sin expansion.

Statens indragningar började på allvar 1982 när landsting och kommuner förlorade en stor del av skatteunderlaget från juridiska personer. Därefter har en rad andra åtgärder följt (tabell 7.1). De åtgärder som vidtagits under åren 1982–1990 innebär sammantaget att landstingens

inkomster 1990 netto är ca 15,5 miljarder kr. lägre än vad de skulle ha varit utan dessa åtgärder. Då ingår även effekten av att ersättningarna från sjukförsäkringen inte har ökat i takt med pris- och löneutvecklingen. Volymökningen motsvarar ytterligare 2 miljarder kr.

Indragningarna har helt klart medverkat till att landstingen har dämpat utbyggnadstakten. Som framgick i kapitel 5 har exempelvis volymökningen inom hälso- och sjukvården gått ner från i genomsnitt 4% per år under senare hälften av 1970-talet till ca 1,5% under senare hälften av 1980-talet.

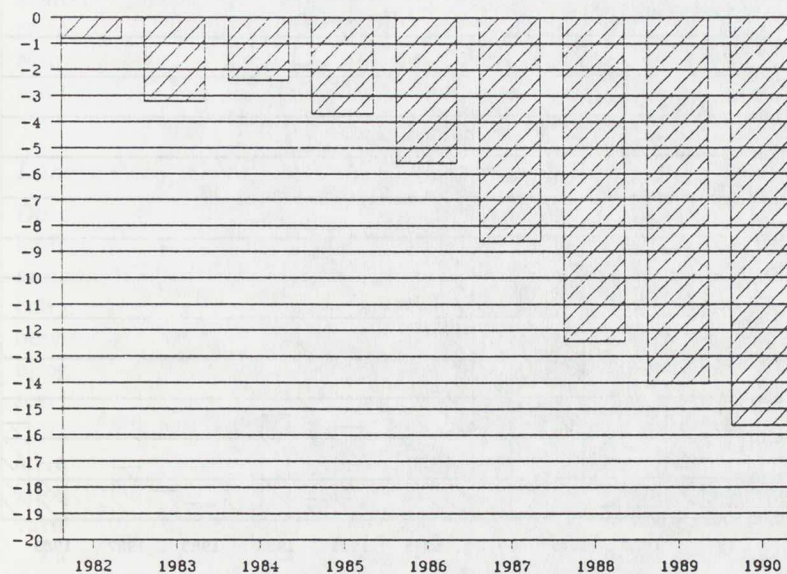
Tabell 7.1. Statens åtgärder under 1980-talet för att föra över finansiella resurser från landstingen till staten

År/åtgärd	Effekt, milj kr
<i>1982</i>	
Grundavdraget höjs från 6000 kr. till 7 500 kr	- 700
Skatteunderlaget från juridiska personer reduceras med 20%	- 420
Vissa statsbidrag främst till utbildning dras in	- 20
Rutinerna för utbetalning av kommunalskatt läggs om och medför ränteförluster för landstingen	- 170
<i>1983</i>	
Återstoden av skatteunderlaget från juridiska personer dras in	- 800
Skatteunderlaget från fysiska personer reduceras med 1%	- 300
Vissa bidrag till utbildningsverksamheten reduceras	- 130
<i>1984</i>	
Skatteunderlaget från fysiska personer återställs	+ 450
Vissa statsbidrag reduceras	- 100
<i>1985</i>	
Grundgarantin i skatteutjämningsystemet sänks med 1 procentenhet	- 450
<i>1986</i>	
Skatteutjämningsavgift på 14 öre räknat på skatteunderlaget införs	- 540
<i>1987</i>	
Grundavdraget höjs från 7 500 till 8 300 kr. vid beräkning av landstingens skatteinkomster	- 600
Ersättningen för barn- och ungdomstandvården slopas	- 700
Bidraget till kollektivtrafiken slopas	- 100
Skatteutjämningsavgiften höjs från 14 till 24 öre	- 430
<i>1988</i>	
Schablonavdrag och sparavdrag höjs i samband med att självdeklarationen förenklas	- 1 200
Grundavdraget höjs från 8 300 kr. till 9 600 kr. vid beräkning av landstingens skatteinkomster	- 1 100
Skatteutjämningsavgiften höjs från 24 till 34 öre	- 500
<i>1989</i>	
Skatteutjämningsystemet revideras	- 250
Garantibeskattningen slopas, effekten kompenseras endast delvis	- 400
<i>1990</i>	
Skatteutjämningsavgiften höjs från 34 öre till 46 öre, samtidigt ändras beräkningsmodellen	- 400

Källa: Landstingsförbundet

Diagram 7.1. Statens indragningar från landstingen 1982–1990

Akkumulerad effekt
Miljarder kr



Källa: Landstingsförbundet

Det kan noteras att den sammanlagda effekten av indragningarna 1990, 15,5 miljarder kr. (se diagram 7.1), rätt väl motsvarar den ökning av landstingens driftkostnader som skett mellan 1982 och 1990 till följd av ökad verksamhetsvolym. Beloppet uppgår till ca 16 miljarder kr. i 1990 års penningvärde. Utan statliga åtgärder skulle landstingen således teoretiskt ha kunnat genomföra utbyggnaden utan att vare sig höja skatten eller försämra sin ekonomi.

Fåtal skatthöjningar

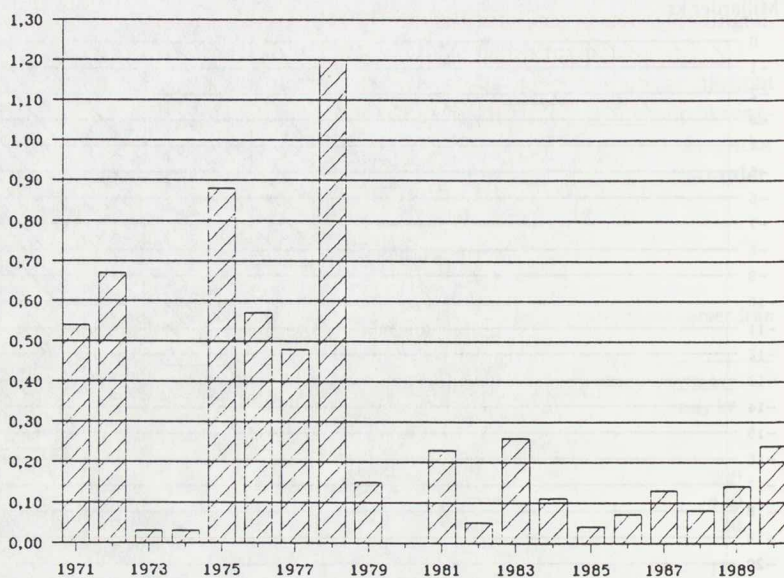
Under 1980-talet har uppfattningen att skattetrycket har nått sin maximala nivå vuxit sig allt starkare bland de politiska partierna. Trots detta har samhällets sammanlagda skatter i procent av BNP, den s. k. skattekvoten, ökat betydligt under 1980-talet. Mellan 1982 och 1988 ökade kvoten exempelvis från 50,1 % till 55,4 %, dvs. med mer än 5 procentenheter.

För landstingens del har motståndet mot skatthöjningar kommit till uttryck i att deras skatthöjningarna under 1980-talet har varit färre och, i de flesta enskilda fallen, mindre än vad som var vanligt under 1970-talet. Detta har gett relativt små öknings av landstingens medelutdebitering (diagram 7.2). Den sammanlagda ökningen mellan 1981 och 1990 var drygt 1 krona. Det ger landstingen ca 7,5 miljarder kr. mer i inkomster 1990 än vad de skulle ha fått utan dessa skatthöjningar.

Om vi lägger samman landstingens egna skatteinkomster och de bidrag och ersättningar som de erhåller från staten så får vi fram de skatteinkoms-

Diagram 7.2. Förändringar i landstingens medelutdebitering 1971–1989

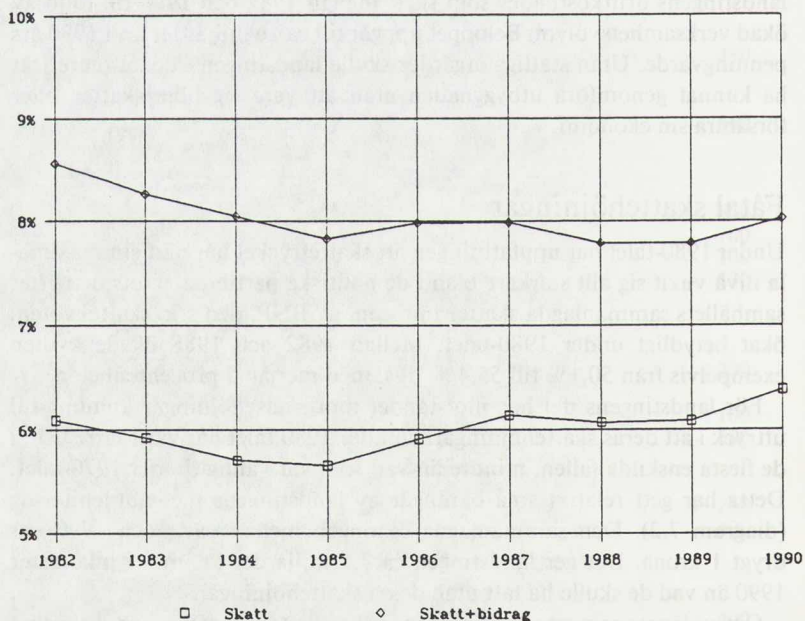
Kr per skattekrona



Källa: Landstingsförbundet

Diagram 7.3. Landstingens skatteinkomster samt bidrag och ersättningar från staten

Andel av BNP



Källa: Landstingsförbundet och statistiska centralbyrån

ter som sammanlagt går åt för att finansiera landstingens verksamhet. Detta belopp ställt i relation till BNP visar i sin tur hur landstingens del av skattekvoten har utvecklats (diagram 7.3). Vi kan konstatera att landstingen inte har medverkat till att skattekvoten har ökat. Efter 1982, då statens åtstramning sattes in på allvar, så har tvärtom de skatteinkomster som sammanlagt går till landstingen minskat som andel av BNP.

