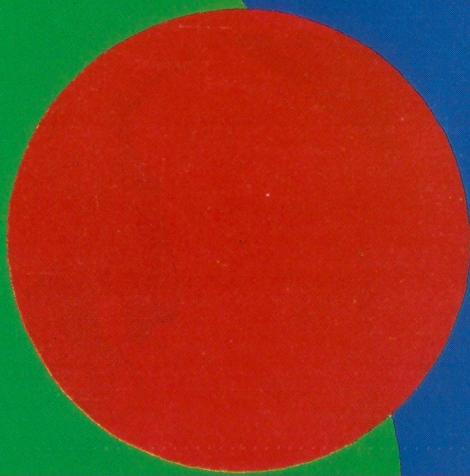


Landsting i förändring



Ur KB:s samlingar

Digitaliserad år 2015



National Library
of Sweden

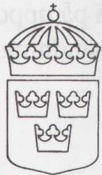
Bilaga 13 till LU 92

Landsting i förändring

The background is a vibrant green. A large, wavy blue shape, resembling a river or a path, flows from the top right towards the bottom left. A solid red circle is positioned in the middle-left area, partially overlapping the blue shape. Several thick orange lines are scattered across the composition: one at the top right, one crossing the blue shape, one crossing the red circle, one forming an 'X' shape within the blue shape, and one at the bottom left.

Bilaga 13 till LU 92

Ref KBOc



Finansdepartementet
Stockholm 1992

Landsting i förändring

Landstingsförbundet

Bilaga 13 till Långtidsutredningen 1992

SOU och Ds kan köpas från Allmänna Förlaget, som också på uppdrag av regeringskansliets förvaltningskontor ombesörjer remissutsändningar av dessa publikationer.

Adress: Allmänna Förlaget
Kundtjänst
106 47 Stockholm
Tel 08/739 96 30
Telefax 08/739 95 48

Publikationerna kan också köpas i Informationsbokhandeln,
Malmtorgsgatan 5, Stockholm

Omslag: K.G. Nilson

Norstedts Tryckeri AB
Stockholm 1992

ISBN 91-38-13056-4
ISSN 0375-250X

Förord

1992 års långtidsutredning har utarbetats 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.

I bilagan redovisas landstingens verksamhet och ekonomi under de gångna åren och en diskussion förs om framtidens resursbehov.

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

Finansdepartementets kontaktman har varit departementssekreterare Mats Johansson.

Stockholm i maj 1992

Gunnar Wetterberg
Departementsråd

Innehållsförteckning

| | |
|---|-----------|
| Landstingsförbundets förord | 7 |
| Sammanfattning och slutsatser | 9 |
| 1 Landstingens roll och uppgifter | 15 |
| Nya förutsättningar för den regionala nivån | 15 |
| Fördelningen av uppgifter inom den offentliga sektorn | 16 |
| 2 Aktuella strukturförändringar inom hälso- och sjukvård | 19 |
| Förändringar inom primärvården | 19 |
| Några andra förändringar | 21 |
| Avslutning | 22 |
| 3 Personal och utbildning | 25 |
| Arbetskraftsbehov och sysselsättning | 25 |
| Aktuella förändringar inom utbildningsområdet | 28 |
| Avslutning | 29 |
| 4 Landstingens ekonomi under 1980-talet | 31 |
| Sämre ekonomi och bromsad utbyggnadstakt | 31 |
| Finansieringsfrågor | 36 |
| Avslutning | 38 |
| 5 Resursbehov | 39 |
| Drivkrafter bakom sjukvårdens kostnadsexpansion | 39 |
| Baskalkyl | 40 |
| Avslutning | 45 |

| | |
|---|----|
| 6 Internationella jämförelser | 47 |
| Hälsa- och sjukvårdsutgifternas utveckling i olika länder | 47 |
| Andelen offentlig finansiering | 51 |
| Avslutning | 52 |
| | |
| 7 Finansiellt utrymme | 53 |
| Finansiell utveckling | 54 |
| Balansalternativ med minskad volym | 57 |
| Balansalternativ med höjda patientavgifter | 61 |
| Avslutning | 62 |
| | |
| 8 Besparingar och effektivisering | 65 |
| Omprioriteringar inom landstingens ansvarsområde | 65 |
| Åtgärder för att förbättra produktiviteten | 66 |
| Nya styrsystem | 68 |
| Samverkan mellan olika delar av välfärdssystemet | 72 |
| Avslutning | 73 |
| | |
| 9 Alternativ för finansiering av hälso- och sjukvård | 75 |

Landstingsförbundets förord

Ett omfattande förändringsarbete pågår inom hälso- och sjukvården för att förbättra vårdens tillgänglighet och resultat. Det är en följd bl. a. av att medborgarna ställer krav på ökad valfrihet och service. En annan drivkraft för förändringar är att de finansiella resurserna inte ökar i takt med behoven. Verksamhetens produktivitet och effektivitet måste öka.

Denna rapport, som är en bilaga till Långtidsutredningen 1992, behandlar pågående förändringar inom hälso- och sjukvården och inom andra delar av landstingens ansvarsområden. Utvecklingen av landstingens ekonomi redovisas och i rapporten jämförs det framtida resursbehovet med utvecklingen av det finansiella utrymmet. Alternativa vägar för landstingen att skapa balans i sin ekonomi diskuteras.

Rapporten har utarbetats inom Landstingsförbundets kansli. Huvudansvarig för arbetet har varit ekonom Håkan Nilsson. Kansliets ledningsgrupp har fortlöpande diskuterat arbetet.

Landstingsförbundets styrelse har inte tagit ställning till rapportens inriktning eller innehåll.

Stockholm i april 1992

Monica Sundström
Förbundsdirektör

Sammanfattning och slutsatser

Den offentliga sektorn befinner sig i en snabb förändringsprocess. Olika faktorer medverkar till att driva upp takten. Medborgarnas krav och förväntningar förändras. De anställda ställer andra krav än tidigare på arbetsorganisation och innehåll. Studier av hur andra länder löser sina problem visar på olika sätt som har både för- och nackdelar jämfört med det svenska systemet.

En viktig drivkraft bakom förändringarna är strävan att ge medborgarna ökad valfrihet och service. Men viktigt är också att den offentliga sektorns ekonomiska resurser inte växer i takt med efterfrågan på dess tjänster. Större krav ställs nu på balans i den svenska ekonomin och på anpassning av beskattningen till förhållanden inom EG. Regeringen har exempelvis i årets finansplan uttalat att den s. k. skattekvoten måste reduceras de kommande åren. Stor vikt läggs därför på att resurserna används på bästa möjliga sätt. Produktivitet och effektivitet måste öka.

Det kan också bli nödvändigt att i ökad utsträckning finansiera offentlig verksamhet med avgifter. En annan utväg kan vara att den offentliga sektorn minskar eller avstår ifrån sitt engagemang på vissa områden och helt eller delvis överläter verksamheten till den privata sektorn.

Landsting i förändring

En viktig del av diskussionen om hur den offentliga sektorn kan bli effektivare handlar om fördelningen av uppgifter mellan staten, landstingen och kommunerna. Vad gäller den regionala nivån ifrågasätts bl. a. den nuvarande uppgiftsfördelningen mellan landsting och länsstyrelse.

Arbetsfördelningen mellan den lokala, regionala och nationella nivån bygger främst på närhetsprincipen, dvs. ansvaret för en verksamhet skall decentraliseras så långt det är möjligt utan att effektiviteten försämras. Därför fortsätter överflyttningar av uppgifter från staten till landsting och kommuner, och från landstingen till kommunerna. Aktuella förändringar är bl. a. att ansvaret för äldre- och handikappomsorgen har förts över från landstingen till kommunerna 1992. Samma år har ansvaret för sjukresorna förts över från staten till landstingen. Omsorger om psykiskt utvecklingsstörda kan komma att föras över till kommunerna de närmaste åren.

Diskussionen om den regionala nivåns roll och uppgifter har också påverkats av den internationella utvecklingen. Konkurrensen med andra

regioner i Europa driver svenska regioner att bli mer aktiva i ett regionalt utvecklingsarbete. I det sammanhanget läggs fram förslag om att skapa regioner, geografiskt sett större än de nuvarande landstingen och styrda av direktvalda regionparlament. Deras huvuduppgift skulle vara att främja regionens utveckling. Insatser för att förbättra den fysiska infrastrukturen och den högre utbildningen, liksom kultur och miljö samt övergripande styrning av hälso- och sjukvård skulle kunna bli viktiga inslag i regionparlamentens ansvarsområde.

Förändringsarbete inom hälso- och sjukvård

Förändringsprocessen inom den offentliga sektorn präglar inte minst utvecklingen inom hälso- och sjukvård som är landstingens dominerande ansvarsområde. Flera åtgärder vidtas för att förbättra vårdens tillgänglighet och resultat.

Införande av familjeläkar-/husläkarsystem förväntas exempelvis förbättra tillgången på primärvård och väntas minska belastningen på sjukhusvården.

Den s. k. vårdgarantin, som samtliga landsting börjar tillämpa 1992 innebär att vård garanteras inom tre månader för vissa behandlingar/åtgärder. Åtagandet har redan påverkat verksamheten. Antalet operationer inom de områden som omfattas av garantin har ökat kraftigt och väntetiderna har blivit betydligt kortare.

Ytterligare ett exempel på förändring är att patienten nu har större möjligheter än tidigare att välja var och av vem han/hon skall få vård. Valfriheten kan bidra till att förbättra möjligheterna att utnyttja hälso- och sjukvårdens resurser effektivt eftersom patienterna kan söka sig till sjukhus med korta väntetider. Å andra sidan innebär kravet på kontroll över totalkostnadernas utveckling att patienternas möjligheter att välja inte kan vara obegränsade.

I de flesta landsting pågår försök med nya former för styrning och organisation av hälso- och sjukvård. En viktig förändring är att kliniker och andra vårdenheter i allt större utsträckning får ekonomisk ersättning i relation till vad de presterar. Tidigare fick de fasta anslag. Övergången till prestationsersättning innebär bl. a. att rollen som beställare av vård skiljs från producentrollen. Flera exempel visar att dessa förändringar kan leda till ökad produktivitet.

Försöksverksamhet bedrivs också med statlig medverkan för att förbättra samordningen mellan hälso- och sjukvård och angränsande delar av välfärdssystemet. Olika försök kommer exempelvis att starta 1993 med utökad samverkan mellan sjukvård och socialförsäkring. Stora besparingar kan göras i form av minskat produktionsbortfall, lägre kostnader för socialförsäkringen och lägre kostnader för hemtjänst om väntetider undviks för vård och behandling inom hälso- och sjukvården.

Sämre ekonomi och bromsad utbyggnadstakt

Under andra hälften av 1980-talet vidtog staten en rad åtgärder för att minska det finansiella utrymmet för den kommunala sektorn. Betydande

belopp drogs in till statskassan genom slopade eller reducerade statsbidrag, skatteutjämningsavgifter, ändrade skatteregler mm. Syftet var att landsting och kommuner skulle dämpa expansionstakten. Så skedde också. För landstingen låg volymökningen genomsnittligt på drygt 1 procent under andra hälften av 1980-talet efter att ha legat på 2,5 procent per år under den första hälften.

Uppbromsningen var emellertid inte tillräcklig. Landstingens ekonomi försvagades påtagligt. De finansiella reserverna förbrukades och skulderna ökade. År 1990 nåddes ett ekonomiskt bottenläge. En viktig förklaring var lönebildningen under andra hälften av 1980-talet.

Högkonjunkturen som rådde under en stor del av 1980-talet medförde snabb löneglidning inom industrin och den privata tjänstesektorn. Löneutvecklingen för de offentliganställda blev långsammare och relativpriset för offentlig produktion sjönk. Eftersom kostnadsökningen därmed blev väsentligt lägre än skatteunderlagstillväxten gavs ett utrymme för utbyggnad av verksamheten.

Krav på kompenserande löneökningar växte emellertid inom den offentliga sektorn och 1990 blev kostnadsökningarna till följd av det löneavtal som ingicks på våren betydligt större än väntat. Den kommunala ekonomin försämrades kraftigt och på flera håll blev det nödvändigt med stora besparingsåtgärder. Genom en dämpad löne- och prisutveckling 1991 och 1992 förbättras ekonomin åter. Skatteinkomsterna fortsätter nämligen att växa i relativt god takt under dessa två år till följd av den tvååriga eftersläpningen i utbetalningen av kommunalskattebidragen.

Men förbättringen av landstingens ekonomi 1991 och 1992 är endast tillfällig. Den underliggande obalansen kvarstår. Flera landsting fortsätter därför att minska volymen under 1991 och 1992. För landstingen sammantaget väntas volymen i stort sett bli oförändrad under dessa två år. Det blir första gången under efterkrigstiden som det händer.

Resursbehov

Hälso- och sjukvårdens tjänster möter en stark efterfrågan hos medborgarna. I Sverige liksom i andra jämförbara länder har hälso- och sjukvårdens resurser under en stor del av efterkrigstiden ökat snabbare än samhällets totala resurser. Internationella jämförelser visar också att ju större BNP ett land har desto större är sjukvårdsutgifternas andel av BNP.

En viktig drivkraft för hälso- och sjukvårdens expansion är ökningen av antalet äldre. Men ökningstakten är på väg ner. I början av 1990-talet beräknas hälso- och sjukvårdens resurser behöva öka med 1 procent per år för att standarden skall vara oförändrad trots förändringar i befolkningens åldersstruktur. Kring sekelskiftet räcker det med en ökning på mindre än en halv procent. Därefter vänder utvecklingen på nytt.

Den medicinsk-tekniska utvecklingen är en annan viktig faktor. Visserligen medför de medicinska framstegen ofta att behandlingar kan göras snabbare och billigare, men samtidigt kan allt fler sjukdomar och handikapp behandlas och behandlingarna kan göras allt högre upp i åldrarna. Här finns grunden för en mycket stark efterfrågetillväxt. Den medicinsk-tekniska utveckling sker i ett internationellt sammanhang och kan inte

påverkas av ett enskilt land. Nya behandlingsmetoder sprids snabbt mellan olika länder.

Den sammantagna effekten av befolkningsförändringar och medicinsk-teknisk utveckling beräknas i den s. k. baskalkylen medföra att resurserna inom landstingens ansvarsområde behöver öka med ca 1,5 procent per år under 1990-talet.

Värderingen av hur stor effekt den medicinsk-tekniska utvecklingen får bygger på förutsättningen att introduktion och tillämpning av ny medicinsk teknik fortsätter i samma takt som under 1980-talet. Här innefattas också den förbättring av standard och produktivitet som normalt följer med ny medicinsk teknik men som är svår att mäta.

Ökat ensamboende och ökad kvinnlig förvärvsfrekvens har också medfört ökade anspråk på hälso- och sjukvården. Samhället tar över vårdinsatser som tidigare gjordes i hemmen.

Ytterligare en viktig förklaring till att hälso- och sjukvårdsutgifterna normalt växer snabbare än samhällets totala resurser är den samhällsekonomiska lönsamheten. Den uppstår när en behandling leder till att patienten kan återvända till sitt arbete. Det produktionsbortfall som därigenom undviks är normalt större än behandlingskosten. Hälso- och sjukvårdens lönsamhet hänger också samman med utvecklingen av välfärdssamhället i övrigt. Ju mer den offentligt finansierade välfärden byggs ut i form av ekonomisk trygghet och omhändertagande vid sjukdom, arbetsskador och handikapp, desto mer lönsamt blir det för samhället att förebygga och behandla sjukdomar och handikapp.