Landstingen har förbrukat sina reserver

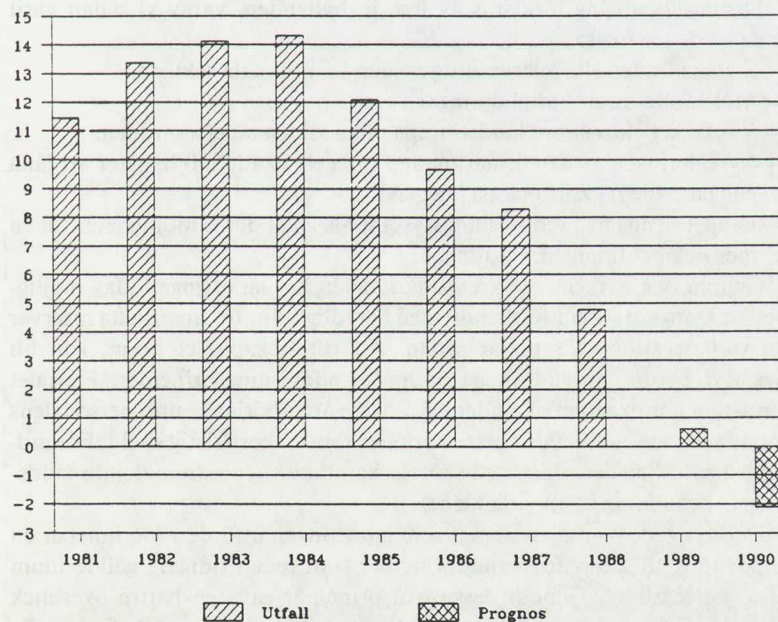
De stora skattehöjningarna som landstingen genomförde under andra hälften av 1970-talet, och som framgår av diagram 7.2, medförde i kombination med en långsammare utbyggnadstakt och en långsammare löne- och prisutveckling under åren därefter, att landstingen kunde bygga upp betydande finansiella reserver. Rörelsekapitalet var som störst 1984 då det uppgick till över 14 miljarder kr. Nu, i slutet av 1980-talet, är det i stort sett helt förbrukat (diagram 7.4).

Varje år efter 1984 har landstingen använt en del av rörelsekapitalet för att åstadkomma balans mellan inkomster och utgifter. De löpande inkomsterna har inte täckt utgifterna. Det finansiella sparandet har m. a. o. varit negativt (diagram 7.5).

På längre sikt är det givetvis nödvändigt att inkomster och utgifter är lika stora. Men tack vare tillgången på betydande finansiella reserver har landstingen kunna skjuta balanseringen på framtiden.

Diagram 7.4. Landstingens rörelsekapital 1981–1990

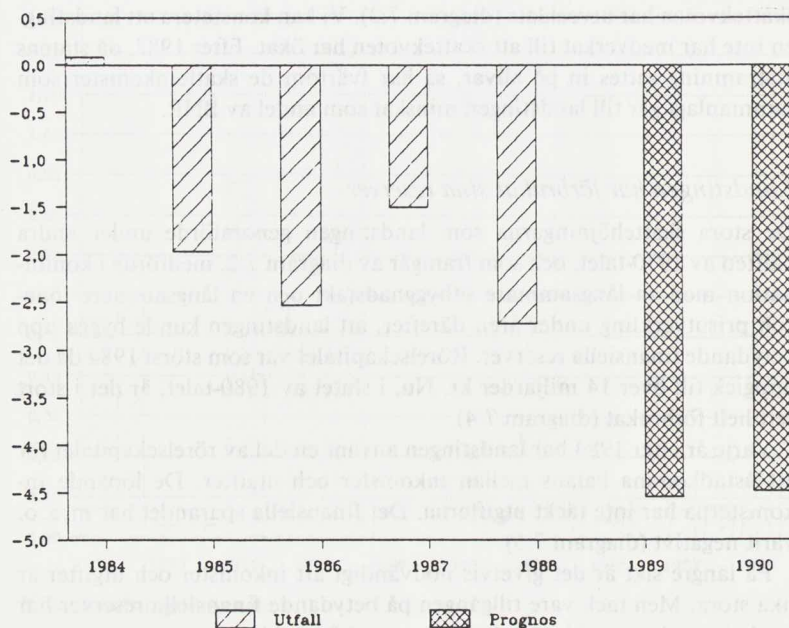
Miljarder kr



Källa: Landstingsförbundet

Diagram 7.5. Landstingens finansiella sparande 1984–1990

Miljarder kr



Källa: Landstingsförbundet

Denna utveckling förklaras av fem förhållanden, varav vi redan varit inne på de tre första:

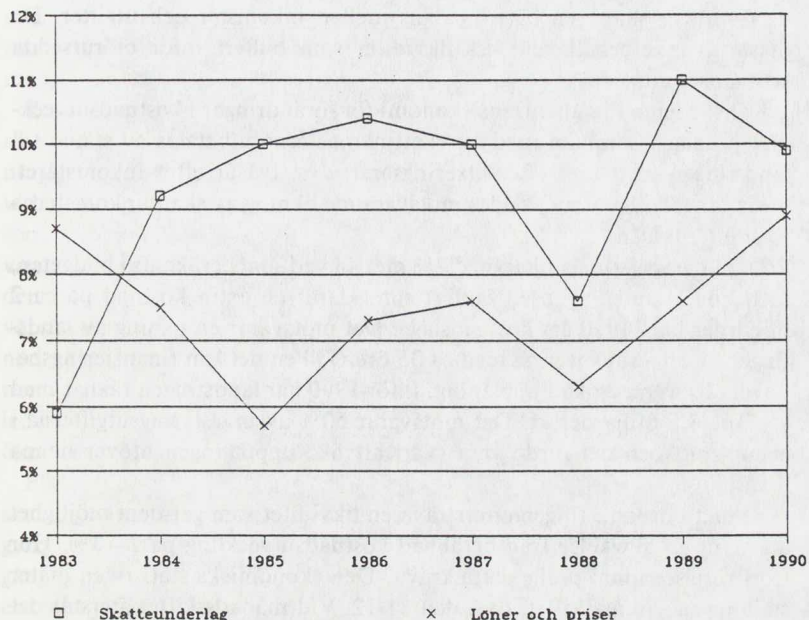
- Statens finansiella åtstramning av den kommunala sektorn.
- Motståndet mot skattehöjningar.
- Växande behov inom landstingens olika verksamhetsområden.
- Avregleringen av kreditmarknaden har gett ökade möjligheter att låna pengar både på kort och på lång sikt.
- Landstingens nya redovisningssystem har ökat deras möjligheter till en mer flexibel finansförvaltning.

Genom den avreglerade kreditmarknaden har landstingen idag möjlighet att klara sitt likviditetsbehov med betydligt mindre finansiella reserver än vad de kunde för tio år sedan. Att rörelsekapitalet t.o.m. kan bli negativt beror i huvudsak på ändrade redovisningsprinciper. Flertalet landsting har exempelvis under de senaste åren börjat ta upp personalens intjänade men ej utbetalda semesterlöner som en kortfristig skuld. Förändringen minskar det redovisade rörelsekapitalet men däremot inte landstingets behållning av likvida medel.

Det nya redovisningssystemet som landstingen införde 1986 innebar en anpassning till de redovisningsprinciper som redan tidigare gällde inom bl. a. näringslivet. Genom dessa nya principer gavs en bättre överblick över den finansiella situationen. Möjligheterna att disponera de finansiella resurserna på det mest ändamålsenliga sättet ökade också.

Diagram 7.6. Utvecklingen av landstingens skatteunderlag resp. kostnadsindex 1983–1990

Årlig procentuell förändring



Anm.: Angiven kostnadsökning 1990 är en prognos.

Källa: Landstingsförbundet

Gynnsam skatteunderlagstillväxt

Trots statliga indragningar har landstingen kunnat bygga ut sin verksamhet under 1980-talet om än i långsammare takt än tidigare. Tillgången på betydande finansiella resurser i början av perioden och skattehöjningarna förklarar bara till en del hur denna utbyggnad kunnat finansieras. En stor del av de nödvändiga finansiella resurserna har kommit från en osedvanligt gynnsam skatteunderlagstillväxt.

Om vi jämför skatteunderlagets ökning varje år med den ökning av kostnaderna som beror på pris- och löneförändringar så får vi en uppfattning om hur stort tillskott skatteunderlagstillväxten ger utöver vad som går åt för att finansiera den befintliga verksamheten. Det framgår av diagram 7.6 att fr. o. m. 1984 var den procentuella ökningen av skatteunderlaget varje år större än motsvarande ökning av löner och priser. Skillnaden var 1,9 procentenheter i genomsnitt under perioden 1982–1990. I den redovisade skatteunderlagsutvecklingen ingår likväl de åtgärder som staten har vidtagit för att reducera det kommunala skatteunderlaget (se tabell 7.1). Eftersom skatten utgör nästan 70% av landstingens inkomster har den nämnda skillnaden stor betydelse för landstingens finansiella utveckling.

Sårbar ekonomi

Eftersom landstingen nu förbrukat större delen av sitt rörelsekapital måste de framöver skapa en bättre balans mellan inkomster och utgifter. De måste även bibehålla en viss likviditet som buffert inför oförutsedda kostnadsökningar.

Känsligheten i landstingens ekonomi för förändringar i kostnadsutvecklingen hänger samman med att skattinkomsterna utbetalas av staten till landstingen först året efter taxeringsåret, dvs. två år efter inkomståret. Stora löneökningar ger således motsvarande ökning av skatteinkomsterna först efter två år.