I ett längre perspektiv och i en tillväxtekonomi kommer således hälso- och sjukvårdskostnaderna sannolikt att fortsätta att öka och ta en växande andel av samhällsresurserna i anspråk. Inom ramen för detta generella utvecklingsmönster finns givetvis utrymme för variationer. Styrande för utvecklingen i ett enskilt land är den på politisk väg fastställda ambitionsnivån. Även finansieringssystemet och hälso- och sjukvårdens organisation har betydelse.

Jämförelser med andra länder

Sverige är ett av de få länder som under 1980-talet dämpade sjukvårdskostnadernas ökningstakt så att kostnadernas andel av BNP låg kvar på en i stort sett oförändrad nivå. I slutet av 1980-talet har därför flera länder hunnit ikapp Sverige i detta avseende. Detta kan synas anmärkningsvärt med tanke på att Sverige har en större andel äldre i sin befolkning än andra länder. Tillgången på vård för befolkningen torde också vara jämnare i Sverige än i flera andra länder.

De förändringar som skett inom den svenska hälso- och sjukvården under framför allt andra hälften av 1980-talet talar emellertid för att skillnaderna mellan utvecklingen i Sverige och utvecklingen i andra länder varit mindre än vad som framgår av de nämnda talen. För det första bidrog det ovan nämnda sjunkande relativpriset för hälso- och sjukvård i Sverige till att andelen av BNP inte ökade.

För det andra genomfördes en snabb övergång till öppna vårdformer inom långtidssjukvård och psykiatri. Det blev därmed möjligt att, inom

ramen för hälso- och sjukvårdens totala resurser, öka satsningarna på korttidssjukvård och öppen primärvård. Inom omsorger om de psykiskt utvecklingsstörda genomfördes också en snabb utbyggnad.

En viktig slutsats är att korttidssjukvården torde ha fortsatt att öka sin andel av BNP under den här perioden. För detta område bör utvecklingen i Sverige inte ha avvikit nämnvärt från trenden i andra jämförbara länder.

Åtgärder för balanserad ekonomi

Landstingen kan de närmaste åren tvingas till betydande anpassningsåtgärder för att säkra en balans i sin ekonomi. Kostnadsvolymen kan i genomsnitt behöva minska med totalt närmare 5 procent för perioden 1993–1995, dvs. med drygt 1,5 procent per år. Det motsvarar lönekostnaderna för totalt 15 000–20 000 landstingsanställda. Till en del skulle effekten sannolikt bli ökad deltidslöshet. En viktig förutsättning för att denna neddragning skall räcka är att staten under de kommande åren inte minskar landstingens inkomster med mer än vad som redan har aviserats för 1993.

Den utveckling som redovisas i denna rapport visar på ett mycket stort gap mellan behov och finansieringsmöjligheter. Om nuvarande standard skall bibehållas måste produktivitetsökningen uppväga dels effekten av minskade resurser med drygt 1,5 procent per år under en treårsperiod, dels tillväxten i efterfrågan enligt baskalkylen med 1,5 procent per år. Den sammanlagda produktivitetsökningen måste således vara drygt 3 procent, vilket är ett mycket högt ställt krav. Till detta kommer den produktivitetsökning som redan finns medräknad i baskalkylen och som följer med ny medicinsk teknik.

Anpassningen till en mindre ekonomisk ram underlättas av det pågående förändringsarbetet för att förbättra hälso- och sjukvårdens produktivitet och effektivitet som tidigare har berörts. På en del håll är det sannolikt möjligt att minska personaltätheten utan att verksamhetens resultat nämnvärt behöver försämrats. Det underlättas av den höjning av personalens kompetens som skett under 1980-talet och som fortsätter.

Å andra sidan torde det bli svårt att år efter år hämta hem så stora produktivitetsvinster som det här är fråga om. Dessutom finns inte längre exempelvis de relativt stora möjligheter till omfördelning av resurser från slutet långtidssjukvård som fanns under 1980-talet. Volymminskningen torde därför bli svår att genomföra utan märkbara försämringar för patienterna. Eftersom utgångsläget är olika i olika landsting både vad gäller besparingsmöjligheter och ekonomisk ställning så kommer även omställningskraven och riskerna för försämrade verksamhet att vara olika.

För att undvika volymminskning skulle landstingen behöva höja utdebiteringen med i genomsnitt ca 0,70 kronor fram till 1995. Eftersom detta inte ses som en framkomlig väg kan i stället avgiftshöjningar bli nödvändiga. För en balanserad ekonomisk utveckling för landstingen med oförändrad volym skulle avgifterna inom öppen och slutet vård i det närmaste behöva tredubblas på tre år. Det skulle innebära att en finansieringsbörda på sammanlagt 5 miljarder kr. omfördelas från skattebetalarna till patienterna.

Om balansen i landstingens ekonomi återställs genom volymminskning så kommer hälso- och sjukvårdens andel av BNP att minska de närmaste tre åren med närmare 0,5 procentenheter. Till viss del motverkas minskningen av den utbyggnad av privat finansierad vård som pågår och som kan antas öka om den offentligt finansierade vården reduceras.

Hur utvecklingen blir efter denna anpassningsperiod är beroende dels av den svenska ekonomins utveckling dels av statens åtgärder. Med en tillväxt i samhällsekonomin och utan ytterligare indragningar från statens sida så bör en viss utbyggnad av verksamheten kunna ske under andra hälften av 1990-talet. Landstingsskatten förutsätts då vara oförändrad. Men även vid en relativt god samhällsekonomisk utveckling så kommer utbyggnadstakten inte att kunna nå upp till den nivå som anges i baskalkylen.

Alternativ för finansiering av hälso- och sjukvård

Den offentliga sektorns finansiella problem har ökat intresset för möjligheterna att välja andra former för styrning och finansiering även på nationell nivå. För hälso- och sjukvården diskuteras bl. a. övergången till ett försäkringsfinansierat system.

En hel del av de nya styrformer som nu prövas inom den svenska hälso- och sjukvården bygger på idéer som har sitt ursprung i länder där sjukvården finansieras med sjukförsäkring. En viktig fråga för de närmaste åren är om fördelarna från dessa styrformer går att förena med fördelarna i den hittillsvarande landstingsmodellen.

Det som talar till den nuvarande landstingsmodellens förmån är att den bör ha större möjligheter till flexibilitet än en centralt styrd försäkringsmodell. De relativt stora möjligheter som landstingen har att själva utforma sin verksamhet och formerna för hur den skall styras bör exempelvis underlätta en anpassning till regionala och lokala förhållanden och till fortlöpande förändringar i dessa. I ett skattefinansierat system där hälso- och sjukvården styrs via landstingens budgetbeslut bör det dessutom vara lättare än i ett försäkringsfinansierat system att styra totalkostnadernas utveckling.

Dessa frågor skall nu beredas av en parlamentarisk kommitté, som dels skall analysera och bedöma hälso- och sjukvårdens resursbehov fram till år 2000, dels överväga hur hälso- och sjukvården bör finansieras och organiseras på den övergripande samhällsnivån. Kommitténs överväganden skall grundas på en analys och värdering av i första hand tre finansierings- och organisationsmodeller. Utöver en reformerad landstingsmodell skall modeller med primärvårdsstyrd vård och obligatorisk sjukförsäkring analyseras.

1 Landstingens roll och uppgifter

Olika förändringar i samhället under 1980-talet och början av 1990-talet har kraftigt påverkat villkoren för offentligt finansierad verksamhet. Medborgarna ställer delvis nya krav på de tjänster som den offentliga sektorn skall tillhandahålla samtidigt som det finansiella utrymmet är mindre än tidigare. Staten, landstingen och kommunerna omprövar därför inom sina respektive ansvarsområden verksamhetens innehåll, organisation och styrning. Syftet är att utnyttja resurserna bättre.

Även fördelningen av uppgifter inom den offentliga sektorn diskuteras i det här perspektivet. Inte minst ifrågasätts organisation och fördelning av uppgifter på den regionala nivån. Detta avsnitt tar upp några aspekter av denna diskussion.

Nya förutsättningar för den regionala nivån

Kravet på att den offentliga sektorns resurser skall användas effektivare och pågående förändringar i sättet att styra verksamheten har medfört att den offentliga sektorns organisation och fördelningen av uppgifter på framför allt den regionala nivån alltmer har ifrågasatts. Efter gemensamt initiativ från Svenska kommunförbundet och Landstingsförbundet pågår nu en statlig utredning, Regionutredningen, som kommer att redovisa olika modeller för hur den offentliga sektorns regionala nivå kan organiseras i framtiden. Samtidigt pågår Västsverigeutredningen, som har till uppgift att finna en ny regional indelning för Västsverige. Regeringen har i budgetpropositionen aviserat att man efter sommaren kommer att tillsätta en parlamentarisk beredning för det fortsatta arbetet med frågor kring den regionala nivån.

Landstingsförbundet bedriver också ett eget utvecklingsarbete kring regionfrågorna, Regionprogrammet. Det syftar bl. a. till att stimulera debatt och bidra till kunskapsuppbyggnad inom landstingssektorn i frågor som rör demokrati och utveckling på det regionala planet.

Men än viktigare för den fortsatta utvecklingen kommer kanske den debatt och det utvecklingsarbete som nu skjutit fart i olika delar av landet att visa sig vara. I Västsverige och Sydsverige byggs samarbetet över länsgränserna i olika sakfrågor ut, samtidigt som nya regionbildningar med regionala parlament som beslutsforum diskuteras. I Mälardalen bil-

das ett Mälardalsråd, för att ge det igångsatta samarbetet en fastare form. Också i andra delar av landet aktiverar man sig i frågor kring regional utveckling. Även denna utveckling kan efterhand väntas leda fram till förslag om förändringar i gällande lagstiftning.

Att diskussionen kring regionfrågorna nu blivit livligare än tidigare och fått en ny karaktär hänger till stor del samman med utvecklingen av EG. Nationsgränserna kan väntas bli mindre avgörande för näringslivets lokalisering och utveckling och därmed också för utvecklingen av sysselsättning och välfärd. I stället kommer de förutsättningar som ges i olika näringsgeografiska regioner att bli allt mer betydelsefulla. Viktiga konkurrensfaktorer är bl. a. den fysiska infrastrukturen med vägar, järnvägar, flygplatser m. m., den högre utbildningen och forskningen, tillgången till kultur, god miljö för boende och naturupplevelser, liksom en bra samhälls-service i övrigt.

Detta är bakgrunden till de förslag som nu diskuteras bl. a. inom Landstingsförbundet om att Sverige i framtiden bör ha en regional nivå inom den offentliga sektorn som på ett tydligare sätt än i den nuvarande organisationen har till huvuduppgift att främja regional utveckling, men som också svarar för sådan service till regionens invånare som inte lämpligtvis kan skötas av varje kommun för sig. Ett exempel på det senare kan vara hälso- och sjukvården.

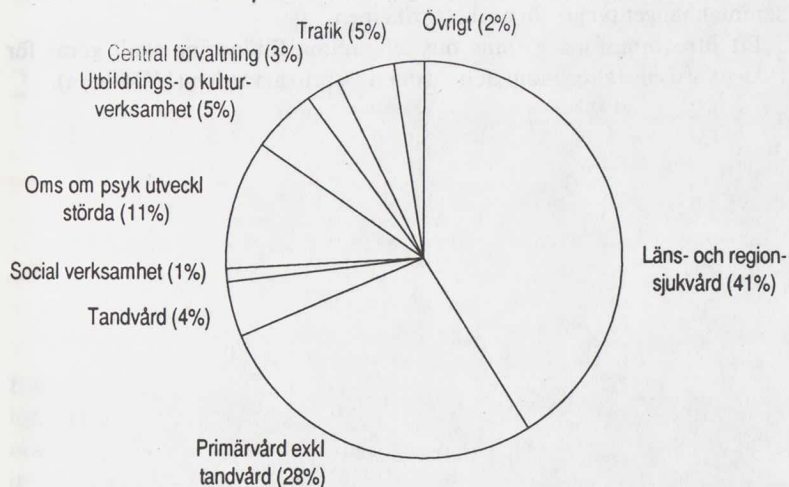
Inom Landstingsförbundet finns politisk enighet om att regionerna bör styras av regionparlament som utses i direkta val och har egna möjligheter att finansiera sin verksamhet. Utvecklingen pekar mot större regioner än dagens län. Men förhållandena skiljer sig åt i olika delar av landet och det bör inte tas för givet att Sverige skall stöpas i en och samma form när det gäller regionstorlekar eller arbetsfördelning mellan olika samhällsnivåer.

Fördelningen av uppgifter inom den offentliga sektorn

Landstingens uppgifter

Landstingens uppgifter framgår av diagram 1.1, som också visar den procentuella fördelningen av kostnaderna 1992, totalt ca 110 miljarder kr. Hälso- och sjukvården är den dominerande verksamheten. Den svarar för ca 3/4 av de totala kostnaderna. Omsorger om psykiskt utvecklingsstörda, utbildning och kultur, tandvård samt kollektivtrafik är de största områdena i övrigt.

Diagram 1.1 Landstingens uppgifter och beräknad fördelning av kostnaderna 1992



Källa: Landstingsförbundet

Förändringar i uppgiftsfördelningen

Arbetsfördelningen mellan den lokala, regionala resp. nationella nivån bygger i huvudsak på den s. k. subsidiaritetsprincipen, som i olika europeiska sammanhang är allmänt accepterad. Den handlar om närhet – dvs. frågor skall hanteras på den nivå, så nära människorna som möjligt, där de kan skötas effektivt. Det är huvudmotivet för de förändringar i decentraliserande riktning som ägt rum under de senaste årtiondena inom Sveriges offentliga sektor och som kommer att ske under kommande år.

Successiva överflyttningar av uppgifter har ägt rum från staten till landsting och kommuner, och från landstingen till kommunerna. Aktuella exempel är äldreomsorgen och delar av handikappomsorgen som fördes över från landsting till kommuner den 1 januari 1992 och omsorger om psykiskt utvecklingsstörda som enligt 1989 års handikapputrednings förslag successivt skall föras över till kommunerna under de närmaste åren. Inom dessa områden var verksamheten tidigare organiserad i relativt stora enheter med upptagningsområden som ofta var större än genomsnittliga kommuner. Därför var det naturligt att landstingen hade ansvaret. Värderingar och mål förändrades och en övergång skedde till mindre driftsenheter, exempelvis gruppboende. När denna utveckling hade nått ett visst stadium blev det naturligt att föra över ansvaret från landstingen till kommunerna.

Ett exempel på en förändring i motsatt riktning är de s. k. paragraf 12-hemmen (f d ungdomsvårdsskolor). Denna verksamhet som överfördes från staten till landsting och kommuner i början av 1980-talet skall åter bli en statlig verksamhet. Det har bl. a. visat sig att verksamhetsformerna behöver differentieras med hänsyn till de grupper som omhändertas. Grupperna blir ofta för små för att kommuner och landsting skall kunna genomföra denna differentiering på ett bra sätt. Betydande fördelar kan

2 Aktuella strukturförändringar inom hälso- och sjukvården

Hälso- och sjukvården är landstingens dominerande ansvarsområde. Enligt hälso- och sjukvårdslagen har landstingen och de landstingsfria kommunerna ett planeringsansvar för all hälso- och sjukvård för befolkningen inom sitt område och ett folkhälsoansvar. Hos allmänheten är hälso- och sjukvården den verksamhet inom den offentliga sektorn som har högst prioritet när det gäller fördelning av resurser. Parallellt med åtgärder som syftar till att minska kostnaderna vidtas åtgärder för att förbättra vårdutbudet. I detta avsnitt redovisas några aktuella förändringar av det senare slaget inom i första hand primärvården.

Förändringar inom primärvården

Familjeläkare/husläkare

Primärvården har länge stått i fokus för strävan att förbättra hälso- och sjukvården. Primärvården skall vara basen i hälso- och sjukvården och erbjuda befolkningen sjukvård som karaktäriseras av lättillgänglighet, närhet, kontinuitet, helhetssyn och kvalitet. En utbyggd primärvård anses kunna avlasta den slutna vården och därmed öka sjukvårdens totala produktivitet.

För att primärvården som vårdnivå skall vara trovärdig och ett alternativ till den öppna sjukhusvården, är tillgången på läkare en nyckelfråga. På många håll i landet råder brist på distriktsläkare. För att förbättra tillgången på läkare och för att ge invånarna större möjlighet att snabbt få komma till läkaren och dessutom till samma läkare varje gång, är system med familjeläkare/husläkare på väg att utformas.

Systemet innebär i princip att alla invånare erbjuds att lista sig hos en läkare som de väljer själva. Genom att begränsa läkarens lista till att omfatta i genomsnitt t. ex. 2 000 invånare får läkaren en rimlig arbetsbörda och blir därmed mer lättillgänglig för sina patienter. Genom att skapa ett nära och förtroendefullt förhållande mellan patient och läkare väntas en minskning kunna ske av den "läkarshopping" som idag förekommer genom att patienten kan söka direkt till olika vårdnivåer.

Landstingsförbundet tog på sin kongress 1991 beslut om att utveckla primärvårdens roll samt ett system med familjeläkare/husläkare. I november 1991 hade tio landsting tagit beslut om att införa olika former av

familjeläkar/husläkarsystem och åtta skulle ta beslut inom en nära framtid.

Viktigt att beakta vid utformningen av ett familjeläkar/husläkarsystem är att förutsättningarna för att bedriva vård är olika i olika delar av Sverige. Det krävs helt andra lösningar i Norrlands inland än i storstäderna. En husläkares åtagande måste därför kunna skifta och anpassas till lokala förhållanden. Därför är storskaliga nationella lösningar sannolikt mindre lämpliga. Några få principer kan läggas fast centralt medan resten bör fastställas lokalt.

Idag är de flesta allmänläkare offentligt anställda. Men andra producentformer som egenföretagare och kooperativ stimuleras. För att kunna få en producentneutralitet när det gäller åtagandets utformning och ersättning torde det vara en fördel om alla familjeläkare/husläkare i ett område kontrakteras av samma huvudman. Idag är det endast landstingen som kan fullgöra denna uppgift. På denna nivå finns också förutsättningar för att anpassa åtagandet till lokala förhållanden.

De förändringar som nu diskuteras inom primärvården och som innebär att en producentneutral första linjens sjukvård införs med familjeläkare/husläkare kommer sannolikt att påskynda omstruktureringen inom hälso- och sjukvården. För att uppnå det av regeringen fastställda målet att alla invånare skall ha en egen läkare till den 1 januari 1995 så kommer ett betydande antal läkare att behöva gå över bl. a. från länssjukvården till primärvården. Inom Landstinget Dalarna har exempelvis ett projekt startats för att utbilda "organspecialister" till att även bli specialistkompetenta i allmän medicin.

Systemet med familjeläkare/husläkare innebär också att de listade personerna i första hand skall gå till sin egen läkare och inte uppsöka annan specialist vid sjukhusens öppenvårdsmottagningar eller privatpraktiker. I länder som Danmark och England där man sedan länge har ett familjeläkar/husläkarsystem tillämpas remisstvång eller höga avgifter, dvs. man kan inte utan avsevärd kostnad uppsöka någon annan läkare.

En viktig fråga är i vilken form läkarna skall få ersättning för sitt arbete. Ett alternativ är att en ersättning utgår per listad person, s. k. kapitation. Kapitation kan väntas stimulera till konkurrens om patienternas förtroende samt till förebyggande åtgärder som minskar behovet av sjukvård. Ett kapitationssystem kan emellertid också leda till lägre kvalitet, underbehandling, diskriminering och att vården skjuts över på andra om det inte kombineras med kvalitetsuppföljning. En kombination av kapitation och prestationsrelaterad ersättning, gärna formulerad utifrån mål som skall uppfyllas, torde därför vara att föredra.

Folkhälsoarbetet

Insatserna i samhället för att förebygga ohälsa är viktiga på flera sätt. Det främsta motivet är naturligtvis de humanitära aspekterna – att ge goda förutsättningar för människors välfärd och välbefinnande. Men självklart är också de förebyggande insatsernas betydelse som broms på efterfrågans ökning inom vårdsektorn av stort intresse. Vi känner i dag väl till några av orsakerna till våra stora folksjukdomar. Samhällsekonomiskt står mycket

att vinna om folkhälsan kan förbättras ytterligare.

Primärvården har en viktig roll i det förebyggande arbetet. Läkare och distriktssköterskor har i dag kontakt med en stor del av befolkningen i sitt område. Med ett utbyggt listsystem kan kännedomen om patienterna bli ännu bättre. Denna kontakt är grunden för ett lyckosamt förebyggande arbete.

Det befolkningsinriktade förebyggande arbetet bedrivs även på lokal nivå. Här har kommunerna tillsammans med studieförbund och olika folkrörelser ett huvudansvar men primärvårdens medicinska kompetens och erfarenhet spelar en viktig roll. I detta samarbete bör särskilt insatser som riktar sig mot att minska ojämlikheten i hälsa mellan olika socialgrupper lyftas fram.

Några andra förändringar

Habilitering, rehabilitering och hjälpmedel inom hälso- och sjukvården

1989 års handikapputredning föreslår i sitt huvudbetänkande Handikapp Valfärd Rättvisa SOU 1991:46 att habilitering, rehabilitering och hjälpmedelsförsörjning för handikappade skrivs in som ett tillägg i hälso- och sjukvårdslagen. En proposition väntas under 1992 och mycket tyder på att förslaget kommer att antas. Förslaget innebär också att dessa verksamheter bör utvecklas, förstärkas och byggas ut så att de är bättre geografiskt spridda än i dag. Utredningen föreslår också en uppbyggnad av kunskapscentra för bl. a. små och mindre kända handikappgrupper.

Staten har under senare år gjort stora satsningar på yrkesinriktad rehabilitering. Arbetslivsfonden har t. ex. 15–16 miljarder för att under de närmaste åren satsa på arbetsmiljö- och rehabiliteringsinsatser på arbetsplatser. Försäkringskassorna har fått 500 mkr per budgetår för att köpa yrkesinriktade rehabiliteringstjänster samt medel för att köpa arbetshjälpmedel till försäkrade som har en anställning.

Flertalet av de personer som behöver yrkesinriktad rehabilitering behöver först passera hälso- och sjukvården och också ofta ta del av rehabiliteringen där. För att rehabiliteringen inom hälso- och sjukvården inte ska bli en flaskhals, och förhindra eller försvåra en tidig och samordnad rehabilitering, är det viktigt att den utvecklas och förstärks. Såväl rehabiliteringsberedningen som 1989 års handikapputredning pekar på behovet av en utvecklad och förstärkt rehabilitering i primärvården. Vidare framhålls i båda utredningarna att endast drygt hälften av hälso- och sjukvårdshuvudmännen har tillgång till egen medicinsk rehabiliteringsklinik.

Psykiatrisk vård

Den omstrukturerad mot öppna och decentraliserade vårdformer som påbörjades inom det psykiatriska vårdområdet för ett par decennier sedan fortgår alltjämt. Det föreligger skillnader i förändringstakten mellan skilda landsdelar. Alternativa vårdformer byggs inte heller alltid ut i samma takt som sjukhusplatser läggs ned. För vissa grupper, t. ex. svårt psykiskt störda

missbrukare, är tillgången på behandlingshemsplatser betydligt mindre än efterfrågan.

För att psykiskt störda skall kunna fungera ute i samhället krävs insatser inte enbart från hälso- och sjukvården utan även från andra samhällssektorer. Den statliga psykiatriutredningen har också i uppdrag att överväga och föreslå åtgärder vad gäller ansvarsfördelning och organisation av stöd och vård till psykiskt störda. I uppdraget ingår även att utvärdera och analysera hur omstruktureringen av psykiatrin påverkat individ och samhälle.

I analogi med äldreformen 1992 torde psykiatriutredningen, som skall vara slutförd vid halvårsskiftet 1992, komma med förslag till omfördelning av resurser och ansvar mellan landsting och kommuner även inom det psykiatriska vårdområdet. På vissa håll har en sådan omfördelning redan gjorts vid årsskiftet 1991/92 som en del av äldreformen.

Vårdgaranti

Under år 1992 har samtliga landsting infört en s. k. vårdgaranti för vissa behandlingar/insatser. Garantin innebär att patienten skall ha erbjudits insatser inom 3 månader antingen vid det egna sjukhuset eller vid annat sjukhus, offentligt eller privat. För att hälso- och sjukvården skall klara åtagandet måste produktionen av dessa insatser öka högst väsentligt.

Vårdgarantin i den utformning som gäller för 1992 innebär att intresset för förbättrad service fokuseras till ett begränsat antal behandlingar/insatser. Det har den fördelen att det är möjligt att uppnå väsentliga resultat inom områden där väntetiderna för närvarande är besvärande på många håll. Men systemet kräver en noggrann uppföljning och kontroll. Landstingsförbundet och socialstyrelsen avser att följa upp effekterna av systemet. Det är viktigt att ingen patientgrupp ställs åt sidan så att köerna blir längre till sådan vård som inte omfattas av garantin. Om systemet skall fortsätta måste reglerna troligen ses över varje år.

Utredning om hälso- och sjukvårdens finansiering och organisation

En parlamentarisk kommitté kommer under våren att starta en utredning om hälso- och sjukvårdens finansiering och organisation. Den skall också analysera och bedöma hälso- och sjukvårdens resursbehov fram till år 2000. Enligt direktiven skall utredningen bl. a. ställa olika möjligheter till kostnadsminskningar mot de ökade behov av resurser som blir följden av ett ökat antal äldre i befolkningen och mot de otillfredsställda behov av sjukvård, omvårdnad och medicinsk rehabilitering som finns i dagens hälso- och sjukvård. Hänsyn skall också tas till effekterna av den medicinsk-tekniska utvecklingen som dels ger möjligheter till bättre och billigare behandlingsmetoder, dels medför möjligheter till nya behandlingar som i sig kan innebära ökade kostnader.

Avslutning

I det här avsnittet har några aktuella förändringar inom hälso- och sjukvården berörts. De är i första hand inriktade mot att förbättra vårdutbudet. Därmed är de ett led i arbetet med att öka hälso- och sjukvårdens effektivitet.

tet. Men detta förutsätter att erforderliga resurser kan överföras från områden där det finns överkapacitet, där effekterna av de medicinska insatserna är mindre eller där det är lättare att öka produktiviteten. Detta kan bl. a. åstadkommas med effektiva styrmetoder.

Försök med nya styrformer och andra förändringar som kan förbättra resursutnyttjandet pågår i de flesta landsting. Detta berör inte minst den slutna vården. Det behandlas närmare i avsnitt 8 Besparingar och effektivisering.

3 Personal och utbildning

Det minskade finansiella utrymmet för landstingen och nuvarande lågkonjunktur har förändrat situationen när det gäller hälso- och sjukvårdens personalförsörjning. Färre personer behöver rekryteras årligen och det råder knappast längre någon personalbrist. Däremot ställs högre krav på personalens utbildning och kompetens. Personal- och lönepolitiken får därmed en delvis annan inriktning än under den tidigare högkonjunkturen.

Arbetskraftsbehov och sysselsättning

Mindre rekryteringsbehov

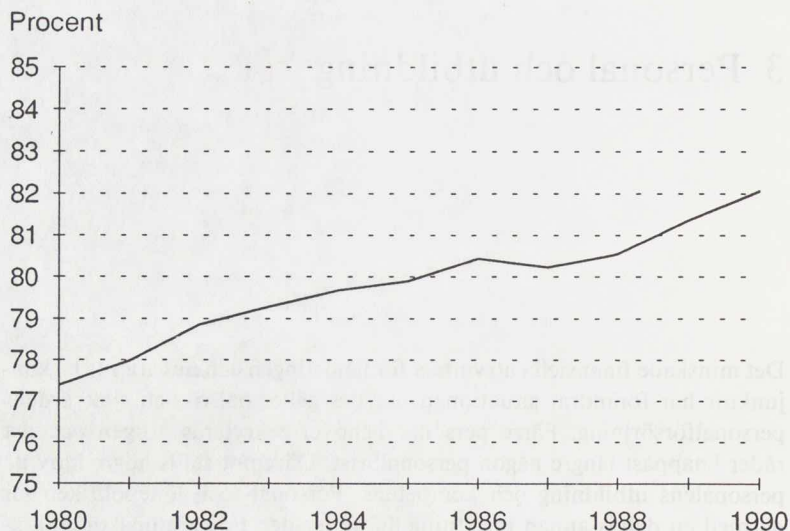
Ett vanligt argument under 1980-talet för att den kommunala sektorn liksom den statliga måste dämpa expansionen var att industrins tillgång till arbetskraft i annat fall skulle bli alltför begränsad. De prognoser som gjordes utifrån det högkonjunkturläge som rådde nästan oavbrutet under en stor del av 1980-talet visade också att personalförsörjningen skulle bli en stark restriktion för en fortsatt utbyggnad av den offentliga sektorn under 1990-talet.

Den situationen har ändrats. En allt långsammare sysselsättningsökning inom den offentliga sektorn och minskad sysselsättning inom industrin och den privata tjänstesektorn har under 1991 och 1992 ökat arbetslösheten. Tillgången på arbetskraft framstår inte längre som en restriktion för utbyggnad av den offentliga sektorn.

För landstingens del gäller också att behovet av nyanställningar har minskat till följd av att medelarbetstiden per anställd har ökat under en lång följd av år (diagram 3.1). Den genomsnittliga sysselsättningsgraden låg på 77 procent av heltidstjänstgöring 1980 och på 80 procent 1988. Den hade 1990 stigit till 82 procent.

Under 1991 har även frånvaron, i första hand korttidsfrånvaron, minskat. De viktigaste orsakerna är sannolikt konjunkturläget och förändrade ersättningar vid sjukskrivning, men även arbetsmiljöåtgärder och rehabiliteringsåtgärder kan ha haft betydelse. Skatteomläggningen vid årsskiftet 1990/91 kan ha bidragit både till höjd sysselsättningsgrad och ökad närvaro.

Det minskade ekonomiska utrymmet för landstingen gör att de inte

Diagram 3.1 Genomsnittlig arbetstid för sjukvårdspersonal i procent av heltid

Källa: Landstingsförbundet

längre som under 1970-talet och i början av 1980-talet, kan agera som en motvikt mot konjunktursvängningarna och öka rekryteringen när arbetslösheten ökar.

För att motverka en ökad arbetslöshet har staten infört s. k. utbildningsvikariat. Samtidigt som arbetslösa tillfälligt har kunnat få arbete har den ordinarie personalen kunnat få kompletterande utbildning. För landstingens del har det dock varit problem med att kombinera utbildningsvikariat med de varsel som måste göras av besparingskäl.

Under 1991 har det totala antalet anställda i landstingen för första gången minskat. Minskningen uppgår till ca 0,8 procent vilket motsvarar ca 3 400 personer.