Om löner och priser ökar med 2 % mer än vad som beräknats i budgeten, så behöver landstingen en buffert som klarar en extra kostnad på ca 2 miljarder kr. i 1990 års kostnadsläge. Det motsvarar en ökning av landstingens medelutdebitering med ca 35 öre. Till en del kan finansieringsbehovet täckas med ökad upplåning. Inför 1990 har landstingen räknat med att låna 3,5 miljarder kr. Det motsvarar 50 % av investeringsutgifterna i genomsnitt och det torde vara svårt att öka upplåningen utöver denna nivå.

På sikt bör landstingen eftersträva en likviditet som ger dem möjlighet att klara en avvikelse från beräknad kostnadsutveckling på 2–3 %. Hur stort rörelsekapital skulle detta kräva? Den ekonomiska statistiken mäter ställningen vid årsskiftet, dvs. den 31/12. Vid månadsskiftet återstår det drygt en halv månad innan nästa utbetalning av skatteinkomster sker från staten. Men samtidigt har landstingen ganska nyligen betalat ut lönerna till sina anställda. Därför bör det räcka om de medel som landstingen förfogar över vid månadsskiftet motsvarar ca 25 % av de totala utgifterna under en månad. Det motsvarar ca 3,5 % av de totala externa utgifterna under året. Med de relationer som idag gäller mellan likvida medel och rörelsekapital skulle det i så fall räcka om rörelsekapitalet låg på +/-0 eller däröver.

Ändrade förutsättningar under 1990-talet

Av redovisningen hittills framgår att landstingen i ett viktigt avseende befinner sig i en annan situation inför 1990-talet än vad de gjorde under 1980-talet: De har inga finansiella reserver att ta av, de kommer att, på ett helt annat sätt än under 1980-talet, vara tvungna att för varje år anpassa utgifterna efter inkomsterna.

Även i andra avseenden kommer förutsättningarna att vara annorlunda. Under 1980-talet har bristen på arbetskraft medfört en snabb löneglidning inom den privata sektorn särskilt under senare år. De offentliganställdas löner har inte alltid hängt med i den utvecklingen. Det är en av orsakerna till den för landstingens ekonomi gynnsamma relationen mellan skatteunderlagsutveckling och kostnadsutveckling som redovisats tidigare.

I kapitel 6 har vi pekat på att konkurrensen om den yngre delen av arbetskraften kommer att öka under 1990-talet och att landstingen i betydligt större utsträckning än hittills måste rekrytera män och personer som är äldre än 25 år till hälso- och sjukvården. En annan viktig faktor är att den

skattereform som nu förbereds kan komma att öka arbetsutbudet från de mer välavlönade, men kan få motsatt effekt för dem med relativt låg lön, vilket till stor del är den kvinnliga arbetskraften. Båda dessa förhållanden talar för att landstingens lönekostnader i framtiden kommer att öka i minst samma takt som lönerna på arbetsmarknaden i genomsnitt, troligen måste ökningstakten tidvis bli högre.

En tredje faktor med betydelse för landstingens ekonomi är utvecklingen av sysselsättningen mätt i antalet arbetade timmar. Ju större sysselsättningsökning desto större ökning av skatteunderlaget. Under 1980-talet har vi haft en exceptionell ökning av antalet arbetade timmar. De prognoser som har gjorts av statistiska centralbyrån för arbetskraftens utveckling visar en långsammare ökning under 1990-talet. Anledningen är bl. a. att den kvinnliga delen av befolkningen nu har uppnått nästan samma förvärvsfrekvens som männen. Kvinnor som börjar förvärvsarbeta har nämligen tidigare svarat för en stor del av sysselsättningsökningen. Genomförandet av den sjätte semesterveckan och förlängningen av föräldraledigheten under första hälften av 1990-talet kommer också att dämpa ökningen av antalet arbetstimmar.

För det fjärde är det rimligt att utgå ifrån att en avmattning kommer att ske inom något år i den svenska ekonomin. Inledningsvis kan detta vara gynnsamt för landstingens ekonomi. Det förutsätter att konjunkturedgången medför en dämpad pris- och löneutveckling. I så fall bör landstingen få betydande överskott eftersom deras skatteunderlag under två år fortsätter att bygga på högkonjunktorens löne- och sysselsättningsutveckling. Därefter slår avmattningen igenom även på skatteunderlaget och förutsättningarna blir sämre än under högkonjunkturen också för landstingens ekonomi.

En femte faktor slutligen är statsmakternas ekonomiska politik, i synnerhet visavi den offentliga sektorn. Vilket utrymme vill man ge offentligt finansierad verksamhet och hur kommer man att prioritera olika delar av den offentliga sektorn? Vi kan konstatera att flera av de försämringar i de ekonomiska förutsättningarna som vi pekat på för landstingens del även kommer att gälla den offentliga sektorn i övrigt. Det är också allmänt känt att det finns stora behov inte bara inom hälso- och sjukvården. Konkurrensen om resurserna inom den offentliga sektorn torde således komma att skärpas betydligt under 1990-talet.

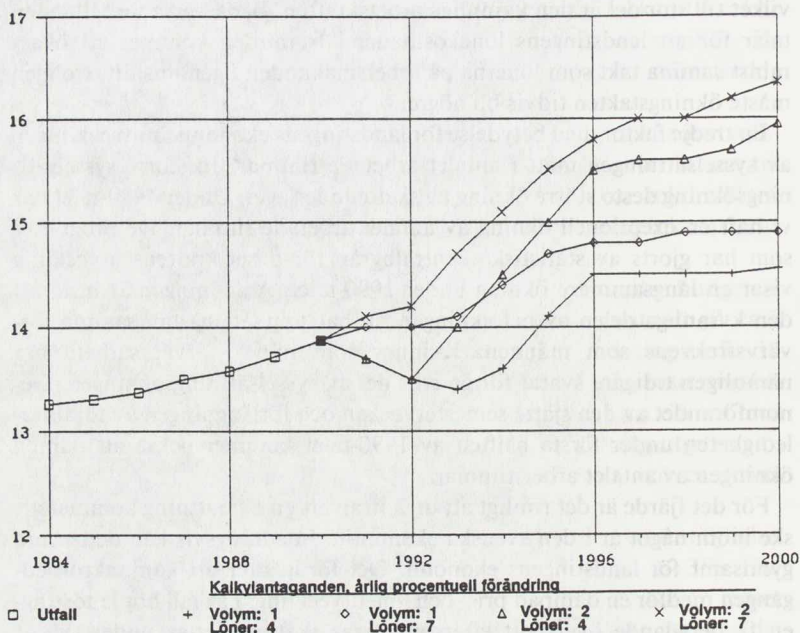
Framskrivning till år 2000

Diagram 7.7 visar utvecklingen av landstingens medelutdebitering fram till sekelskiftet under följande förutsättningar.

- Två alternativ för volymökningen redovisas: 1 respektive 2 % per år.
- Investeringsvolymen antas följa samma utveckling som konsumtionsvolymen, dvs. 1 respektive 2 % ökning per år. Detta förutsätts vara vad som krävs för att landstingen skall kunna klara de underhålls- och ersättningsinvesteringar som blir nödvändiga under 1990-talet.
- De landstingsanställdas löner utvecklas i samma takt som lönerna i genomsnitt på arbetsmarknaden. Två alternativ redovisas för den årliga

Diagram 7.7. Landstingens medelutdebitering 1984–2000

Kr per skattekrona



Källa: Landstingsförbundet

löneökningen: 7 respektive 4%. Prisökningen i de två alternativen antas bli 5 respektive 2,5% per år.

- Arbetgivaravgifterna antas öka med 0,5 procentenheter per år. Under 1980-talet ökade uttaget med i genomsnitt 0,7% per år exklusive den tillfälliga miljöavgiften på 1,5% mellan den 1 september 1989 och den 31 december 1990.
- Bidrag och ersättningar från staten antas följa samma utveckling som landstingens kostnader. Undantag görs för skatteutjämningsbidraget som sammanräknat med ökade skatteutjämningsavgifter antas ligga kvar på oförändrat nominellt belopp under hela perioden.
- Rörelsekapitalet antas varje år ligga kring 0% av de externa utgifterna. I enlighet med det tidigare förda resonemanget antas detta ge landstingen en miniminivå för likviditeten: Likvida medel kommer att uppgå till 3–4% av externa utgifter.
- Den långfristiga upplåningen är beräknad till 30% av investeringsutgifterna. Det innebär att landstingen har möjlighet att via ökad upplåning öka sitt rörelsekapital och sin likviditet när detta tillfälligtvis behövs. En konstant högre upplåningsnivå påverkar inte det långsiktiga utdebiteringsbehovet.
- Sysselsättningen antas öka med knappt 0,5% per år i enlighet med statistiska centrabyråns prognos. Vi har således i beräkningen inte gjort några antaganden om konjunktorens utveckling.

Med hänsyn till vad som tidigare sagts om den troliga utvecklingen under 1990-talet får dessa antaganden i de flesta fall betecknas som optimistiska sett utifrån landstingens ekonomi. För flera av faktorerna är en mer ogynnsam utveckling fullt tänkbar medan avvikelser i motsatt riktning framstår, om inte som omöjliga så åtminstone som mindre sannolika.

Resultatet av beräkningen visar att en fortsatt utbyggnad av landstingens verksamhet i den takt som skett under 1980-talet, dvs. med ca 2% per år, förutsätter ett ökat skatteuttag. Om detta skatteuttag sker helt och hållet via landstingsskatten måste denna höjas med drygt 2 kr. fram till år 2000. Inte ens om landstingens utbyggnad halveras under 1990-talet jämfört med utbyggnaden under 1980-talet och således stannar vid 1% per år, kan skattehöjningar undvikas. Ökningen kan då beräknas bli totalt ca 1 krona. Beräkningarna visar således att landstingen behöver betydande finansiella tillskott i framtiden för att klara sina åtaganden. Frågan om hur detta kan ske tas upp i det avslutande kapitlet.