Arbetsorganisation

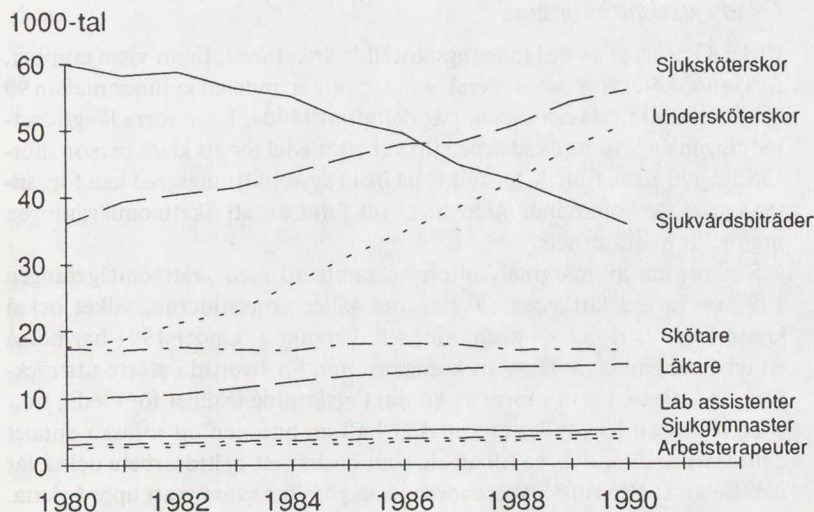
Under hela 1980-talet har en strävan varit att decentralisera ansvar och befogenheter inom landstingens organisation och öka de anställdas inflytande och delaktighet i det dagliga arbetet. Bland annat prövas att organisera de anställda i vårdlag eller i resultatenheter. Den processen har påskyndats under senare år. Det är till en del ett led i strävan att skapa bättre arbetsförhållanden. Till en del är det också ett inslag i försöken med nya styrmodeller. Förutsättningarna för att skapa bra arbetsförhållanden är givetvis lika goda inom den landstingsdrivna sjukvårdsorganisationen som inom kooperativa eller andra privata driftformer.

Betydande förändringar har också skett när det gäller personalens arbetstidsregler. Arbetstiderna har blivit mer flexibla och individuella. Numera är det exempelvis möjligt för den anställde att välja enbart kvälls- eller helgtjänstgöring.

Höjd kompetensnivå

Under 1980-talet har personalens kompetensnivå inom hälso- och sjukvården höjts. Andelen anställda med lång utbildning har ökat (se diagram 3.2).

Diagram 3.2 Antal landstingsanställda i vissa befattningar omräknade till heltid



Källa: Landstingsförbundet

Höjd kompetensnivå är väsentlig för möjligheterna att förbättra verksamhetens produktivitet och effektivitet, inte minst när detta skall ske genom decentralisering och målstyrning. Erfarenheter från de förändringar som nu sker i sjukvården visar att om kompetensnivån höjs kan verksamheten drivas med ett färre antal anställda. Lönekostnaden per anställd ökar men den sammanlagda lönekostnaden blir lägre.

Det finns således anledning att öka insatserna för att utveckla kompetensen hos den befintliga personalen. Däremot kan antalet utbildningsplatser sannolikt ligga kvar på ungefär nuvarande nivå.

Även den formella grund- och påbyggnadsutbildningen på både gymnasie- och högskolenivå måste förändras. För högskoleutbildningarna gäller dessutom att en förändring är nödvändig för att de som genomgått vårdhögskoleutbildning i Sverige skall få godkännande på den framtida fria arbetsmarknaden inom EG och EFTA-området.

I årets budgetproposition aviseras en förlängning av sjuksköterske-, sjukgymnast- och arbetsterapeututbildningarna till 120 poäng, dvs. till tre år. Dessutom förlängs barnmorskeutbildningen till 60 poäng vilket innebär att utbildningen blir totalt 180 poäng, vilket motsvarar 4,5 år i studietid. Studietiden förlängs således med mellan sex och tretton månader för stora grupper av studeranden.

Möjligheterna att höja personalens kompetensnivå underlättas av de förändringar i förhandlingssystemet som genomförts för tjänstemannagrupperna inom den kommunala sektorn under senare hälften av 1980-talet. De enskilda landstingen fick exempelvis möjligheter att styra fördel-

ningen av löneutfallet och förändra lönerelationerna mellan olika grupper av anställda. Försök har också startat i olika landsting med resultatberoende löneformer som resultatlön, bonuslön eller direkt prestationsrelaterade ersättningar. Lönepolitiken används således alltmer som ett instrument för att öka verksamhetens effektivitet.

Ökad sysselsättningsgrad

Cirka 83 procent av de landstingsanställda är kvinnor. Inom vissa grupper, t. ex. sjuksköterskor och undersköterskor, utgör andelen kvinnor mellan 90 och 95 procent. Många kvinnor är deltidsanställda. I den förra långtidsutredningen angavs att ökad arbetstid var ett medel för att klara personalförsörjningen. Krav från de anställda på ökad sysselsättningsgrad kan förväntas under de kommande åren bl. a. till följd av att skatteomläggningen premierar heltidsarbete.

Sänkningen av marginalskatterna i samband med skatteomläggningen 1991 verkar ha fått vissa effekter vad gäller arbetstiderna, vilket också kommenterats tidigare i anslutning till diagram 2. Under 1991 har också en tendens kunnat avläsas att kompensation för övertid i större utsträckning än tidigare tas ut i form av kontant ersättning i stället för i ledig tid.

Landstingen har under ett antal år haft ambitionen att minska antalet deltidsarbetslösa, dvs. se till att de som önskar ett heltidsarbete också får det. Behovet att minska kostnaderna kan göra det svårare att uppnå detta. Personalbemanningen kan behöva anpassas bättre till variationen i arbetsbelastningen över dygnet, vilket i vissa fall kan kräva ett större inslag av deltidsanställda.

Aktuella förändringar inom utbildningsområdet

Gymnasieskolan och högskolan

En viktig förändring inom det svenska utbildningsområdet är införandet av s. k. nationella och individuella program inom gymnasieskolan. Landstingen är huvudman för två av de sammanlagt sexton treåriga nationella programmen. Det gäller dels omvårdnadsprogrammet, som utbildar för yrken inom sjukvård och social service, dels naturbruksprogrammet med inriktning mot bl. a. jordbruk, skogsbruk, trädgård, fiske, vattenbruk och djurvård.

Möjligheterna för vuxna att genomgå vårdutbildning på gymnasienivå behöver sannolikt öka under de kommande åren. Orsaken är att de ungdomskullar som kommer upp i åldern för gymnasieutbildning blir allt mindre under en lång följd av år. Sannolikt kommer antalet ungdomar som söker till vårdutbildning att bli för få i förhållande till det rekryteringsbehov som finns.

För närvarande diskuteras de framtida förutsättningarna för högskoleutbildningen i olika sammanhang, t. ex. i remissbehandlingen av den statliga högskoleutredningens betänkande Frihet Ansvar Kompetens, SOU 1992:1, och i departementspromemorian Fria universitet och högskolor.

Förslagen i dessa remisser berör i hög grad även den landstingskommunala högskoleutbildningen.

I båda utredningarna framläggs förslag till en från staten mer oberoende ställning för universitet och högskolor. Högskoleenheterna föreslås få ett ökat ansvar bl. a. vad gäller studieorganisation, utbildningsutbud, institutionell organisation mm. Kraven på uppföljning av utbildningsinsatser skärps. I remissen ingår dessutom förslag som innebär en betydande avreglering av högskolan. Samtidigt kvarstår samma kvalitetskrav som tidigare. En viktig del av det kvalitetskrav som anges i högskolelagen är att all högskoleutbildning skall vara forskningsanknuten.

Högskolornas forskningsanknytning

Sedan mitten av 1970-talet har en rad nya mindre och medelstora högskolor inrättats i landet, samtliga utan fasta forskningsresurser. Bland dessa återfinns såväl statliga som landstingskommunala högskolor. Olika åtgärder har vidtagits för att ge dessa skolor bättre förutsättningar att bedriva forskning t. ex. genom att öka andelen forskarutbildade lärare vid högskolorna. Det är en allmän uppfattning att för att stärka grundutbildningarnas kvalitet bör en starkare anknytning åstadkommas mellan forskning och utbildning än vad som nu är fallet vid flertalet av de regionala högskolorna.

Tillgång på högre utbildning och forskning innebär en stimulans för utvecklingen av näringsliv och offentlig service i regionen. För hälso- och sjukvårdens utveckling har närheten till vårdhögskolor stor betydelse bl. a. därför att de som utbildas tenderar att i stor utsträckning stanna kvar som yrkesverksamma nära utbildningsorten.

Det finns en konflikt mellan kravet på relativt stora högskoleenheter, och de ovan redovisade fördelarna med att bedriva högskoleutbildning i varje län. För närvarande ges kommunal högskoleutbildning vid 30 vårdhögskoleenheter, fördelade på ca 40 orter i landet. Behovet att öka utbildningens längd och att samtidigt minska de totala kostnaderna kan leda till att några av dessa enheter kommer att läggas ner. Det är möjligt att en utvecklad samverkan mellan regionala högskolor och den statliga högskoleorganisationen vore ett bättre alternativ.

Centrumbildningarna är intressanta exempel på lokala och regionala samverkansinitiativ som tagits över huvudmannaskapsgränser. På ett flertal orter i landet finns centrumbildningar för vårdvetenskap och folkhälsovetenskap där olika universitet och regionala högskolor samverkar med vårdhögskolor, regionsjukhus och landsting.

Avslutning

Kravet att minska kostnaderna och att utnyttja resurserna bättre får stor betydelse för landstingens personalpolitik och utbildningen av vårdpersonal. I hög grad än tidigare kommer hälso- och sjukvårdens efterfrågan på arbetskraft att riktas mot grupper som uppfyller specifika utbildningskrav. Det är avgörande för möjligheterna att klara den offentligt finansierade hälso- och sjukvården med färre antal anställda.

Förändringen innebär att landstingen inte längre kan spela den roll i arbetsmarknadspolitiken som de gjorde under 1970-talet och i början av 1980-talet. Detta är särskilt påtagligt i den nuvarande lågkonjunkturen. I ett läge då arbetslösheten i samhället stiger tvingas landstingen, liksom andra delar av den offentliga sektorn, att varsla anställda om uppsägning.

Landstingen har också blivit tvungna att omvärdera sina verksamheter och att göra omstruktureringsinsatser. Detta innebär att vissa verksamheter kan behöva stängas eller minskas i omfattning. Detta är särskilt påtagligt i den offentliga sektorn, där många verksamheter har blivit tvungna att omvärdera sina verksamheter och att göra omstruktureringsinsatser.

Landstingen har också blivit tvungna att omvärdera sina verksamheter och att göra omstruktureringsinsatser. Detta innebär att vissa verksamheter kan behöva stängas eller minskas i omfattning. Detta är särskilt påtagligt i den offentliga sektorn, där många verksamheter har blivit tvungna att omvärdera sina verksamheter och att göra omstruktureringsinsatser.

Landstingen har också blivit tvungna att omvärdera sina verksamheter och att göra omstruktureringsinsatser. Detta innebär att vissa verksamheter kan behöva stängas eller minskas i omfattning. Detta är särskilt påtagligt i den offentliga sektorn, där många verksamheter har blivit tvungna att omvärdera sina verksamheter och att göra omstruktureringsinsatser.

Landstingen har också blivit tvungna att omvärdera sina verksamheter och att göra omstruktureringsinsatser. Detta innebär att vissa verksamheter kan behöva stängas eller minskas i omfattning. Detta är särskilt påtagligt i den offentliga sektorn, där många verksamheter har blivit tvungna att omvärdera sina verksamheter och att göra omstruktureringsinsatser.

Avslutning

Landstingen har också blivit tvungna att omvärdera sina verksamheter och att göra omstruktureringsinsatser. Detta innebär att vissa verksamheter kan behöva stängas eller minskas i omfattning. Detta är särskilt påtagligt i den offentliga sektorn, där många verksamheter har blivit tvungna att omvärdera sina verksamheter och att göra omstruktureringsinsatser.

4 Landstingens ekonomi under 1980-talet

Inriktningen av det förändringsarbete som nu pågår inom landstingen, och som berörts i föregående avsnitt, påverkas av de ekonomiska förutsättningarna. Det här avsnittet redovisar utvecklingen av landstingens ekonomi under 1980-talet.

Sämre ekonomi och bromsad utbyggnadstakt

Minskat ekonomiskt utrymme för den kommunala sektorn

I början av 1980-talet förfogade landsting och kommuner över betydande finansiella tillgångar och hade via beskattningsrätten goda möjligheter att själva påverka sin ekonomiska utveckling. De hade bakom sig en period med snabb ökning av verksamhetens omfattning både genom egen utbyggnad av olika verksamhetsområden och genom att uppgifter överförts från den statliga sektorn.

Under 1980-talet förändrades de ekonomiska förutsättningarna. Staten började strama åt den kommunala sektorns finansiella utrymme och samtidigt ange riktlinjer för volymökningen. Syftet var dels att dämpa den kommunala expansionstakten dels att minska det, i början av 1980-talet, stora underskottet i statsbudgeten.

Redan i början av 1980-talet angav den då borgerliga regeringen att landstingens och kommunernas volymökning borde begränsas till 1 procent per år. Den socialdemokratiska regering som tillträdde efter valet 1982 medgav inledningsvis ett större expansionsutrymme, men under andra hälften av 1980-talet har riktpunkten åter varit 1 procent per år.

Den finansiella åtstramningen åstadkoms genom en rad åtgärder. De har beskrivits utförligt i Landstingsförbundets bilaga till Långtidsutredningen 1990. Den kommunala företagsbeskattningen slopades, vissa statsbidrag slopades eller reducerades, skatteutjämningsavgifter infördes etc. Så gott som årligen vidtogs åtgärder som överförde finansiella resurser från landsting och kommuner till statsbudgeten. Samtidigt hade en politisk samsyn vuxit fram om att skattehöjningar borde undvikas.

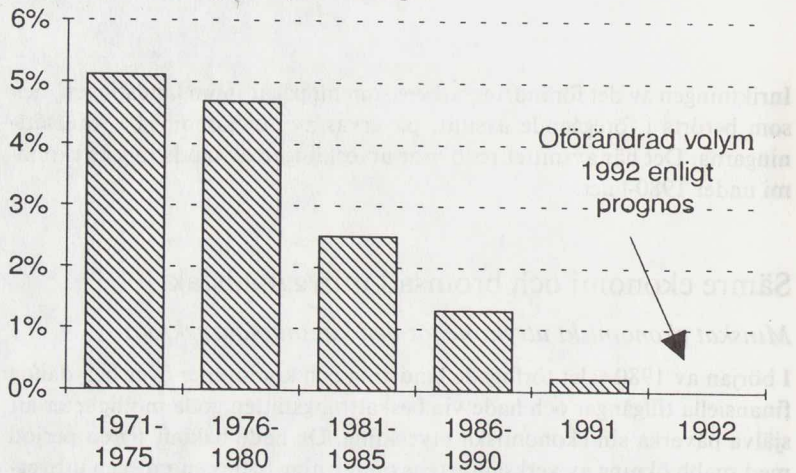
Expansionstakten har anpassats

Tvärtemot vad som ibland hävdas har landstingen relativt väl anpassat sin utbyggnadstakt till statens riktlinjer för volymutvecklingen. Diagram 4.1

visar hur landstingens volymökning under 1970-talet låg mellan 4 och 5 procent per år. Under 1980-talets första hälft dämpades ökningstakten till i genomsnitt 2,5 procent per år medan den under den andra hälften låg på drygt 1 procent per år.

Enligt preliminära uppgifter är landstingens konsumtionsvolym i stort sett oförändrad 1991 och 1992. Men variationerna mellan landstingen är betydande. Som framgår av tabell 4.1 räknar exempelvis knappt hälften med att minska sin volym under dessa år.

Diagram 4.1 Landstingens volymförändring



Källa: Landstingsförbundet

Tabell 4.1 Volymutveckling i enskilda landsting. Genomsnittlig procentuell förändring per år. Landstingen är rangordnade efter volymförändringens storlek

| 1980-1985 | | 1985-1990 | | 1990-1991 | |
|------------|----------|------------|----------|------------|----------|
| Landsting | % per år | Landsting | % per år | Landsting | % per år |
| F | 0,5 | BD | -0,4 | P | -2,0 |
| Z | 0,6 | K | -0,1 | G | -1,9 |
| M | 1,4 | T | 0,4 | Y | -1,6 |
| K | 1,6 | G | 0,6 | E | -1,5 |
| L | 1,7 | X | 0,6 | S | -1,0 |
| D | 1,8 | Z | 1,0 | X | -1,0 |
| E | 2,1 | E | 1,0 | D | -0,9 |
| AB | 2,4 | R | 1,1 | L | -0,9 |
| Y | 2,4 | AC | 1,1 | R | -0,8 |
| G | 2,4 | AB | 1,1 | C | -0,1 |
| Genomsnitt | 2,5 | H | 1,3 | T | -0,0 |
| S | 2,5 | Genomsnitt | 1,3 | Z | 0,1 |
| H | 2,7 | S | 1,3 | Genomsnitt | 0,1 |
| N | 2,7 | W | 1,3 | M | 0,2 |
| BD | 2,7 | Y | 1,4 | W | 0,5 |
| C | 2,9 | D | 1,5 | K | 0,7 |
| P | 3,2 | U | 1,6 | AB | 0,9 |
| U | 3,2 | M | 1,7 | AC | 0,9 |
| AC | 3,2 | O | 1,8 | BD | 1,0 |
| O | 3,5 | C | 1,9 | O | 1,2 |
| W | 3,6 | F | 1,9 | N | 1,4 |
| T | 3,6 | L | 2,1 | F | 1,5 |
| X | 3,7 | P | 2,3 | U | 1,9 |
| R | 3,8 | N | 2,7 | H | 2,2 |

Källa: Landstingsförbundet

Tabell 4.1 visar också hur de enskilda landstingens expansionstakt varierar över tiden. En expansiv period kan avlösas av en mindre expansiv och tvärtom. Utvecklingen ett enskilt år måste bedömas mot bakgrund av utvecklingen under en längre tidsperiod.

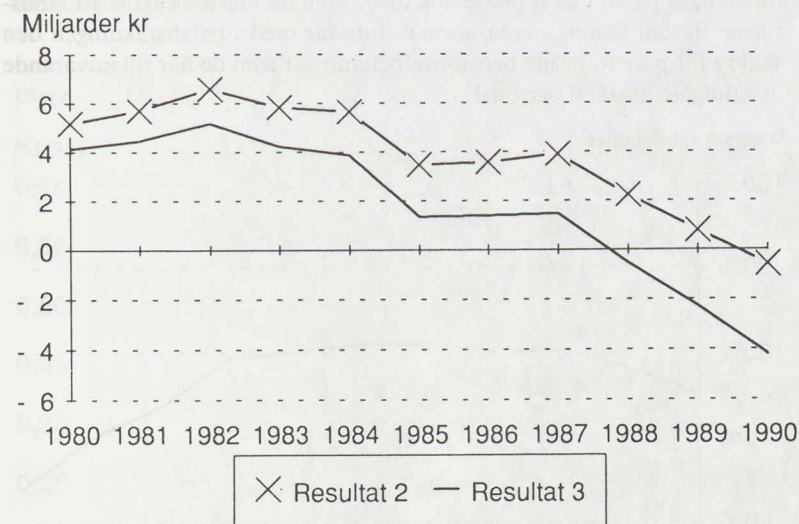
Ekonomi svagare

Trots dämpad expansionstakt har den kommunala sektorns ekonomi försvagats. Uppbromsningen har inte varit tillräcklig för att kompensera de statliga indragningarna. Försämringen av landstingens ekonomi framgår av de olika nyckeltal som redovisas i diagrammen 4.2–4.5.

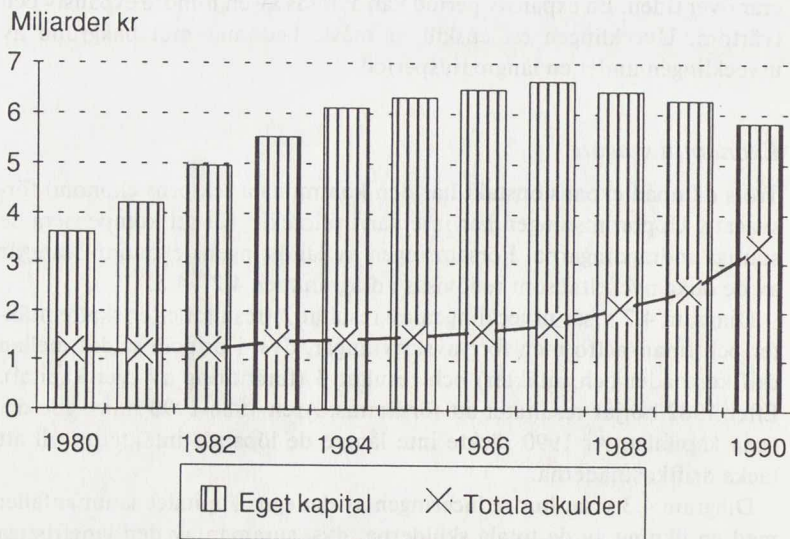
Diagram 4.2 visar utvecklingen av resultat 2 (resultat efter skatteintäkter och finansnetto men före avskrivningar, dvs. i princip saldot mellan driftkostnader och intäkter) och resultat 3 (förändring av eget kapital). Efter 1982 börjar resultatet att försämrings. Åren 1988–1990 minskade det egna kapitalet. År 1990 räckte inte längre de löpande intäkterna till att täcka driftkostnaderna.

Diagram 4.3 visar hur reduceringen av det egna kapitalet sammanfaller med en ökning av de totala skulderna, dvs. summan av den långfristiga och den kortfristiga upplåningen. Utvecklingen förklaras av att rörelsekapitalet förbrukades samtidigt som tillväxten i anläggningskapitalet dämpades.

Diagram 4.2 Resultat efter skatteintäkter och finansnetto (resultat 2) och förändring av eget kapital (resultat 3)



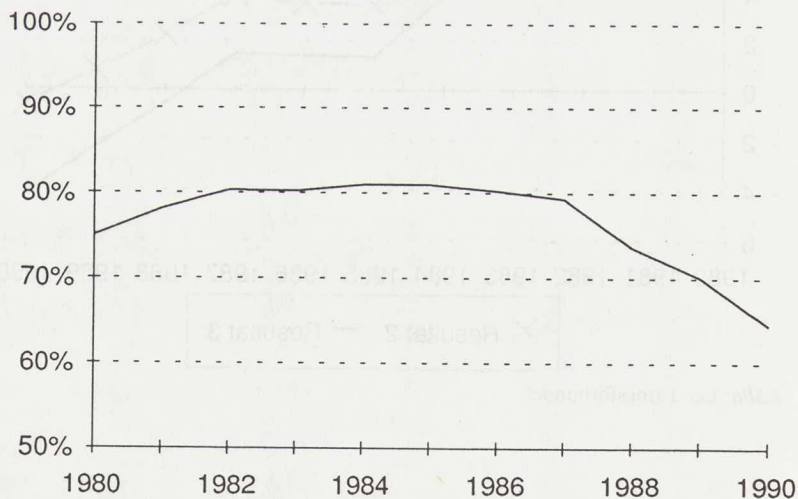
Källa: Landstingsförbundet

Diagram 4.3 Totala skulder och eget kapital

Källa: Landstingsförbundet

Soliditet och pensionsskuld

Minskat eget kapital och ökad skuldsättning betyder minskad soliditet (diagram 4.4). Soliditeten har sjunkit från ca 80 procent i mitten av 1980-talet till ca 65 procent 1990. Trots nedgången förefaller den således fortfarande ligga på en betryggande hög nivå. Men då måste beaktas att landstingen liksom kommunerna normalt inte tar med i balansräkningen den skuld i form av framtida pensionsutbetalningar som de har till nuvarande och tidigare anställd personal.

Diagram 4.4 Soliditet

Källa: Landstingsförbundet

Landstingens sammanlagda pensionskuld beräknas 1990 uppgå till ca 40 miljarder kr. Om detta beaktas i beräkningen av soliditeten blir värdet ca 6 procent i stället för 65 procent. Med nuvarande utveckling av landstingens verksamhet och ekonomi kan förutses att pensionsskulden kommer att växa snabbare än landstingens tillgångar. Om pensionsskulden innefattas i balansräkningen kommer således soliditeten att fortsätta minska.

Denna praxis att inte beakta pensionsskulden har motiverats av att tillväxten i skatteunderlaget ger en garanti för att de framtida pensionsutbetalningarna kommer att kunna fullgöras. Landstingens och kommunernas finansieringssystem skulle således innebära att det inte finns behov av att bygga upp särskilda pensionsfonder. Det skulle räcka med att finansiera pensionsutbetalningarna efterhand som de sker.

Detta synsätt har alltmer ifrågasatts efterhand som den kommunala sektorns ekonomi försämrats och möjligheterna för alternativa driftformer utvecklats. Inför den förändring med stora besparingar inom offentligt finansierad verksamhet och utbyggnad av privata alternativ som av allt att döma förestår blir det nödvändigt att beakta pensionsskulden och utvecklingen av pensionsutbetalningarna på ett annat sätt än hittills. Landstingsförbundet och Kommunförbundet bedriver ett utredningsarbete om hur detta lämpligen bör gå till.

Räntenetto

Ökad skuldsättning och förbrukningen av rörelsekapitalet försämrade räntenettet. I början av 1980-talet gav räntenettet ett bidrag till finansieringen med ca 60 öre per skattekrona. År 1990 var räntenettet i genomsnitt noll (diagram 4.5).

Diagram 4.5 Räntenetto



Källa: Landstingsförbundet

Bottenläge 1990

Försvagningen av landstingens och kommunernas ekonomi nådde ett bottenläge 1990. De finansiella reserverna var då i stort sett förbrukade. Ett löneavtal i början av året medförde väsentligt större kostnadsökningar än vad landsting och kommuner räknat med i sina budgetar. Det blev nödvändigt att ompröva den budgeterade verksamheten. För landstingens del blev den genomsnittliga volymökningen 1990 därigenom mindre än hälften av vad som ursprungligen budgeterats. Trots detta tvingades flera landsting att låna pengar för att klara driftkostnaderna.

Det höga löneavtalet för de offentliganställda 1990 var en direkt följd av utvecklingen på arbetsmarknaden under andra hälften av 1980-talet då de offentliganställdas löneutveckling inte höll jämna steg med löneutvecklingen för de privatanställda. Orsaken var främst den snabba löneglidning som högkonjunkturen gav upphov till.

Den långsammare löneutvecklingen för offentliganställda under framför allt den senare delen av 1980-talet bidrog till att relativpriset för bl. a. hälso- och sjukvård sjönk. Ett uttryck för detta är att under 1980-talet har hälso- och sjukvårdens andel av BNP inte ökat snabbare i löpande än i fasta priser.

Förbättrad ekonomi 1991 och 1992

Åren 1991 och 1992 förbättras den kommunala sektorns ekonomi. Förbättringen beror till största delen på att löneökningarna då blev väsentligt lägre än tidigare år. På våren 1991 kunde Rehnbergskommissionen ena arbetsmarknadens parter om riktlinjer för ett löneavtal för 1991 och 1992 med relativt låga löneökningar. Allt tydligare tecken på en annalkande lågkonjunktur bidrog till detta.

Samtidigt som kostnadernas ökningstakt dämpas, fortsätter landstingens och kommunernas skatteinkomster att öka i god takt tack vare att de betalas ut med två års eftersläpning. Därmed förbättras den kommunala sektorns ekonomi. Men förbättringen har inte använts för ökad konsumtion. I stället återbetalas en del av de lån som togs upp 1990 och flera landsting reducerar sin konsumtionsvolym (se tabell 1 ovan). Ekonomin behöver förstärkas inför den försämring som väntas kommande år.

Finansieringsfrågor

Statens agerande

Riksdagen fattade 1990 beslut om att införa skattestopp för landsting och kommuner 1991 och 1992. Regeringen har därefter kommit överens med Landstingsförbundet och Kommunförbundet om att ett frivilligt skattestopp skall gälla 1993. Landsting och kommuner har därmed tillfälligt förlorat möjligheterna att själva påverka utvecklingen av sina skatteinkomster som är deras största inkomstpost. För landstingen gäller dessutom att deras möjligheter att ta ut patientavgifter i öppen vård begränsas av att staten fastställer en övre gräns för ett högkostnadsskydd. Staten har således

så gott som fullständig kontroll över den kommunala sektorns finansiella utrymme.

Den kommunalekonomiska kommittén påtalar behovet av långsiktig stabila planeringsförutsättningar för landsting och kommuner och att effekterna av statliga reformer bör regleras på ett kostnadsneutralt sätt. Kommittén anser att staten bör anpassa sitt agerande efter dessa riktlinjer på ett bättre sätt än hittills. Denna kritik har tidigare framförts även av landsting och kommuner. Kritiken har blivit särskild hård mot statens reglering av skattereformens och äldrereformens ekonomiska konsekvenser.

Statens reglering av skattereformens effekter har kritiserats för att den inte, som avsikten var, har skett på ett kostnadsneutralt sätt. Regleringen, som sker genom den s. k. avräkningsskatten som landsting och kommuner betalar till staten, innebär, enligt Landstingsförbundets och Kommunförbundets beräkningar att alltför stora belopp förs över till staten. Bland annat förutsätts dynamiska effekter som skulle öka tillväxten i det kommunala skatteunderlaget. Några sådana dynamiska effekter har emellertid ännu inte uppstått. I stället har en djup lågkonjunktur dragit ner skatteunderlagets ökningstakt.

Den ekonomiska regleringen av äldreformen 1992 är ett annat exempel där landstingen kritiserat staten för att inte följa från början angivna riktlinjer. Enligt riksdagsbeslut skulle reformen regleras mellan landsting och kommuner på ett kostnadsneutralt sätt. Så skedde inte utan i stället överfördes ca 2 miljarder kr. extra från landstingen till kommunerna totalt för åren 1992 och 1993.

Utbetalning av kommunalskatt

Systemet för statens utbetalning av skattemedel till landsting och kommuner bidrog till den kommunala sektorns ekonomiska svårigheter 1990. Skattemedel betalas ut med två års eftersläpning. De stora löneökningarna 1990 påverkar inte de kommunala skatteinkomsterna förrän året efter det att de taxerats dvs. 1992.

Det nuvarande systemet för utbetalning av kommunalskattemedel är till stor nackdel både för landsting och kommuner och för staten. Den kommunalekonomiska kommittén föreslår en ändring av systemet fr. o. m. 1993 som kan komma att innebära en betydligt bättre överensstämmelse mellan den årsvisa kostnads- och intäktsutvecklingen.

Avgifter i öppen vård

Från och med den 1 januari 1991 är avgiftssystemet i öppen hälso- och sjukvård avreglerat. Avregleringen innebär att det av staten fastställda avgiftstaket för patientavgifter slopats. I samband med avregleringen infördes nya regler för det s. k. högkostnadsskyddet. Det tidigare prestationsbaserade högkostnadsskyddet har ändrats till ett beloppsbaserat skydd med ett egenkostnadstak på 1 500 kronor per 12-månadersperiod.

Nio huvudmän valde direkt efter avregleringen att utnyttja möjligheten att differentiera avgifterna mellan läkarbesök i primärvården och läkarbe-

sök på sjukhusen. Högsta avgift för sjukhusanslutna läkarbesök år 1991 var 150 kronor. Den mest uttalade nivådifferentieringen finns i Malmö kommun. Där betalade patienterna 50 kronor vid läkarbesök i primärvården och 120 kronor för sjukhusanslutna läkarbesök år 1991.