8 Effektiva styrformer

Landstingen är mitt uppe i en snabb utveckling av sitt styrsystem. Behovet att säkra verksamhetens kvalitet, att främja personalförsörjningen och att utnyttja resurserna så effektivt som möjligt är här viktiga drivkrafter. Samordningen mellan olika delar av välfärdssystemet exempelvis mellan hälso- och sjukvården och sjukförsäkringen måste också förbättras. Men även om effektiviteten i landstingens verksamheter kommer att fortsätta öka under 1990-talet motsvarar de möjliga besparingseffekterna inte på långt när de behov av ökade resurser som landstingen står inför.

Nya förutsättningar för landstingens styrsystem

Under 1960- och 1970-talen genomfördes en kraftig utbyggnad av verksamheter inom den kommunala sektorn. För landstingens del var det framför allt hälso- och sjukvården som förbättrades. Med en god tillväxt i samhällsekonomin åtminstone under 1960-talet och en fri beskattningsrätt för landsting och kommuner kunde tillräckligt med finansiella resurser tas fram utan större svårigheter. En växande efterfrågan kunde tillgodoses genom att nya resurser tillfördes. Självklart var det på samma gång viktigt att dessa användes på ett så effektivt sätt som möjligt. Det försökte man uppnå bl. a. genom att tillämpa väl utprovade, enhetliga organisationsmodeller och normtal för exempelvis bemanning. Redovisningen hade en kameral inriktning.

Situationen för den offentlig sektorn började förändras redan under 1970-talet och under 1980-talen har den blivit radikalt annorlunda. Utrymmet för den offentliga sektorns resurstillväxt har blivit betydligt snävtare. Samtidigt sker förändringarna i verksamhetens omvärld vad gäller exempelvis värderingar, teknik och efterfrågan kanske snabbare än någonsin. För hälso- och sjukvården har svårigheterna ökat att tillgodose efterfrågan fullt ut. En mer noggrann prioritering av behandlingsåtgärder med hänsyn till exempelvis sjukdomens effekter på patientens tillstånd och utsikterna för ett gott behandlingsresultat har blivit nödvändig. En organisation som verkar under dessa förutsättningar kan inte uppnå effektivitet med enhetliga organisationsformer och hierakisk styrning. Helt andra styrformer måste till. Landstingen har också under hela 1980-talet satsat starkt på att utveckla sitt styrsystem.

Grundläggande för hälso- och sjukvårdens styrsystem är de mål samhället satt upp för verksamheten. Det övergripande målet är en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen. Detta förutsätter bl. a. någon form av kollektiv finansiering och att ansvaret för resursfördelningen åläggs ett politiskt organ. Med begränsade resurser och ett högt ställt effektivitetskrav sätts gränser för de vårdbehov som kan tillgodoses.

Viktiga krav

En klar ansvarsfördelning

Den decentralisering som skett inom landstingens verksamheter under 1980-talet har lett till en klarare ansvarsfördelning mellan organisationens tre olika nivåer. Den utvecklingen måste fortsätta.

Den politiska nivåns huvuduppgift är att styra verksamhetens utveckling genom att ange de övergripande målen och utifrån dessa besluta om fördelningen av tillgängliga resurser. Politikernas roll som konsumenternas företrädare betonas alltmer.

Kliniker, vårdcentraler etc dvs. *sjukvårdens basenheter* skall på bästa möjliga sätt tillgodose sjukvårdsbehovet inom sina respektive områden. Basenheterna har ett huvudansvar för produktionens effektivitet och svarar också för den medicinska prioritering av behandlingsinsatserna som är nödvändig med hänsyn till de begränsade resurserna.

Den administrativa nivå, förvaltningen, ger service både till den politiska nivån och till basenheterna. Huvuduppgiften är att hantera den information som behövs för att organisationen skall fungera som helhet och i sina delar. Förvaltningen skall förmedla de politiska målen och ramarna till basenheterna och följa upp och kontrollera att verksamheten utvecklas i enlighet med dessa förutsättningar. Parallellt med att politikererna koncentrerar sig på rollen som konsumentföreträdare får förvaltningen ett tydligare ansvar för samordning av resurserna och för att de övergripande målen uppfylls.

Flexibilitet

Resurser skall relativt snabbt och obehindrat kunna flyttas från områden där de lämnar ett mindre bidrag till måluppfyllelsen, till områden där de gör större nytta. Det förutsätter att ansvar och befogenheter är decentraliserade till basenheterna i stor utsträckning, men också att ledningen på övergripande beslutsnivåer vid behov kan ändra verksamhetens regler och struktur.

Underlag för prioriteringar

Styrsystemet måste ge rätt signaler till beslutsfattare på olika nivåer om hur resurserna skall fördelas så att organisationens måluppfyllelse blir så god som möjligt totalt sett. Beslutsfattaren måste ha lättillgänglig information om de prestationer han/hon kan påverka, vad de kostar och vilken

effekt de har i relation till uppställda mål. Till beslutsfattaren måste dessutom fortlöpande återföras information om verksamhetens resultat.

Stimulans

Det måste finnas inbyggda incitament som stimulerar de anställda på olika nivåer i organisationen att arbeta effektivt. Dvs göra rätt saker i förhållande till verksamhetens mål och med användande av så lite resurser som möjligt.

Samordning mellan olika samhällssektorer

Viktig för hälso- och sjukvårdens effektivitet är också samordningen mellan verksamheter inom den offentliga eller privata sektorn som på olika sätt har betydelse för hälso- och sjukvården. Otillräckliga insatser inom arbetarskydd, trafiksäkerhet eller miljöskydd leder till ökade sjukvårdskostnader. Å andra sidan leder otillräckliga sjukvårdsinsatser till ökade kostnader för sjukskrivning och förtidspensionering. Styrsystemen måste förändras inte bara i landstingens verksamhet utan också för välfärdssystemet i stort.

Förbättrad redovisning

Vi har tidigare sagt att beslutsfattaren måste ha lättillgänglig information om de prestationer han eller hon kan påverka, vad de kostar och vilken effekt de har i relation till de uppställda målen. Framför allt beträffande kostnader och prestationer kan i dag en utveckling ses i landstingen, som kommer att få stor betydelse framöver.

I starten av denna utveckling har sjukvården en otillräcklig kostnadsredovisning, bristfälliga prestationsmått och ett styrsystem som inte ger särskilt starka incitament att öka produktiviteten. Den otillräckliga kostnadsredovisningen hänger samman med att svensk sjukvård inte har behövt sätta priser på sina produkter. Sjukvården finansieras ju inte genom intäkter från en marknad utan främst genom landstingsskatt. Därigenom har landstingen genom åren kunnat klara sig med betydligt mindre folk på sina ekonomiavdelningar än om verksamheten varit marknadsstyrd.

På senare år har denna fördel minskat i betydelse på grund av de förbättrade möjligheterna att datorisera ekonomistyrningen. En utvecklad kostnadsredovisning kräver inte så stora resurser som tidigare. Samtidigt har sjukvården kommit att ta en så stor andel av landets samlade ekonomi att ekonomistyrningens betydelse för en effektiv verksamhet kommit i blickpunkten. Insikten sprider sig därför i landstingen att de traditionella budget- och redovisningsmetoderna måste byggas ut.

Det hittillsvarande systemet karaktäriseras av att man inte kunnat beskriva verksamheten, så att man fortlöpande kunnat konstatera hur resurserna utnyttjats, var resurser frigjorts genom bättre effektivitet, eller omvänt, förbrukats genom sänkt effektivitet. På grund av detta har man haft svårt att rätt avväga såväl inre som yttre rationaliseringar. Rationalisering-

arna har ofta varit produktionskostnadsinriktade (inriktade på att minimera kapital- och driftkostnader) i stället för produktivitetinriktade (inriktade på att minimera kostnader per prestation).

Svårigheterna att beskriva verksamheten har lett till en betoning av direktstyrning från central nivå och av kostnadsansvaret. Det har inte varit möjligt att väga kostnaderna mot prestationerna och få till stånd ett resultatansvar.

På denna front pågår nu en utveckling i landstingen.

Kostnadsredovisning

Den utveckling som pågår inom redovisningen är inriktad dels på att visa även förbrukningen av indirekta kostnader på sjukvårdens basenheter (de s. k. kostnadsställena, t. ex. kliniker och serviceenheter såsom laboratorier) dels på att visa kostnaderna per vårdtillfälle. Det innebär betydande steg framåt i förhållande till det hittillsvarande redovisningssystemet.

Dagens redovisningssystem beskriver sjukvårdens totalkostnader väl. Det visar också kostnaderna uppdelade på olika kostnadsslag, t. ex. kostnader för personal, material, tjänster och kapitaltjänst.

Redovisningssystemet beskriver vidare kostnaderna med hänsyn till var – vid vilka kostnadsställen – de uppstår. Det som löpande redovisas på kostnadsställena är dock bara kostnader för personal anställd vid kliniken eller serviceenheten och för material som förbrukas vid kliniken eller serviceenheten. Kostnader som uppstår genom att kliniken tar tjänster i anspråk från serviceenheten redovisas däremot normalt inte på kliniken. Dessa i förhållande till kliniken indirekta kostnader, som består av kostnader för personal, material etc på serviceenheten, redovisas bara på serviceenheten. Ur klinikens synvinkel är därför exempelvis laboratoriets tjänster gratis.

Den utveckling som pågår inriktar sig på redovisning även av för kliniken indirekta kostnader på kliniken, så att kliniken får ett ansvar för alla kostnader på grund av beslut som fattas där. När detta görs löpande under året blir det möjligt för kliniken att snabbt sätta in åtgärder om den under någon period tagit i anspråk onormalt mycket servicekostnader. Kliniken får också skäl att ifrågasätta om den behöver exempelvis alla de lokaler den disponerar.

Utvecklingen siktar också på att redovisa vad vårdtillfällena kostar. Det sker genom s. k. patientrelaterad redovisning. Då registrerar man vilka åtgärder som vidtagits för den enskilde patienten och har ett särskilt pris för varje åtgärd. Genom en sådan redovisningsteknik framgår att vårdtillfällena kan kosta olika mycket, även när de har samma vårdtid.