Preliminära uppgifter om patientströmmarna i Malmö kommun avseende läkarbesök i öppen vård för år 1991 visar klara förändringar jämfört med föregående år. Antalet läkarbesök uppskattas totalt minska med ca 2,5 procent. Den största förändringen efter nivådifferentieringen kan dock iakttas i förändrade patientströmmar. Antalet besök hos läkare med specialistkompetens bedöms minska med ca 10 procent, varav ca 90 procent avser akutbesök. I primärvården prognostiseras en ökning av läkarbesöken med 15 procent varav ca 70 procent utgörs av akuta besök. Grovt kan sägas att hälften av de läkarbesök som försvunnit från specialistvården har överflyttats till den efter avgiftsdifferentieringen billigare vårdformen – primärvård. Det totala antalet besök har således minskat.

Det går naturligtvis inte med säkerhet att säga att den något minskade vårdkonsumtionen och den ännu större förändringen av patientströmmarna till sin helhet beror på avgiftsdifferentieringen mellan läkarbesök i primärvård och sjukhusansluten vård. Andra faktorer såsom förändringar i reglerna för sjukersättning, det allmänna konjunkturläget etc kan också spela in.

De undersökningar som gjorts angående sjukvårdskonsumternas pris-känslighet visar dock entydigt att patientavgifter har en dämpande effekt på efterfrågan av sjukvård. Någon direkt försämring av hälsotillståndet har inte kunnat påvisats som en följd av en minskad vårdkonsumtion.

Avslutning

Landstingens ekonomi har kraftigt försämrats under 1980-talet. Det kan ses som en följd av statens politik att med hjälp av finansiell åtstramning bromsa utbyggnaden inom den kommunala sektorn. Landstingen har visserligen relativt väl anpassat sin volymökning efter de statliga riktlinjerna, men uppbromsningen har inte varit tillräcklig för att bibehålla en acceptabel balans i ekonomin. De finansiella reserverna var otillräckliga 1990 då löneökningarna blev oväntat stora.

Inför den fortsatta utvecklingen under 1990-talet är landstingens ekonomi oroväckande svag. Visserligen förbättras läget 1991 och 1992, men det är en tillfällig förbättring som beror på eftersläpning av skatteutbetalningar i kombination med dämpad löneökningstakt fr. o. m. 1991. Utvecklingen av landstingens ekonomi under 1990-talet diskuteras i kapitel 7.

5 Resursbehov

I detta avsnitt behandlas resursbehovet inom landstingens verksamhetsområden. En s. k. baskalkyl redovisas. Det är en beräkning av vilken resursutveckling som behövs för att en oförändrad standard skall kunna bibehållas. Beräkningen utgår ifrån gällande beslut och en prognos för befolkningsutvecklingen.

Syftet med baskalkylerna är att de skall vara en del av beslutsunderlaget för hur den offentliga sektorns resurser skall fördelas. Men andra faktorer måste också beaktas. En bedömning måste exempelvis göras om standarden i utgångsläget ligger på en rimlig nivå. Totalt sett har kanske verksamheten för stora resurser i utgångsläget eller för små. Den bedömningen måste göras dels i relation till de behov som finns inom området, dels i relation till andra behov som skall tillgodoses inom det totala utrymmet för skattefinansierad verksamhet.

Det är också viktigt att beakta vilka effekter en förändring av resursinsatsen inom ett område får på resursbehovet inom andra områden. En reducering av sjukvårdens insatser t. ex. då det gäller rehabilitering och/eller handikaphjälpmiddel kan leda till ökade kostnader inom socialförsäkring, hemtjänst, färdtjänst m. m. och till produktionsbortfall för samhället som helhet.

Hänsyn måste också tas till möjligheterna att utnyttja befintliga resurser på ett mer effektivt sätt.

Drivkrafter bakom sjukvårdens kostnadsexpansion

Hälso- och sjukvårdens tjänster möter en stark efterfrågan hos medborgarna. I Sverige liksom i andra jämförbara länder har hälso- och sjukvårdens resurser under en stor del av efterkrigstiden ökat snabbare än samhällets totala resurser. Internationella jämförelser visar också att ju större BNP ett land har desto större är sjukvårdsutgifternas andel av BNP.

Men den resursökning som skett har inte medfört att efterfrågetrycket har minskat. Tvärtom, hälso- och sjukvård är ett område som medborgarna anser skall ges en hög prioritet vid fördelning av resurser mellan olika offentliga åtaganden.

Denna växande efterfrågan är delvis beroende av sådana inslag i samhällsutvecklingen som ökat ensamboende och ökad kvinnlig förvärvsverksamhet. Samhället tar över vårdinsatser som tidigare gjordes i hemmen. En annan viktig faktor är att medellivslängden ökar och därmed antalet äldre personer. Denna utveckling ökar också behovet av behandlingar av olika former av åldersberoende sjukdomar.

Stor betydelse, särskilt i anknytning till det ökande antalet äldre personer, har landvinningarna inom medicinsk vetenskap och teknik. Dessa gör det möjligt att behandla och lindra allt fler sjukdomstillstånd och handikapp och att göra detta på allt äldre personer. Här finns grunden för en mycket stark efterfrågetillväxt. Den medicinsk-tekniska utveckling sker i ett internationellt sammanhang och kan inte påverkas av ett enskilt land. Nya behandlingsmetoder sprids snabbt mellan olika länder.

Denna effekt på efterfrågetillväxten har hittills kraftigt uppvägt den andra effekten av medicinsk-teknisk utveckling, nämligen att behandlingar och operationer kan ske på ett allt snabbare och enklare sätt, dvs. att produktiviteten ökar.

Till detta kommer att medborgarna till följd av bättre utbildning, lättare tillgänglig information, ökade krav på medinflytande mm ställer högre och delvis nya krav på hälso- och sjukvård liksom på andra delar av samhällslivet.

Flera faktorer samverkar således och medför en växande efterfrågan på hälso- och sjukvård från medborgarnas sida. Ytterligare en viktig förklaring till att hälso- och sjukvårdsutgifterna normalt växer snabbare än samhällets totala resurser är den samhällsekonomiska lönsamheten. Den följer för det första om en behandling leder till att patienten kan återvända till sitt arbete och om det produktionsbortfall som därigenom kan undvikas är större än behandlingskostnaden. För det andra hänger hälso- och sjukvårdens lönsamhet samman med utvecklingen av välfärdssamhället i övrigt. Ju mer den offentligt finansierade välfärden byggs ut i form av ekonomisk trygghet och omhändertagande vid sjukdom, arbetsskador och handikapp, desto mer lönsamt blir det för samhället att behandla och bota dem som drabbas.

I ett längre perspektiv och i en tillväxtekonomi kommer således hälso- och sjukvårdskostnaderna sannolikt att fortsätta att öka och ta en växande andel av samhällsresurserna i anspråk. Inom ramen för detta generella utvecklingsmönster finns givetvis utrymme för variationer. Styrande för utvecklingen i ett enskilt land är den på politisk väg fastställda ambitionsnivån. Även finansieringssystemet och hälso- och sjukvårdens organisation har betydelse.

Baskalkyl

Syftet med en s. k. baskalkyl så som den används i de statliga långtidsbudgeterna och långtidsutredningarna är att den skall visa utvecklingen av resursbehovet om inga förändringar görs av förhållanden som är kända i utgångsläget. Kalkylerna beaktar endast effekterna av gällande riksdagsbeslut och av befolkningsförändringar.

Beräkningsprinciperna för den baskalkyl för landstingen som redovisas här är desamma som i Landstingsförbundets bilaga till föregående långtidsutredning (LU 90).

Baskalkyl för hälso- och sjukvård

I baskalkylen för hälso- och sjukvård ingår effekterna av befolkningsförändringar och av den medicinsk-tekniska utvecklingen.

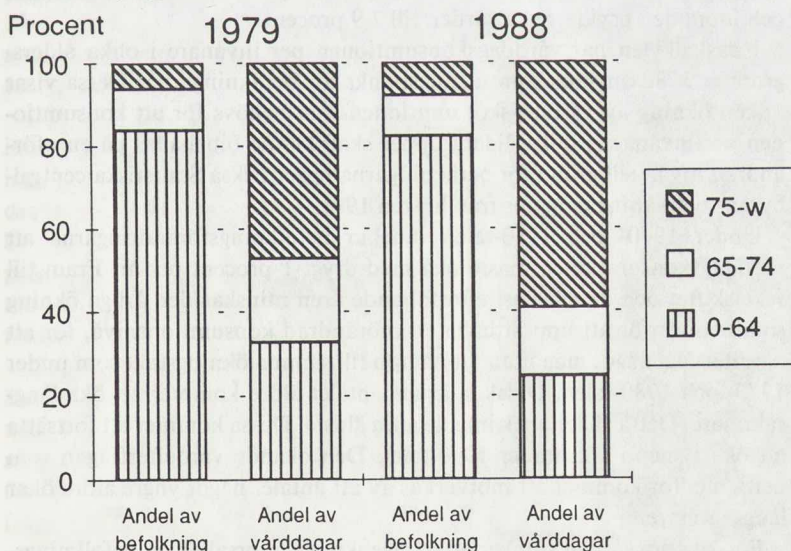
Andra förändringar som påverkar efterfrågan av hälso- och sjukvård är standardkrav vad gäller boendet i samband med vård samt förändringar i sjukdomspanoramat och i det allmänna hälsoläget. Förändringar av antalet ensamboende, arbetslöshet samt alkohol- och tobakskonsumtion har också betydelse liksom förändringar av förvärvsfrekvensen bland kvinnor. En del av dessa förändringar har ökat efterfrågan på hälso- och sjukvård, andra har minskat den. Det är dock svårt att med någon större grad av säkerhet värdera dessa effekter. Eftersom de delvis uppväger varandra tas de inte med i baskalkylen.

Befolkningsförändringar

Efterfrågan av hälso- och sjukvård ökar med stigande ålder. Detta gäller främst inom den slutna vården. Landstingsförbundet har vid olika tillfällen undersökt vårddagskonsumtionen inom den slutna vården. Den senaste undersökningen omfattar uppgifter från 1988. Av diagram 5.1 framgår hur stor andel av befolkningen olika åldersgrupper utgjorde och vilken andel av vårddagskonsumtionen dessa svarade för 1979 respektive 1988.

En liten del av befolkningen svarar för en stor del av vårddagskonsumtionen inom den slutna vården. Åldersgruppen 75 år och äldre utgjorde 1988 7,9 procent av befolkningen men svarade för 59,2 procent av vårddagskonsumtionen. De som var 85 år och äldre utgjorde 1,6 procent av befolkningen och svarade för 26 procent av vårddagskonsumtionen.

Diagram 5.1 Antal invånare i olika åldersgrupper samt konsumtion av vårddagar i olika åldersgrupper



Källa: Landstingsförbundet

Det har skett en kraftig förskjutning av vårddagskonsumtionen mellan åldersgrupperna. Mellan 1979 och 1988 ökade åldersgruppen 75 år och äldre sin andel av vårddagskonsumtionen med 12 procentenheter samtidigt som gruppens andel av befolkningen ökade med endast 1,6 procentenheter.

Vårddagskonsumtionen för olika åldersgrupper skiljer sig beroende på vilken vårdform det är fråga om. I tabell 5.1 redovisas olika åldersgruppers andel av vårddagarna inom korttidsvård, långtidsvård och psykiatrisk vård 1979 resp 1988.

Tabell 5.1 Procentuell fördelning av vårddagar på olika åldersgrupper inom olika vårdformer

| Ålder | 1979 | | | 1988 | | |
|-------|--------------|-------------------|------------|--------------|-------------------|------------|
| | Korttidsvård | Långtids-sjukvård | Psyk. vård | Korttidsvård | Långtids-sjukvård | Psyk. vård |
| 0-64 | 52,5 | 6,7 | 48,7 | 43,7 | 4,8 | 52,1 |
| 65-74 | 21,6 | 17,3 | 22,4 | 20,8 | 12,9 | 18,6 |
| 75-w | 25,9 | 76,1 | 28,9 | 35,5 | 82,3 | 29,3 |

Källa: Landstingsförbundet

De som var 65 år eller äldre svarade 1988 för 95 procent av vårddagarna inom långtidsjukvården, för 56 procent av vårddagarna inom korttidsvården och för 48 procent av vårddagarna inom den psykiatriska vården. Genom den s. k. Ädelreformen övergår fr. o. m. 1992 större delen av långtidsvården till primärkommunerna. I baskalkylen har hänsyn tagits till detta.

Fram till 1985 ökade den totala vårddagskonsumtionen. Mellan 1985 och 1988 minskade antalet vårddagar per invånare. Inom korttidsvården uppgick minskningen till 7,4 procent, inom långtidsvården till 2,7 procent och inom den psykiatriska vården till 7,9 procent.

I baskalkylen har vårddagskonsumtionen per invånare i olika åldersgrupper 1988 använts som utgångspunkt för beräkningarna. Dessa visar vilken ökning av vårddagskonsumtionen som behövs för att konsumtionen per invånare i olika åldersgrupper skall kunna bibehållas på en oförändrad nivå. Till grund för beräkningarna ligger också Statistiska centralbyråns befolkningsprognos från hösten 1991.

Under 1970- och 1980-talen innebar befolkningsförändringarna att vårddagskonsumtionen måste öka med drygt 1 procent per år. Fram till sekelskiftet och de närmast efterföljande åren minskar den årliga ökning som behövs för att upprätthålla en oförändrad konsumtionsnivå, för att därefter öka något men utan att nå upp till samma ökningstakt som under 1970- och 1980-talen. Orsaken är att antalet äldre kommer att öka långsammare. Detta gäller dock inte de allra äldsta. Dessa kommer att fortsätta att öka i snabb takt under 1990-talet. Den ökande vårdefterfrågan som detta medför kommer att motverkas av att antalet något yngre äldre ökar långsammare.

För korttidsvården sjunker efterfrågeökningen, orsakad av befolkningsförändringar, från över 1 procent per år under 1980-talet till under 0,5

procent per år under åren närmast efter sekelskiftet. En bit in på nästa sekel börjar dock efterfrågeökningen återigen närma sig 1 procent per år. Efterfrågeökningen inom den psykiatriska vården visar ungefär samma utveckling som inom korttidsvården. Inom den öppna vården är utvecklingen stabilare. Ökningstakten på efterfrågan minskar något fram till sekelskiftet, för att därefter ligga på omkring 0,2–0,3 procent per år.

Den medicinsk-tekniska utvecklingen

Effekten av den medicinsk-tekniska utvecklingen har räknats fram utifrån den utveckling som varit under 1980-talet. Det innebär att resursinsatserna förutses fortsätta att öka för de äldre. Enligt de andelsförskjutningar som skett mellan 1979 och 1988 har vårdtagskonsumtionen per invånare ökat med 1,5 procentenheter mer per år för åldersgruppen 65–74 år än vad den gjort för gruppen som är yngre än 65 år. För dem som är 75 och äldre är motsvarande skillnad 2,9 procentenheter per år. Antalet färdigbehandlade patienter inom korttidsvården antas inte påverka utvecklingen.

Skillnaderna har minskat något jämfört med tidigare undersökningar. Det har därför ansetts rimligt att i kalkylen anta att skillnaderna blir ytterligare något mindre under kommande år. För åldersgruppen 65–74 har ökningen avrundats till 1,5 procent per år och för åldersgruppen 75 år och äldre till 3 procent per år. Ökningstakten för invånarna yngre än 65 år har därefter bestämts så att ökningen av hälso- och sjukvårdens resurser blir densamma i kalkylen som enligt den faktiska utvecklingen under 1980-talet, dvs. knappt 2 procent per år. Detta inträffar när konsumtionens ökningstakt för åldersgruppen yngre än 65 år är 0,7 procent per år.