Prestationsredovisning

Det räcker emellertid inte att visa vad en patient har kostat i vården. Man måste också kunna bedöma om kostnaden är rimlig eller inte. Man måste kunna jämföra med något. Ett sätt att skapa jämförelsemöjligheter är att dela in den stora mängden individuella patienter i grupper med likartade diagnoser och resursbehov. Då kan man räkna ut vad som är normalkost-

nad för patienter i varje grupp och jämföra den individuella kostnaden med normalkostnaden.

Detta problem handlar egentligen om att definiera sjukvårdens produkter på ett hanterligt sätt. Ett stort steg framåt håller nu på att tas genom att Sverige drar nytta av det utvecklingsarbete som har skett i USA. Det hela bygger på att vårdtillfällen grupperas på ett sätt som tar hänsyn både till diagnos och till hur mycket resurser vårdtillfällen brukar ta i anspråk. En sådan gruppering finns i det amerikanska DRG-systemet. Det sorterar vårdtillfällen i slutna somatisk korttidsvård i ca 475 medicinskt och kostnadsmässigt homogena grupper. Därigenom blir det möjligt att redovisa den slutna somatiska korttidsvårdens produktion i ett hanterligt antal produkter. DRG är den mest kända sorteringsgrunden i sjukvården, men även andra är tänkbara.

Det måste betonas att DRG och patientrelaterad redovisning inte är samma sak. DRG kan inte heller ersätta patientrelaterad redovisning. DRG visar vad sjukvården producerar. Patientrelaterad redovisning visar vad produkterna kostar. Företeelserna kompletterar varandra.

Incitament

Vi har beskrivit hur landstingen arbetar för att få fram bättre kostnadsredovisning och bättre prestationsmått för att tillgodose informationsbehovet. Och relevant och riktig information räcker många gånger långt. Finns den bara till hands för beslutsfattare på olika nivåer i vården, kommer den i en decentraliserad organisation att användas för att effektivisera verksamheten. Människor vill i regel förbättra och utveckla sitt arbete.

Men det kan finnas situationer när detta inte räcker. Den förbättrade informationen kan behöva kopplas samman med incitament. En utveckling kan gå snabbare om de inblandade finner att det lönar sig. Man kan tänka sig flera alternativ där incitamenten får allt större betydelse i organisationen.

Det första alternativet (jämförelse-alternativet) bygger enbart på jämförelser. Prestationer skall ställas mot kostnader, kvaliteten skall vägas in liksom andra faktorer som inte täcks av prestations- och kostnadsredovisningen. Enheter och anställda som lyckas bra får veta det och de som lyckas sämre får tillfälle att förklara sig. Belöningen för de anställda är vetskapen att de gör ett bra arbete.

I det andra alternativet (prestationslöne-alternativet) påverkar jämförelserna lönenivån. Det kan ske direkt, så att prestationer över norm och kostnader under norm leder till ett förutbestämt lönetillägg (resultatlön). Det kan också ske indirekt. Då värderas individens eller enheters arbete under året efter kriterier som är kopplade till verksamhetsmålen, exempelvis antal patienter av olika slag i slutna och öppna vård, antal operationer, jourbörda, forskning och utvecklingsarbete. Här består belöningen förutom av prestige också av lönetillskott.

I det tredje alternativet (rörlig budget-alternativet) knyts hela enhetens intäkter till prestationerna. Kliniken får större intäkter ju fler och svårare sjuka patienter som den klarar att behandla. Kliniken kan exempelvis få en

del av – eller t.o.m. alla – sina intäkter i form av en fast ersättning per vårdtillfälle enligt DRG-systemet.

De nya intäkter som en framgångsrik klinik då får kan den använda för att expandera verksamheten – anställa mer personal, skaffa ny utrustning och på så vis anpassa verksamhetens omfattning till efterfrågan. I den mån det blir några pengar över av de ökade intäkterna kan de användas för utbildning, studieresor och lönetillskott till personalen. Enheter som inte når upp till prestationsnormen på grund av ineffektiv verksamhet eller låg efterfrågan, får minskade intäkter. I detta alternativ påverkar belönings-systemet hela enhetens framtid. Den ekonomiska situationen liknar ett privat företags.

En ökad användning av incitament i vården kan också medföra risker. Det hänger samman med att alla mått har brister och ju starkare belöningar man knyter till det man kan mäta, desto större genomslag får också bristerna i måtten. Ersättning till kliniken per diagnosgrupp kan försvåra samarbete mellan enheter om samarbete inte lönar sig ekonomiskt för enheterna. Och om det finns ledig kapacitet på en klinik, och kliniken får nya pengar bara en patient skrivs in, kan lockelsen bli stark att skriva in patienter även då det inte är säkert att de behöver sluten vård.

Ett system med verksamhetsjusterad budget kan alltså medföra nya problem som måste vägas mot systemets fördelar. Vi kommer antagligen att få se en rad experiment i landstingen med nya styrformer parallellt med att kostnads- och prestationsredovisningen utvecklas.

Den övergripande styrningen

Utvecklingen av landstingens styrsystem har nära samband med utvecklingen av den övergripande styrningen från i första hand statsmakterna. Där finns dels riktlinjerna för hälso- och sjukvårdens utveckling som anger höga ambitioner vad gäller god vård och vård till alla på lika villkor. Vården skall dessutom vara offensiv och uppsökande för att de svaga gruppernas behov skall kunna tillgodoses. Patienten skall sättas i centrum. Stor vikt läggs vid patientens önskemål och behov av information.

Den andra delen av den övergripande styrningen är den ekonomiska. De åtgärder som staten har vidtagit under 1980-talet för att kringskära landstingens ekonomiska utrymme har givetvis fått stora återverkningar på landstingens verksamhet. Pressen att effektivisera verksamheten har ökat. I det avseendet finns ingen anledning att opponera sig mot politiken. Men åtgärderna under 1980-talet har varit av sådan omfattning att effektiviseringsåtgärderna inte räckt till för att kompensera bristen på finansiella resurser. I stället har gapet växt mellan å ena sidan vad landstingen borde göra med hänsyn till de riktlinjer som gäller för verksamheten och å andra sidan vad de med tillgängliga resurser har möjlighet att åstadkomma. Vårdköer och långa väntetider har uppstått.

En påtaglig risk med åtstramningen är att landstingen, för att kunna täcka in hela sitt ansvarsområde även i fortsättningen, måste tänja på och tunna ut sina resurser och därmed minska verksamhetens standard och

kvalitet. Verksamheten kan komma in i en negativ utveckling som leder till att såväl patienter som personal börjar se sig om efter alternativ. Därmed kan marknaden för privat finansierad verksamhet snabbt komma att växa. Den offentliga hälso- och sjukvårdens möjligheter att få tillräckligt med finansiella och personella resurser skulle försämrats ytterligare. Vi skulle riskera att få dels en högklassig, dyr vård för den mer välbeställda delen av befolkningen och dels en offentligt finansierad sjukvård av lägre standard för resten.

Ett sammanhållet ansvar för hälso- och sjukvården

Enligt hälso- och sjukvårdslagen har landstingen fr. o. m. 1983 planeringsansvaret för hela hälso- och sjukvården inklusive den som ges av andra vårdgivare. Det innebär bl. a. att privata vårdgivare skall träffa avtal med sjukvårdshuvudmannen för att få del av den offentliga finansieringen.

Utvecklingen mot ett sammanhållet ansvar för hälso- och sjukvården har haft som syfte att skapa en demokratiskt styrd organisation som kan tillförsäkra alla medborgare en god hälso- och sjukvård på lika villkor, som effektivt kan samordna medicinska insatser på olika nivåer i vårdorganisationen och som har en kontrollerad kostnadsutveckling. Både kvantitativt och kvalitativt framstår den svenska hälso- och sjukvården vid internationella jämförelser som mycket väl utvecklad. Inte minst när det gäller rättvis tillgång till hälso- och sjukvård för hela befolkningen har Sverige kommit längre än de flesta andra länder. Detta har uppnåtts utan att verksamheten totalt sett är anmärkningsvärt dyrare här än i flera andra jämförbara länder. Den modell som Sverige använt för att utveckla och styra verksamheten har således varit framgångsrik.

Mycket talar för att ett sammanhållet ansvar för hälso- och sjukvården blir än viktigare framöver då ökade svårigheter att finansiera verksamheten och att rekrytera tillräckligt med personal är att vänta. Ett splittrat ansvar ställer krav på en samordning som i praktiken kan vara svår att åstadkomma.

Beskattningsrätten

En viktig faktor för landstingens och kommunernas utveckling är deras rätt att själva bestämma sitt skatteuttag. Under expansionsperioden fram till 1980-talets början var det tack vare beskattningsrätten som tillräckliga finansiella resurser kunde föras över till den kommunala sektorn.

Som framgår av kapitel 7 har landstingen under 1980-talet bromsat expansionstakten. Uppbromsningen till en volymökning på 1 % per år som statsmakterna eftersträvat har dock inte uppnåtts. Den genomsnittliga ökningstakten för 1980-talet ligger i stället på 2 % per år. Denna utbyggnad har kunnat genomföras i första hand tack vare en god skatteunderlagstillväxt. Möjligheterna att höja skatten har använts i första hand av de landsting som i utgångsläget hade en jämförelsevis låg utdebitering.

Om statsmakterna i början av 1980-talet hade genomdrivit att landstingens utbyggnadstakt verkligen begränsades till 1 % per år, t. ex. med hjälp av skattestopp, så skulle landstingen idag förfoga över ca 10 miljard-

der kr. mindre än vad de gör idag. Ungefär 40 000 personer färre skulle arbeta inom landstingens olika verksamheter. Till största delen skulle det ha varit hälso- och sjukvården som drabbades. Med hänsyn till de problem som denna verksamhet idag brottas med torde det inte vara många som beklagar att denna standardsänkning inte kommit till stånd.

För den fortsatta utvecklingen av välfärden är det angeläget att den nuvarande balansen i ansvarsfördelningen mellan den centrala och den regionala nivån bibehålls. Den regionala och lokala nivåns beskattningsrätt ingår som en väsentlig förutsättning för denna balans. Med en alltför stark koncentration av makten över resurserna till den centrala nivån förlorar medborgarna en betydelsefull del av möjligheterna att genom den demokratiska processen påverka verksamhetens utveckling.