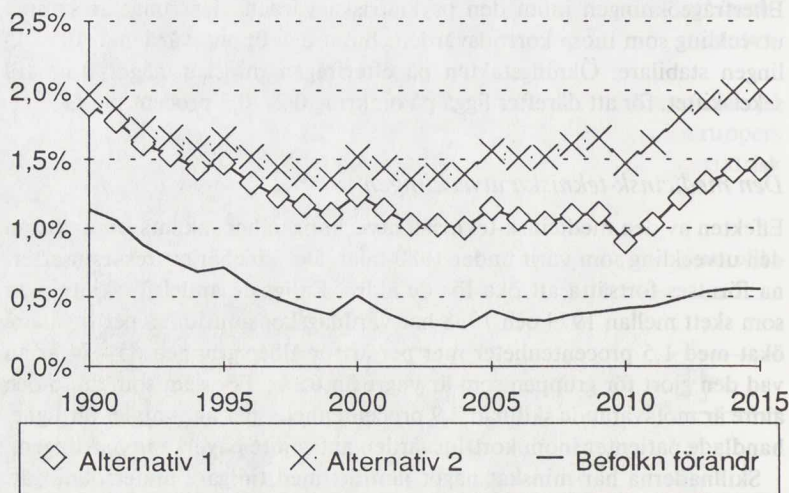
Jämfört med den kalkyl som gjordes i Landstingsförbundets bilaga till Långtidsutredningen 1990 har därmed den medicinsk-tekniska utvecklingens effekt på resursbehovet reducerats något, vilket beror på den långsammare volymökningen inom hälso- och sjukvården under senare hälften av 1980-talet. Detta kan i sin tur bero antingen på att produktiviteten ökat snabbare under senare år eller på att standarden ökat långsammare eller t.o.m. sjunkit.

Det är viktigt att notera att den metod som här används för baskalkylen inte särskiljer förändringar i standard och produktivitet. Det finns f.n. inga användbara metoder för att göra det. Men de förändringar som sker i dessa avseenden innefattas i kalkylen. När förbättrad medicinsk teknik börjar tillämpas sker normalt en höjning både av standarden och av produktiviteten. Kalkylmetodiken innebär att dessa förändringar förutsätts fortsätta i samma takt som i genomsnitt under den gångna tioårsperioden.

Kalkylresultatet illustrerar således den utveckling som följer med oförändrad ambitionsnivå vad gäller förändringstakten för ny medicinsk teknik, standard och produktivetsförbättringar samt effekten av att befolkningens storlek och åldersammansättning förändras. Om ambitionsnivån för de gångna tio åren är rimlig även för framtiden är givetvis en politisk fråga.

På samma sätt som i bilagan till Långtidsutredningen 1990 har två alternativa beräkningar gjorts. I alternativ 1 antas konsumtionsökningen

Diagram 5.2 Hälso- och sjukvårdens volymutveckling till följd av befolkningsförändringar och medicinsk-teknisk utveckling



Källa: Landstingsförbundet

vara lika stor varje år räknat i absoluta tal. I alternativ 2 antas tillskottet bli lika stort varje år räknat i procent på konsumtionen under det närmast föregående året. Alternativ 1 ger således något lägre procentuell ökningstakt än alternativ 2. En framskrivning med en procentuell ökning kan eventuellt ge för stort utslag i ett längre utvecklingsperspektiv.

I diagram 5.2 har de båda alternativen för korttidsvården summerats med den utveckling som tidigare redovisats för psykiatrisk vård och öppen vård. I diagrammet redovisas även effekten av enbart befolkningsförändringar.

I alternativ 1 sjunker ökningstakten och uppgår vid sekelskiftet till ca 1 procent per år. I alternativ 2 sjunker ökningstakten från ca 2 procent i slutet av 1980-talet till ca 1,5 procent vid sekelskiftet. Något årtionde in på nästa sekel sker en uppgång i ökningstakten. I alternativ 2 närmar sig ökningstakten 3 procent per år, medan efterfrågeökningen i alternativ 1 stannar strax under 2 procent per år.

Baskalkyl för landstingens övriga verksamheter

För tandvården antas en utbyggnad i takt med befolkningstillväxten vara tillräcklig för att upprätthålla nuvarande standard.

Omsorgerna beräknas behöva byggas ut med minst 3 procent per år under 1990-talet för att uppfylla de krav som ställs i omsorgslagen. Efter år 2000 bör ökningstakten kunna dras ner till 1 procent per år.

För vårdutbildningen och för diverse verksamheter förutsätts en utbyggnad i takt med hälso- och sjukvården. För administrationen förutsätts en utbyggnadstakt motsvarande halva utbyggnadstakten för sjukvården.

I baskalkylen beaktas inte framtida förändringar i huvudmannaskap eller organisation. Omsorger om psykiskt utvecklingsstörda räknas således in i kalkylen hela perioden trots att ansvaret kan komma att föras över till

kommunerna. Beräkningarna av de administrativa resurserna baseras i huvudsak på de resurser som nu finns i landstingens centrala administration. En process pågår som innebär att dessa resurser flyttar ut i verksamheten.

Sammanfattning av baskalkylen

Resultatet av baskalkylen sammanfattas i tabell 5.2. För korttidsvården har genomsnittet för de båda beräkningsalternativen använts. Fram till det första årtiondet i nästa sekel reduceras den årliga ökningstakten. Därefter vänder utvecklingen. För perioden fram till år 2000 visar baskalkylen på en efterfrågeökning på omkring 1,5 procent per år.

Tabell 5.2 Baskalkyl för landstingen

| | Milj kr | Årlig procentuell förändring | | | |
|--|---------|------------------------------|---------|---------|---------|
| | | 1990-95 | 1995-00 | 2000-10 | 2010-25 |
| Hälsa- och sjukvård | 76 700 | 1,6 | 1,3 | 1,2 | 1,9 |
| Omsorger om psykiskt utvecklingsstörda | 11 100 | 3,0 | 3,0 | 1,0 | 1,0 |
| Utbildning och kultur | 5 700 | 0,5 | 0,6 | 0,9 | 0,9 |
| Övrig verksamhet | 6 500 | 1,2 | 1,0 | 0,8 | 1,1 |
| Samtlig verksamhet | 100 000 | 1,6 | 1,4 | 1,2 | 1,7 |

Källa: Landstingsförbundet

Avslutning

Baskalkylen ger en uppfattning om vilken utveckling av resurserna som krävs om de ambitioner som har styrt utvecklingen av landstingens verksamheter skall fortsätta att gälla. Den redovisade baskalkylen visar att den årliga volymökningen för landstingens verksamheter framöver bör ligga något högre än vad den gjort under senare delen av 1980-talet.

6 Internationella jämförelser

Intresset för att jämföra svenska förhållanden med vad som gäller för andra länder har ökat i takt med den internationella integrationen och i synnerhet sedan Sverige ändrat sin politik gentemot EG.

I internationella jämförelser framstår Sverige som ett land med relativt höga ambitioner för hälso- och sjukvård. Sverige har länge tillhört de länder som avsätter den största andelen av BNP till hälso- och sjukvård. Jämförelser mellan hälso- och sjukvården i olika länder har också vanligen visat att den svenska hälso- och sjukvården håller en hög teknisk standard och ligger väl framme när det gäller att ge alla invånare lika tillgång till vårdresurserna.

Hälso- och sjukvårdsutgifternas utveckling i olika länder

Hälso- och sjukvårdsutgifternas ökningstakt har bromsats upp i Sverige

Vid internationella jämförelser av hälso- och sjukvårdskostnader måste man bl. a. beakta att olika länder tillämpar olika definitioner av hälso- och sjukvård. I de svenska nationalräkenskaperna räknades exempelvis tidigare omsorger om psykiskt utvecklingsstörda dit. Det gör de inte längre eftersom Sverige nu har anpassat sig till FN:s rekommendationer för ändamålsfördelning. Därmed har den officiella siffran för den svenska hälso- och sjukvårdens andel av BNP blivit mer jämförbar med motsvarande uppgifter för andra länder.

Problemet finns emellertid kvar när det gäller långtidssjukvården. I en del länder klassificeras denna som en del av äldreomsorgen och därmed som social verksamhet. Hälso- och sjukvårdsutgifternas andel av BNP blir därmed lägre. Exempel på länder som tillämpar denna redovisning är Danmark och Storbritannien. Deras hälso- och sjukvårdsutgifter uppgår till ca 6 procent av BNP.

Samma sak kommer att gälla för Sverige fr. o. m. 1992 när kommunerna tagit över ansvaret för större delen av långtidssjukvården från landstingen. Denna verksamhet kan grovt beräknas motsvara ca 1,5 procent av BNP. Den svenska andelssiffran exklusive långtidssjukvården skulle därmed bli ca 7 procent.

Tabell 6.1 visar hälso- och sjukvårdsutgifternas andel av BNP i några olika länder 1980 och 1989. Länderna är rangordnade efter andelens

Tabell 6.1 Hälso- och sjukvårdsutgifternas andel av BNP, procent

| Land | 1980 | | 1989 |
|--------------------|-------------------|--------------------|------|
| USA | 9,2 | USA | 11,8 |
| Sverige | 8,5 ^{a)} | Frankrike | 8,7 |
| Nederländerna | 8,2 | Kanada | 8,7 |
| F. d. Västtyskland | 7,9 | Island | 8,6 |
| Österrike | 7,9 | Sverige | 8,5 |
| Frankrike | 7,4 | Nederländerna | 8,3 |
| Kanada | 7,4 | F. d. Västtyskland | 8,2 |
| Schweiz | 7,2 | Österrike | 8,2 |
| Island | 6,9 | Schweiz | 7,8 |
| Danmark | 6,8 | Norge | 7,6 |
| Italien | 6,8 | Italien | 7,6 |
| Australien | 6,6 | Finland | 7,3 |
| Belgien | 6,6 | Belgien | 7,2 |
| Japan | 6,6 | Australien | 7,0 |
| Norge | 6,6 | Japan | 6,7 |
| Finland | 6,3 | Danmark | 6,3 |
| Storbritannien | 5,8 | Storbritannien | 5,8 |

^{a)} Enligt officiell statistik var Sveriges andel 9,5 procent 1980. Uppgiften har här korrigerats med hänsyn till ändrade redovisningsprinciper för att få jämförbarhet med uppgiften för 1989.

Källor: Sverige: SCB, övriga länder: OECD.

storlek respektive år. Det framgår att Sverige 1980 var det land som efter USA avsatte störst andel av BNP till hälso- och sjukvård.

I slutet av 1980-talet har läget ändrats. Sverige, Danmark och Storbritannien är de enda länder i tabellen i vilka hälso- och sjukvårdens andel av BNP inte har ökat. I Danmark har andelen t.o.m. minskat. Sverige intar nu en femte plats i rangordningen. Dessutom har skillnaderna i rangordningen krympt mellan Sverige och en rad västeuropeiska länder som följer efter.

Vid bedömningen av uppgifterna i tabell 6.1 bör även beaktas att Sverige har haft en svagare utveckling av BNP än flera andra länder. Enligt OECD-uppgifter för 1990 är Sveriges BNP per invånare nu något lägre än genomsnittet för OECD. Bland OECD-länderna ligger Sverige tillsammans med Danmark på åttonde plats efter USA, Schweiz, Luxemburg, Kanada, Västtyskland, Japan och Frankrike. I början av 1970-talet hade Sverige efter USA störst BNP per invånare. Det innebär att uppbromsningen av hälso- och sjukvårdsutgifternas ökningstakt i Sverige i relation till utvecklingen i andra länder är större än vad som framgår enbart av förändringarna i andelstalen enligt tabell 1.

Faktorer som påverkar skillnaderna

Stor betydelse för hälso- och sjukvårdsutgifternas utveckling, åtminstone i ett längre perspektiv, verkar utvecklingen av landets totala resurser ha. Ju rikare land desto större andel av BNP satsas på hälso- och sjukvård. Professor Bengt Jönsson vid Handelshögskolan i Stockholm har redovisat beräkningar baserade på statistik från ett antal välfärdsstater som visar att sjukvården har en inkomstelasticitet på 1,36 vilket betyder att en ökning av BNP per person med 1 procent ökar sjukvårdsutgifterna med 1,36 procent.

Även andra skillnader i samhällsförhållanden har givetvis betydelse. En relativt hög andel äldre i befolkningen ger Sverige en högre efterfrågan på vård. En hög kvinnlig förvärvsfrekvens minskar möjligheterna för anhörigvård i hemmet, och för Sveriges del finns en klar koppling mellan hög kvinnlig förvärvsfrekvens och väl utbyggd offentligt finansierad service. I de flesta andra europeiska länder är den kvinnliga förvärvsfrekvensen fortfarande klart lägre och i vissa länder som exempelvis Tyskland är det dessutom en lagfäst skyldighet för var och en att svara för vårdkostnaderna för sina äldre anhöriga.

Det finns således en del förhållanden som talar för att Sverige bör ha högre kostnader för hälso- och sjukvård än flera andra länder. Samtidigt finns det vissa andra sjukdomspåverkande förhållanden som bör ge lägre kostnader här. Den tidigare låga arbetslösheten kan vara en sådan faktor. Möjligen kan en genomsnittligt sett god arbetsmiljö, relativt låg förbrukning av alkohol och tobak, god trafikmiljö som ger en lägre skadefrekvens m. m. påverka sjukvårdsbehovet i en för Sverige positiv riktning. De olika faktorernas betydelse är i mycket beroende av med vilket land jämförelsen görs.

Den tyngst vägande faktorn torde dock vara andelen äldre i befolkningen och hur stora vårdresurser som satsas på dessa. Tabell 6.2 visar andelen äldre i olika länder. Det framgår att av de redovisade länderna har Sverige den största andelen.

Tabell 6.2 Andel av befolkningen som är 65 år och äldre

| Land | Andel (%) av befolkningen 65 år eller äldre |
|--------------------|---|
| Sverige | 17,7 |
| Storbritannien | 15,5 |
| Danmark | 15,4 |
| F. d. Västtyskland | 15,1 |
| Italien | 14,1 |
| Frankrike | 13,5 |
| Belgien | 13,4 |
| Finland | 12,9 |
| Nederländerna | 12,4 |
| USA | 12,2 |
| Kanada | 10,9 |
| Japan | 10,8 |
| Australien | 10,7 |

Källa: OECD.

Jämförelser med andra länder tyder även på att Sverige satsar en relativt stor del av hälso- och sjukvårdens resurser på vården av de äldre. Tabell 6.3 visar hur mycket hälso- och sjukvården för de äldre kostar i relation till vad den kostar för dem som är yngre än 65 år. För Sverige är denna kostnadskvot 5,5. Det är en klart större kvot än vad som gäller i de flesta andra länder som finns med i tabellen. Uppgifterna är från första hälften av 1980-talet och situationen kan därför ha förändrats sedan dess.

En annan undersökning som redovisats av professor Rolf Ohlsson avser kostnaden per invånare som är 75 år eller äldre i relation till kostnaden per

Tabell 6.3 Vårdkostnad per person äldre än 65 år i relation till vårdkostnaden per person yngre än 65 år^{a)}

| Land | Kostnadskvot |
|--------------------|--------------|
| Sverige | 5,5 |
| Finland | 5,5 |
| Australien | 4,9 |
| Japan | 4,8 |
| Kanada | 4,5 |
| Nederländerna | 4,5 |
| Storbritannien | 4,3 |
| Danmark | 4,1 |
| USA | 3,9 |
| F. d. Västtyskland | 2,6 |
| Frankrike | 2,4 |
| Italien | 2,2 |
| Belgien | 1,7 |

^{a)} För Sverige och USA avses totala hälso- och sjukvårdsutgifter. För övriga länder avses endast offentliga hälso- och sjukvårdsutgifter.