Samspel mellan olika sektorer

Statsmakternas åtstramning av landstingens ekonomi är uttryck för en prioritering som sätter oförändrat skattetryck och balans i statens budget före ökad satsning på bl. a. hälso- och sjukvård. Men åtminstone till en del kan de vidtagna åtgärderna ha förfelat sitt syfte. Åtstramningen har medfört växande vårdköer och därmed längre sjukskrivningar. Resurser för olika former av rehabilitering är också otillräckliga och därmed ökar antalet förtidspensioner. Statens utgifter för sjukskrivning och förtidspensionering har ökat kraftigt under senare år. Ökade sjukvårdsinsatser skulle kunna motverka detta. Den offentliga sektorns kostnader totalt sett kan således ha ökat snabbare än vad de skulle ha gjort om besparingarna hade varit något mindre och hälso- och sjukvården hade fått mer resurser.

Hälso- och sjukvården och sjukförsäkringen

Svårigheten att åstadkomma en lämplig avvägning mellan sjukvårdskostnader och sjukförsäkringskostnader hänger samman med att de styrs enligt olika principer. För hälso- och sjukvården finns en budgetrestriktion. Det finns det inte för sjukförsäkringen. Dessutom är det politiskt sett lättare att genomföra besparingar inom sjukvården än inom sjukförsäkringen. En besparing inom hälso- och sjukvården kan kombineras med krav på ökad effektivitet och kan därför beskrivas som en åtgärd som inte kommer att drabba patienterna. Patienten å andra sidan kan ha svårt direkt sammankoppla en förlängning av väntetider med de enskilda besparingsåtgärderna eftersom effekterna oftast uppstår med viss fördröjning och de flesta patienterna dessutom endast behöver sjukvårdens tjänster under en relativt kort period.

Besparingar inom sjukvården har således ofta åtminstone i ett kort perspektiv relativt diffusa effekter. Det underlättar beslut om sådana åtgärder. Sjukpenningen däremot är individanknuten enligt klart angivna regler. En förändring berör den enskilde direkt. Införande av karensdagar eller sänkt ersättning medför en försämring av den enskildes ekonomi vid sjukdom som kan beskrivas exakt i kronor. Här är en besparing från politisk synpunkt betydligt svårare att genomföra.

Om sjukförsäkringskostnaderna fortsätter att öka kraftigt samtidigt som hälso- och sjukvårdens möjligheter att ge rimlig service försvåras kan besparingar inom sjukförsäkringen ändå bli nödvändiga. Hälso- och sjukvårdens finansiella utrymme skulle då kunna öka inom ramen för en totalt sett oförändrad skattekvot.

Landsting och kommuner

Mellan landsting och kommuner råder ett liknande förhållande som mellan hälso- och sjukvården och sjukförsäkringen. Om väntetiderna för operationer eller rehabilitering är långa kan det betyda extra kostnader för kommunal hemtjänst, färdtjänst m.m. Landstingens och kommunernas sammanlagda kostnad kan bli högre än vad den skulle ha varit med större kapacitet inom hälso- och sjukvården. Omvänt kan otillräckliga resurser inom kommunal hemtjänst och boende medföra att sjukhusen inte kan skriva ut patienter direkt när de är färdigbehandlade. Det förlänger väntetiderna för andra patienter.

Det behövs större möjligheter till ömsesidig påverkan

Det finns således ett antal situationer där åtgärder inom en sektor har stor betydelse för verksamhet och ekonomi inom andra sektorer. I ett läge där möjligheterna minskar att tillgodose efterfrågan fullt ut och där kravet på en effektiv resursanvändning därför ökar, är det angeläget att förbättra möjligheterna för olika sektorer att påverka varandras beteenden. Detta kan ske genom att enskilda enheter utifrån en bedömning av vad en viss åtgärd inom en annan sektor skulle betyda för den egna verksamheten, erbjuder ett visst pris för att få åtgärden i fråga utförd.

En försäkringskassa skulle exempelvis kunna bidra till finansieringen av åtgärder som innebär att patienter som är sjukskrivna i väntan på behandling inom sjukvården snabbare kan få vård. Försäkringskassan skulle därmed kunna minska sina kostnader för sjukersättning samtidigt som landstinget skulle få finansiella medel till extra vårdinsatser exempelvis genom att tillfälligt utöka personalens overtidsarbete. Därmed skulle även landstingens möjligheter att behandla andra patientgrupper än de som prioriteras av försäkringskassan öka. Förslag om försöksverksamhet med denna inriktning har förts fram av den statliga rehabiliteringsberedningen.

Effekterna av bättre styrformer

Landstingens styrsystem har utvecklats starkt under 1980-talet mot en decentraliserad besluts- och ansvarsfördelning. De resultat som uppnåtts har lagt en grund för den fortsatta utvecklingen som ger möjligheter att pröva även styrformer där marknadsmekanismer kan få ett genomslag direkt på den enskilda basenhetens ekonomiska villkor.

För möjligheterna att skapa en god hälso- och sjukvård totalt sett betyder emellertid den övergripande fördelningen av samhällsresurser minst lika mycket som landstingens eget effektiviseringsarbete. I båda avseenden

kommer 1990-talet att ställa stora krav om det skall bli möjligt att inte bara bibehålla hälso- och sjukvårdens nuvarande standard, utan även förbättra den.

Det finns emellertid anledning att varna för en alltför stor optimism beträffande effektiviseringsåtgärdernas effekt på landstingens resursbehov. Under 1980-talet har landstingen utsatts för ett hårt tryck från statens sida för att öka utbytet av insatta resurser. Stora förändringar har genomförts, vilket bl. a. framgår av vår redovisning i kapitel 3. Vi kan utgå ifrån att de största och lättast åtkomliga besparingarna i den egna verksamheten redan har genomförts. I fortsättningen gäller det ett mera långsiktigt arbete där de omedelbara besparingseffekterna är mindre påtagliga.

Större effekter kan sannolikt komma ut av en bättre samordning mellan olika samhällssektorer. Men här är det inte i första hand fråga om att spara pengar åt landstingen. I stället gäller det att skapa möjligheter för en utökad verksamhet genom att de olika sektorernas sammanlagda finansiella resurser används på ett effektivare sätt.

Slutsatsen är att en stark satsning på effektivare resursanvändning inom landstingen kommer att vara nödvändig under 1990-talet. Men effekterna av dessa insatser kan inte på långt när väntas motvara de behov av ökade resurser som landstingen står inför.

9 Fortsatt välfärd – en sammanfattande diskussion

Finansiering av verksamheten kan bli landstingens stora problem under 1990-talet. I synnerhet som de växande behoven inom landstingens verksamheter inte kommer att kunna tillgodoses enbart genom effektivisering. Sektorn måste ges möjligheter till fortsatt tillväxt om kvalitet och rättvisa skall kunna bibehållas. Det är också viktigt att landstingens ställning som regionalt politiskt organ stärks.

Landstingens roll

Landstingen, liksom flera andra delar av den offentliga sektorn, har utsatts för en kraftig åtstramning under 1980-talet. Den genomsnittliga utbyggnadstakten har mer än halverats jämfört med 1970-talet. Detta har lett till kapacitetsbrister inom vissa delar av verksamheten. De växande problemen har medfört att ökad uppmärksamhet riktas mot bl. a. hälso- och sjukvårdens styrsystem. Landstingen som samhällsorganisation har också ifrågasatts.

Diskussionen om landstingens framtida roll har fått ytterligare näring genom förslaget att föra över äldre- och handikappomsorgen till kommunerna, och att utreda om samma sak bör ske med primärvården i dess helhet. Till detta kommer överföring av ansvaret för omsorgerna om psykiskt utvecklingsstörda till kommunerna som redan påbörjats i vissa län.

Det finns samtidigt andra drag i samhällsutvecklingen som pekar i motsatt riktning: att landstingen i framtiden kommer att få en växande betydelse i det demokratiska systemet. Avgörande är decentraliseringsidéerna som är starkt styrande för utvecklingen av såväl samhällsorganisationen i stort som den interna styrningen av företag och förvaltningar. Bakom decentraliseringen finns i sin tur betydande drivkrafter. Viktigast hittills har varit informationssamhällets framväxt med höjd allmän kunskapsnivå och bättre tillgång till information. Under 1990-talet kommer den europeiska integrationen att ytterligare öka behovet av utrymme för initiativ på lokal och regional nivå. Till detta kommer den offentliga sektorns brist på resurser i förhållande till behov och möjligheter. Tvånget att välja mellan olika, i sig mycket angelägna satsningar, ökar behovet att lägga besluten hos politiskt valda organ nära dem som berörs.

Genom att gå vidare på den inslagna vägen och decentralisera ytterligare ansvar och befogenheter från staten till kommuner och landsting, kan strävan efter ökad effektivitet i de offentliga åtagandena förenas med ambitionen att fördjupa demokratin. Ansvarsförhållandena på länsnivån är idag oklara och de politiska aktörerna är många. En renodling behövs, så att ansvaret för länets gemensamma frågor samlas hos länets egen folkvalda församling, landstinget, som därmed utvecklas till ett regionalt parlament. Länsstyrelsen blir då entydigt statens eget organ för att följa upp och utvärdera statsmakternas beslut. Vi har diskuterat detta i kapitel 2.

Utvecklingen av landstingen som regionala politiska organ är en viktig fråga i den här rapporten. Andra huvudfrågor är det framtida resursbehovet och hur behovet av personal och finansiella resurser skall kunna tillgodoses. Avgörande betydelse har härvidlag utvecklingen inom landstingens största verksamhetsområde, hälso- och sjukvården, som därför ägnats stor uppmärksamhet i rapporten.

Satsar Sverige för mycket på hälso- och sjukvård?

I kapitel 3 redovisas vissa jämförelser med andra länder som visar att Sverige inte satsar anmärkningsvärt mycket på hälso- och sjukvård. Särskilt om man beaktar att Sverige har en jämfört med andra länder hög andel äldre personer i befolkningen och en hög andel kvinnor i arbetslivet. Av kapitel 3 framgår också att hälso- och sjukvårdens andel av BNP har minskat i löpande priser under 1980-talet.

Samma intryck ger uppgifter i kapitel 7 om att landstingens andel av det totala skattetrycket legat på i stort sett oförändrad nivå under hela 1980-talet. Den ökning av skattekvoten som skett från 50 till 55 % beror främst på att de statliga skatteinkomsterna har ökat kraftigt. Landstingens relativt blygsamma skattehöjningar under 1980-talet motsvarar mindre än hälften av statens indragningar under samma period.

Behoven växer

Under 1980-talet har landstingens verksamheter ökat i volym med i genomsnitt 2 % per år. Vi har i kapitel 5 visat att med de mål och ambitioner som är vägledande för landstingens olika verksamhetsområden så måste minst samma utbyggnadstakt gälla under 1990-talet. Resultatet överensstämmer med vad Landstingsförbundet kom fram till i sin bilaga till Långtidsutredningen 1987. Med denna expansionstakt kommer nuvarande standard inom hälso- och sjukvården att kunna bibehållas för ett växande antal äldre. Utrymme finns också att införa ny medicinsk teknik i ungefär samma takt som under 1980-talet. Dessutom kommer de förändringar av omsorgerna om psykiskt utvecklingsstörda som omsorgslagen föreskriver att kunna fortsätta i oförändrad takt under 1990-talet och nå sin slutfas kring sekelskiftet. För övriga verksamheter kommer oförändrad standard att kunna bibehållas.

Men om utbyggnaden begränsas till två procent per år måste också flera önskvärda förbättringar skjutas på framtiden. Det gäller exempelvis standardökningar inom långtidssjukvården, ökade satsningar inom psykiatin, förkortning av väntetiderna inom korttidssjukvården, fler insatser inom den förebyggande vården mm. Kommer medborgarna/patienterna att acceptera en fortsatt eftersläpning inom dessa områden? Accepterar de standardförsämringar inom andra delar av landstingens verksamhet så att resurser kan omfördelas?

Möjligheterna att tillföra landstingens verksamheter ökade resurser är givetvis beroende av utvecklingen av samhällets totala resurser. Med tanke på de krav på förbättringar i olika avseenden som riktas mot området framstår en ökning av sektorns BNP-andel under 1990-talet som mer sannolik än en minskning. Enligt finansdepartementets bedömningar kan BNP-tillväxten under 1990-talet bli ca 2% per år. I detta avseende bör det således finnas förutsättning för en rimlig utveckling av exempelvis hälso- och sjukvården.

Ökad effektivitet

En del av landstingens resursbehov kan tillgodoses genom fortsatt effektivisering av verksamheten. Inriktningen av detta arbete har vi redovisat i kapitel 8. Flera undersökningar ger indikationer om att effektiviteten kan öka. De visar exempelvis att det finns betydande kostnadsskillnader mellan kliniker även om verksamheten är ungefär densamma. Det kan gälla kostnaden per vård dag, per patient eller per operation. Det finns också skillnader i vårdtider, kapacitetsutnyttjande och behandlingsmetoder. Även skillnader i behandlingsresultat med kostnadskonsekvenser både för patienten och för sjukförsäkringen m. m. kan konstateras.

Skillnadernas betydelsen skall dock inte överdrivas. De är oundvikliga inom ett område med hög förändringstakt. Samma typ av skillnader finns både inom andra delar av den offentliga sektorn och inom det privata näringslivet. Man måste också komma ihåg att landstingen under hela 1980-talet gjort betydande ansträngningar att höja effektiviteten i sin verksamhet. De mera lättfunna åtgärderna som ger stora besparingar har således i stor utsträckning redan vidtagits och det torde bli svårare under 1990-talet än under 1980-talet att öka utbytet av insatta resurser.

Det vore därför ett misstag att tro att landstingens resursbehov skulle kunna tillgodoses enbart genom att effektiviteten ökas. Vi kan konstatera att effektiviseringsarbetet och 2% i årlig volymökning under 1980-talet inte har räckt för undvika en försämrad hälso- och sjukvårdsservice på vissa håll.

Restriktioner

Det finns således mycket som talar för att mer resurser än vad som motsvarar en volymökning på två procent per år borde tillföras landstingens verksamheter totalt sett. Men det går samtidigt inte att bortse från

de hinder som finns för en sådan utveckling. Brist på arbetskraft och finansiella problem kan leda till att t.o.m. en expansionstakt om 2 % per år kan bli svår att realisera. Detta kan endast förhindras genom en medveten prioritering av vård och omsorg under 1990-talet.

Det är inte givet att bristen på arbetskraft kommer att bli ett avgörande hinder för den fortsatta utbyggnaden av landstingens verksamheter. Svårigheterna att rekrytera tillräckligt med personal kommer att variera med konjunkturutvecklingen och mellan olika delar av landet. Men generellt gäller att landstingen i konkurrensen om arbetskraft har fördelen av att inom sina olika verksamheter kunna erbjuda intressanta, omväxlande arbetsuppgifter som attraherar inte minst yngre personer. Dessutom kan arbetskraftsutbudet komma att öka, åtminstone bland de högavlönade, till följd av skattereformen. Till detta kommer den ökning som kan följa om invandringen ligger kvar på de senaste årens relativt höga nivå.

Finansiering ett huvudproblem

Finansiering av verksamheterna blir sannolikt ett betydligt större problem för landstingen under 1990-talet än bristen på arbetskraft. Grunden för den slutsatsen har vi redovisat mer utförligt i kapitel 7. För det första utgår vi från att de landstingsanställdas löner kommer att utvecklas i samma takt som lönerna inom det privata näringslivet. Under en del av 1980-talet har det skett en viss eftersläpning.

För det andra torde antalet arbetade timmar totalt i samhället komma att öka något långsammare än under 1980-talet beroende på en långsammare ökning av arbetskraften. Resultatet blir en sämre tillväxt för landstingens skatteunderlag i förhållande till pris- och löneutvecklingen. En konjunkturavmattning under första hälften av 1990-talet kan ytterligare komma att försämra förutsättningarna. Till detta kommer att landstingen vid ingången till 1990-talet endast förfogar över relativt små finansiella reserver.

Slutsatsen är att landstingen under de närmaste åren måste tillföras finansiella resurser som i väsentlig grad överstiger vad som följer av skatteunderlagets tillväxt. Detta blir nödvändigt även om statsbidragen inte urholkas ytterligare och även om volymökningen blir lägre än 2 % per år. Det finns tre olika vägar för att åstadkomma detta.

- Effektivare användning av samhällets samlade resurser för vård och omsorg.

- Detta kan ske exempelvis genom att sjukförsäkringen ges möjligheter att använda en del av sina resurser för att finansiera extra insatser inom hälso- och sjukvården. Sådana åtgärder påverkar inte det totala skatetrycket. Det är därvid viktigt att de extra insatserna organiseras på ett sätt som inte försämrar vårdmöjligheterna för andra enskilda eller grupper av patienter.

- Omprioritering inom den offentliga sektorn.

- Staten kan exempelvis ompröva en del av sina transfereringar till hushåll och företag och överföra de frigjorda medlen till landstingen. Inte heller detta påverkar det totala skatetrycket.

- Ökat skatteuttag.

Det kan ske genom att landstingen höjer sin skatt. Om önskan är att undvika en ökning av den direkta inkomstskatten kan i stället staten öka sin indirekta beskattning eller höja avgifter och överföra medlen till landstingen. Oberoende av vilken väg som väljs är resultatet att det totala skattetrycket ökar.

De två första alternativen ter sig mest attraktiva eftersom de inte höjer det totala skattetrycket. I det första alternativet reduceras inte heller utrymmet för någon annan verksamhet.

Prioritering mellan olika sektorer

Det finns idag en betydande majoritet i riksdagen för att det totala skattetrycket i riket inte skall öka. Inte minst är man avvisande mot höjningar av den direkta inkomstskatten eftersom detta skulle motverka den sänkning av marginalskatterna som utgör en av huvudpunkterna i skatteomläggningen 1990–1991.

En avgörande motivering för att skattetrycket i Sverige inte bör höjas är att det försämrar landets internationella konkurrenskraft. Redan idag har Sverige högre skatter än de viktigaste konkurrentländerna. Skattenivåns betydelse ökar efterhand som framför allt Västeuropas ekonomier integreras alltmer med ökad rörlighet för både arbetskraft och kapital som följd.

Med mindre möjligheter att öka skatterna totalt sett skärps kravet på att de skattemedel som tas in används på effektivast möjliga sätt. Inte bara så att resurserna måste användas effektivare inom varje delområde för sig. Ökad uppmärksamhet måste också ägnas prioriteringen mellan olika delar av den offentliga sektorn.

Fördelningen av resurser mellan sjukförsäkringen och hälso- och sjukvården är av särskild aktualitet för landstingen. Efterhand som problemen ökar inom hälso- och sjukvården blir det allt svårare att acceptera ett system där kostnaderna för försörjningen av de sjuka kan utvecklas enligt automatiskt verkande regler utan restriktioner. Samtidigt styrs kostnaderna för vård och behandling av de sjuka genom budgetramar som bestäms utifrån det kärva ekonomiska läget för landstingen.

Under 1980-talets senare hälft har kostnaderna för sjukskrivning och förtidspensionering ökat kraftigt och därmed reducerat det finansiella utrymmet för andra delar av den offentliga sektorn. En utveckling i den riktningen kan inte tillåtas pågå hur länge som helst. Det är knappast så att flertalet föredrar att ekonomiskt gå helt skadeslösa i samband med sjukdom eller olycksfall om de samtidigt måste acceptera otrygghet med långa väntetider för olika slags behandlingar och sämre standard inom hälso- och sjukvården.

I första hand måste givetvis orsakerna till den ökade sjukskrivningen angripas. Men om sjukförsäkringskostnaderna fortsätter att öka i samma takt som under de senaste åren kan det också bli nödvändigt att besluta om regeländringar som sänker ersättningsnivån för att frigöra finansiella resurser som kan överföras till hälso- och sjukvården.

Fortsatt välfärd

Att så långt möjligt behålla en god hälsa samt att vid sjukdom eller skada kunna få kvalificerad och effektiv behandling är avgörande för den personliga välfärden. Ett utvecklat samhälle förutsätter därför tillgång till en väl fungerande hälso- och sjukvård med tillräcklig kapacitet för såväl förebyggande arbete som utredande, vårdande, behandlande och rehabiliterande insatser.

Inte bara från grundläggande humanitära värderingar utan även från samhällsekonomisk synpunkt är det av stor betydelse att hälso- och sjukvården fungerar väl. Under 1980-talet har vi fått klara indikationer på vad som annars händer. Vårdköer inom akutsjukvården, främst i storstäderna, ökar kostnaderna för sjukskrivning när det gäller de yrkesaktiva och för hemsjukvård, hemtjänst och långtidssjukvård m. m. när det gäller främst de äldre. Samtidigt medför otillräckliga resurser inom långtidssjukvården att ett stort antal färdigbehandlade långtidssjuka patienter inte kan skrivas ut från akutsjukvården. Problem inom olika delar av verksamheten förstärker varandra och hotar verksamhetens effektivitet och kvalitet.

Den svenska hälso- och sjukvården har trots problem och brister ett starkt stöd hos allmänheten för sin verksamhet. Ett stöd som enligt flera opinionsundersökningar bl. a. yttrar sig i en positiv uppskattning av verksamheten och en beredvillighet att tillföra den ökade resurser även genom skattehöjningar. I själva verket ger allmänheten på detta sätt ett starkt stöd till hälso- och sjukvården än till någon annan del av den offentliga sektorn.

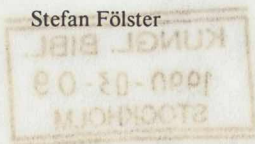
Det är också uppenbart att det starka stödet bygger på förutsättningen att alla i vårt land får en god vård på lika villkor, dvs. en vård anpassad efter vars och ens medicinska behov oberoende av inkomst, ålder eller social ställning.

Det finns dock tecken på att hälso- och sjukvårdens problem börjar få genomslag i allmänhetens uppfattning. En minskning av andelen positiva omdömen har således kommit fram i vissa opinionsundersökningar under senare år. En utveckling i denna riktning är oundviklig om problemen inom hälso- och sjukvården förvärras.

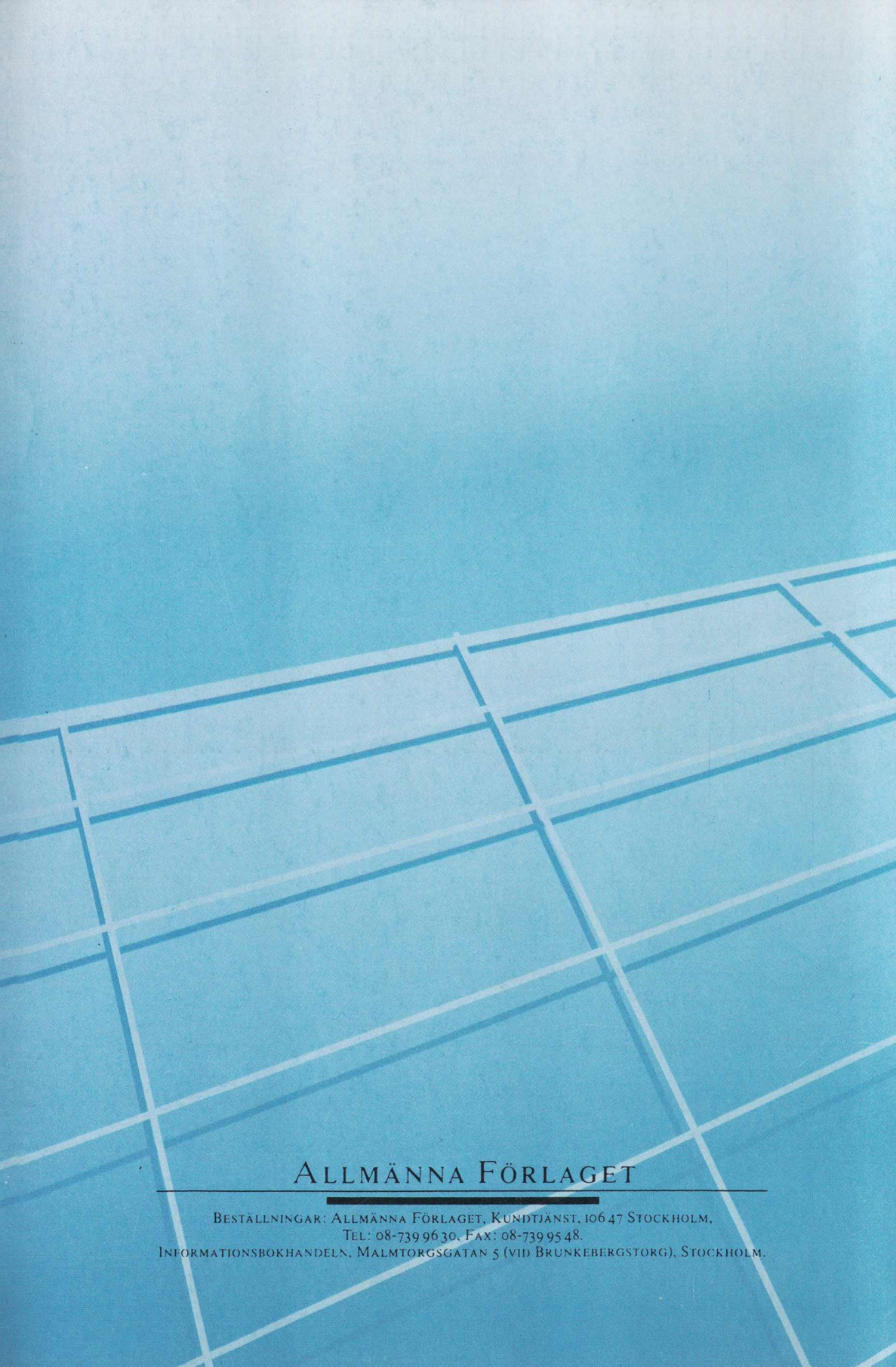
Växande svårigheter för den offentligt finansierade vården att tillgodose efterfrågan leder inte bara till negativa reaktioner hos allmänheten utan också till en växande marknad för privat finansierad vård. Av naturliga skäl vänder sig denna i första hand till de välbeställda. Resultatet blir en ökad segregation i samhället och ett hot mot rättvisa och kvalitet i vården. En utveckling som leder bort från målet om en god hälso- och sjukvård till alla på lika villkor.

Bilagor till långtidsutredningen 1990

Nr	Namn	Författare
1.	Metoder, modeller och beräkningar	Finansdepartementet
2.	Ekonomiska konsekvenser för Sverige av EG:s inre marknad	Harry Flam och Henrik Horn Institutet för internationell ekonomi, Stockholms universitet
3.	Svenskt näringsliv och den europeiska integrationen	Lars Lundberg Industrins utredningsinstitut
4.	Konsekvenser av fri arbetskraftsrörlighet mellan Sverige och EG	Per Lundborg Industrins utredningsinstitut
5.	Finansiell integration, resursfördelning och penningpolitik	Lars Svensson Institutet för internationell ekonomi, Stockholms universitet
6.	Det framtida arbetskraftsutbudet	Statistiska centralbyrån
7.	Sveriges framtida befolkning	Statistiska centralbyrån
8.	Skogsnäringen: Miljöfrågor, avreglering, framtidsutsikter	Lars Hultkrantz och Sören Wibe Lantbruksuniversitetet i Umeå
9.	Tillväxt och miljö – en studie av målkonflikter	Lars Bergman Handelshögskolan i Sthlm
10.	Den internationella utvecklingen	Kjell Andersen och Derek Chambers
11.	Svensk hälso- och sjukvård i ett internationellt perspektiv	Åke Blomqvist University of Western Ontario, Canada
12.	Det omedvetna valet – nationell politik och regional obalans	Expertgruppen för forskning om regional utveckling
13.	Kunskapsbildning för strukturell förnyelse	Lennart Ohlsson
14.	Landsting för välfärd	Landstingsförbundet
15.	Bostadsmarknaden under 1990-talet	Bengt Turner m. fl. Statens institut för byggnadsforskning
16.	Samhällsekonominns transportförsörjning	Folke Snickars
17.	Privat tjänstesektor	Statens industriverk
18.	Industrin till år 2000 – ett tillväxtdecennium?	Statens industriverk
19.	Den svenska inkomst- och förmögensfördelningen 1967–1987	Kjell Jansson Statistiska centralbyrån
20.	Primärkommuner	Svenska kommunförbundet
21.	Energi – miljö – ekonomi	Statens energiverk
22.	Utbildning för 2000-talet	Karl-Gustav André, Erik Wallin och Bengt Christer Ysander
23.	Kvinnor och ekonomi	Inga Persson-Tanimura m. fl. Lunds universitet
24.	Svensk lönebildning – teori, empiri, politik	Bertil Holmlund Uppsala universitet
25.	Miljöproblemen i framtiden	Lars Lundgren m. fl. Naturvårdsverket
26.	Den offentliga sektorn	Stefan Fölster



KUNGL. BIBL.
1990-03-09
STOCKHOLM



ALLMÄNNA FÖRLAGET

BESTÄLLNINGAR: ALLMÄNNA FÖRLAGET, KUNDTJÄNST, 106 47 STOCKHOLM.
TEL: 08-739 96 30, FAX: 08-739 95 48.

INFORMATIONSBOKHANDELN, MALMTORGSGATAN 5 (VID BRUNKEBERGSTORG), STOCKHOLM.