Källa: Gerdtham U-G, (1990), Den förändrade åldersstrukturens effekt på sjukvårdskostnaderna, CMT Rapport 1990:3.

invånare som är yngre än 65 år. Här blir skillnaderna ännu mer påtagliga. Dessa uppgifter är från mitten av 1980-talet (tabell 6.4).

De relativt höga resursinsatserna i vården av de äldre i Sverige får i första hand ses som ett uttryck för att vård och omsorg här i större utsträckning än i de flesta andra länder sker i den offentliga sektorns regi.

Tabell 6.4 Vårdkostnad per person över 75 år i relation till vårdkostnaden per person yngre än 65 år

| | Kostnadskvot |
|--------------------|--------------|
| Sverige | 9,2 |
| Frankrike | 2,8 |
| F. d. Västtyskland | 3,1 |
| Irland | 6,0 |
| Nederländerna | 6,2 |
| Storbritannien | 6,6 |

Källa: Ohlsson R, (1990), Sjukvårdskostnader och demografisk struktur, IHE.

Utvecklingen inom långtidssjukvården

Som nämnts härrör uppgifterna i tabellerna 6.3 och 6.4 från första hälften av 1980-talet. Uppgiften för Sverige bör ha förändrats en del sedan dess till följd av den utveckling som ägt rum inom framför allt långtidssjukvården men även psykiatrin.

Fram till mitten av 1980-talet skedde i landstingens regi en stark utbyggnad av sjukhemsvården av de långtidssjuka. Efter 1985 har inriktningen i stället varit att bygga ut hemsjukvården och antalet sjukhemsplatser har minskat avsevärt. Övergången till hemsjukvård innebar att insatserna vad gäller patienternas boende blev ett kommunalt ansvar och därigenom inte längre registrerades som hälso- och sjukvård. I princip samma förändring skedde i samband med övergången från slutna till öppna vårdformer inom psykiatrin.

Förändringen inom långtidssjukvården och psykiatrin innebär således

att kostnader som tidigare registrerades som hälso- och sjukvård fördes över till social verksamhet. Det bör ha medfört att de skillnaderna som framgår i tabellerna 6.3 och 6.4 mellan Sverige och andra länder har minskat under andra hälften av 1980-talet. Förändringen bör samtidigt ha bidragit till att korttidssjukvården, inom ramen för en oförändrad andel av BNP för hälso- och sjukvården totalt har ökat sin andel. Det skulle betyda att utvecklingen i Sverige trots allt inte har avvikit särskilt mycket från utvecklingen i andra länder.

Hälso- och sjukvårdens relativa pris

Eftersom offentligt finansierad verksamhet i statistiken antas ha en oförändrad produktivitet bör den efterhand bli dyrare i relation till annan produktion. Statistiskt ökar ju priset för offentligt finansierade tjänster i takt med ökningen av timlönen och prisförändringen för de varor och tjänster som används i produktionen. För varor och tjänster som säljs på marknaden däremot påverkas priset dessutom av förändringar i produktiviteten. Med ökad produktivitet kan prishöjningarna hållas nere.

Denna ökning har uppenbarligen inte skett i Sverige under 1980-talet. Både i fasta och i löpande priser har hälso- och sjukvården haft ungefär samma ökningstakt som BNP. Orsaken verkar huvudsakligen bero på att löneutveckling för de sjukvårdsanställda liksom för andra grupper inom den offentliga sektorn varit svagare än för arbetsmarknaden i genomsnitt. Detta förhållande berördes i avsnittet om landstingens ekonomi under 1980-talet.

Andelen offentlig finansiering

Jämfört med de flesta andra länder finansierar Sverige en stor andel av hälso- och sjukvårdsutgifterna med offentliga medel, dvs. skatter (tabell 6.5). Men skillnaden ligger inte i att andra länder tar ut högre avgifter. Däremot kan en del av kostnaderna i samband med vård betalas av

Tabell 6.5 Andelen offentlig finansiering av hälso- och sjukvård

| 1980 | | 1987 | |
|--------------------|----|--------------------|----|
| Norge | 98 | Norge | 98 |
| Sverige | 92 | Sverige | 91 |
| Storbritannien | 90 | Island | 89 |
| Island | 89 | Storbritannien | 86 |
| Danmark | 85 | Danmark | 86 |
| Italien | 84 | Finland | 79 |
| Belgien | 82 | Italien | 79 |
| Finland | 79 | F. d. Västtyskland | 78 |
| Frankrike | 79 | Belgien | 77 |
| F. d. Västtyskland | 79 | Frankrike | 75 |
| Nederländerna | 76 | Kanada | 75 |
| Österrike | 69 | Nederländerna | 74 |
| Schweiz | 68 | Schweiz | 68 |

Källa: Bengt Jönsson, Svensk hälso- och sjukvård i internationellt perspektiv, ur: Sjukvård i andra länder – Vad kan Sverige lära? (1991), red Göran Arvidsson/Bengt Jönsson, SNS förlag.

patienten själv exempelvis mat och logi. I andra fall kompletteras den offentligt finansierade vården med vård som finansieras via privata försäkringar.

Sverige har 1991 höjt patientavgifterna till betydligt högre nivå än vad som gäller i de flesta andra länder. Men denna höjning har endast en marginell effekt på den andel som totalt sett finansieras med offentliga medel.

Avslutning

Sverige har en jämförelsevis hög andel äldre i befolkningen och vården drivs till större del än i andra länder i offentlig regi, vilket bl.a. har samband med en hög kvinnlig förvärvsfrekvens. Detta framstår som de främsta förklaringarna till att Sverige satsar en relativt stor andel av BNP på hälso- och sjukvård.

Andelen skattefinansiering av hälso- och sjukvården är också större i Sverige än i flertalet andra länder.

Medan hälso- och sjukvårdens expansionstakt fortsatt i de flesta andra länder inom OECD-området under 1980-talet har den dämpats i Sverige. Bidragande orsaker synes vara dels förändringar inom långtidssjukvård och psykiatri som innebär att kommunernas ansvar för patienternas boende har ökat, dels en relativt långsam löneutveckling för offentligt anställda under senare delen av 1980-talet. En slutsats av detta är att utvecklingen av korttidsvården i Sverige har fortsatt att öka sin andel av BNP på samma sätt som i andra länder.

Andelen offentligt finansierad

Jämfört med de flesta andra länder har Sverige en relativt hög andel av hälso- och sjukvårdens kostnader som finansieras av offentliga medel. Detta beror dels på den höga andelen äldre i befolkningen, dels på den höga andelen kvinnor i den aktiva befolkningen. Detta innebär att Sverige har en relativt hög andel av BNP som finansieras av offentliga medel.

Tabell 5. Andelen offentligt finansierad vård av sjukvård i OECD-länder, 1980

| Land | Andelen offentligt finansierad vård (%) |
|----------------|---|
| Norge | 89 |
| Sverige | 81 |
| Storbritannien | 70 |
| Island | 61 |
| Danmark | 59 |
| Irland | 54 |
| Belgien | 53 |
| Finnland | 50 |
| Frankrike | 49 |
| F. d. Tyskland | 48 |
| Nederländerna | 47 |
| Österrike | 46 |
| Spanien | 45 |

Källa: Berättelsen om sjukvårdens utveckling i Sverige 1980-1990. Sjukvård i andra länder - Vårdens utveckling i OECD-länderna. Jönköping: EMS förlag.

7 Finansiellt utrymme

Många landsting befinner sig i början av 1990-talet i en besvärlig ekonomisk situation. De finansiella reserverna är förbrukade, staten aviserar fortsatta indragningar och skattehöjningar framstår inte som en möjlig väg för att öka det finansiella utrymmet. Osäkerheten om vilka ekonomiska villkor som kommer att gälla i ett längre perspektiv gör det samtidigt viktigare än tidigare att bibehålla ekonomin i balans även på kort sikt och att undvika en alltför stor skuldsättning.

Det är främst genom att anpassa kostnaderna till de givna inkomsterna som balans i ekonomin kan upprätthållas. Ett annat tänkbart alternativ är ökad avgiftsfinansiering. Det förutsätter dock regeländringar så att landstingens möjligheter att själva bestämma avgifterna ökar.

Nya ekonomiska förutsättningar

På några år har förutsättningarna för den offentliga sektorns finansiering försämrats kraftigt. Det finns två huvudorsaker till detta. För det första ger den nu pågående lågkonjunkturen en svag skatteunderlagstillväxt, samtidigt som de sociala kostnaderna till följd av ökad arbetslöshet ökar. För det andra innebär omläggningen av den ekonomiska politiken, med anknytningen av den svenska kronan till ecun och ansökan om medlemskap i EG, att kraven på sänkt skattetryck förstärks.

Det förefaller finnas i stort sett politisk enighet i riksdagen om att den nya politiken gentemot EG förutsätter en fast växelkurspolitik och, åtminstone på sikt, en anpassning av nivån på vissa skatteformer till förhållanden i de närmaste konkurrentländerna inom EG. Enigheten är också stor om att skattetrycket totalt sett inte får öka.

Försämringen av de finansiella förutsättningarna för den kommunala sektorn framgår vid en jämförelse mellan de bedömningar som gjordes i förra långtidsutredningen, publicerad på våren 1990, och de bedömningar som görs idag. I Långtidsutredningen 1990 anges att det finns ett betydande utrymme i samhällsekonomin för en fortsatt utbyggnad av offentlig verksamhet. Landsting och kommuner skulle exempelvis kunna öka sin konsumtion med 2 procent per år under 1990-talet.

Med de finansiella restriktioner för den kommunala sektorn som nu anges av regering och riksdag och som även redovisats av den kommunal-ekonomiska kommittén ges inget sådant utrymme.

Finansiell utveckling

Kalkylförutsättningar

De framtida förutsättningarna för landstingens ekonomi kan åskådliggöras med hjälp av en kalkyl för utvecklingen av inkomster och utgifter. Följande antaganden har lagts till grund för beräkningarna:

– *Basår för beräkningarna är 1992.*

Det finns nu relativt säkra uppgifter om hur landstingens ekonomi kommer att utvecklas fram t. o. m. 1992. Utfallsprognosen för 1992 bygger på landstingens budgetar. Lönerna är i princip fastställda genom det s. k. Rehnbergsavtalet. Några större förändringar i förutsättningarna som kan ändra det beräknade utfallet bör därför inte kunna ske.

Landstingens ekonomi förbättras under 1991 och 1992. Det finansiella sparandet som 1990 var negativt och uppgick till –6 miljarder kr. blir 1992 positivt och beräknas då uppgå till närmare 3 miljarder kr. Tre faktorer medverkar till förbättringen:

- Löneökningarna ligger på en låg nivå jämfört med tidigare år.
- Skatteinkomsterna ökar betydligt mer än kostnaderna till följd av den tvååriga eftersläpningen av skatteutbetalningarna.
- Efter den obalans som uppstod i landstingens ekonomi 1990 är flera av dem tvingade att minska verksamhetens volym. Sannantaget beräknas landstingens volym vara oförändrad 1991 och 1992.

– *Två alternativ för konsumtions- och investeringsvolym.*

I det första s. k. nollalternativet antas volymen vara oförändrad under hela perioden. I det andra, det s. k. balansalternativet, bestäms volymutvecklingen med hänsyn till kravet på ekonomisk balans.

I båda fallen antas volymutvecklingen bli densamma för driftkostnader och investeringar. Detta är ett antagande som görs för att förenkla beräkningarna. I praktiken finns risk för att investeringarna eftersätts mer eftersom detta inte får samma omedelbara effekt på vårdverksamheten. Det innebär att kapitalet slits ner och bäddar för att de framtida utgifterna för underhåll och reinvesteringar blir större än vad de annars skulle ha blivit.

– *Oförändrad utdebitering*

Ett lagstadgat skattestopp gäller för 1991 och 1992. För 1993 gäller en frivillig överenskommelse mellan regeringen och Landstingsförbundet och Kommunförbundet om att skattehöjningar bör undvikas.

– *Övergång till ett nytt system för utbetalning av kommunalskatte medel fr. o. m. 1993.*

Den kommunalekonomiska kommittén har föreslagit att utbetalningssystemet för kommunalskatte medel ändras fr. o. m. 1993. Under en övergångsperiod på två år avser man dock att göra justeringar för att neutralisera eventuella effekter av övergången på statens respektive landstingens och kommunernas ekonomi. Under 1993 och 1994 kan således landsting och kommuner förutsättas få minst samma inkomster som de skulle ha fått med det gamla systemet. Först 1995 kommer det nya systemet att gälla fullt ut.

Eftersom det nya systemet innebär att eftersläpningen i skatteutbetalningarna i princip elimineras sker en viss förbättring av landstingens och

kommunernas ekonomi genom övergången. Dessutom undviks de stora skillnader mellan intäkternas och kostnadernas förändringstakt enskilda år som kan uppstå i det nuvarande systemet.

– *Patientavgifternas utveckling.*

De avgifter som patienterna betalar själva registreras i nationalräkenskaper som privat konsumtion. Avgiftsintäkterna beräknas 1992 uppgå till ca 1,8 miljarder kr, vilket motsvarar endast ca 2 procent av konsumtionsutgifterna. I nollalternativet antas patientavgifterna följa prisindex. Det betyder att deras andel av konsumtionen bibehålls på en i stort sett oförändrad nivå.

I balansalternativet bestäms avgifterna med hänsyn till kravet på balans i landstingens ekonomi.

– *Statsbidrag och ersättningar från socialförsäkringssektorn antas ligga på en nominellt oförändrad nivå fr. o. m. 1993.*

Staten har aviserat att mellan 5 och 10 miljarder kr. kommer att dras in från landsting och kommuner 1993. I det här sammanhanget antas att indragningen kommer att uppgå till totalt 7,5 miljarder och att landstingens andel motsvarar deras kostnadsandel av den totala kommunala sektorn, dvs. ca 30 procent. Det motsvarar ca 2,3 miljarder kr.

– *Den långfristiga upplåningen beräknas täcka ca 25 procent av nettoutgifterna för investeringar dvs. efter avdrag för försäljning av anläggningstillgångar.*

Under 1989 och 1990 ökade landstingens upplåning påtagligt. För flera landsting blev amorteringar och ränteutgifter en tung belastning i budgeten. Osäkerheten om den fortsatta utvecklingen och om verksamhetsvolymen kommer att behöva reduceras gör att landstingen så långt möjligt torde undvika en alltför stor skuldsättning. I det sammanhanget är det nödvändigt att även beakta pensionsskuldens utveckling. Antagandet i grundalternativet innebär dock att upplåningen kommer att ligga högre än vad som var normalt under 1980-talet. Landstingen hade då fortfarande relativt stora finansiella reserver att ta av för att finansiera ett sparandeunderskott.

– *Försäljningen av anläggningstillgångar antas komma att ligga på samma nivå som för 1990–1991.*

Landstingens försäljning av anläggningstillgångar ökade 1990–1992. Ökningen 1992 berodde till en betydande del på försäljning av fastigheter till primärkommunerna i samband med äldrereformens genomförande. Antagandet i grundalternativet innebär att anläggningar för totalt ca 1 miljard kr. kommer att säljas ut årligen.

Om landstingen tvingas till stora besparingar som även innefattar nedläggning av verksamhet kan försäljningen av anläggningstillgångar givetvis komma att öka.

– *För löner och priser har samma antaganden använts som i långtidsutredningens huvudbetänkande.*

Löneutvecklingen 1993 och 1994 blir av stor betydelse för utvecklingen av landstingens ekonomi i och med att skatteinkomsterna i huvudsak kommer att vara bestämda av övergångsreglerna för det nya utbetalnings-systemet.

Tabell 7.1 Förändring av löner och priser enligt antaganden i Långtidsutredningen 1992

| | 1991 | 1992 | 1993 | 1994 | 1995 | 1996 | 1997 |
|--------|-------------------|-------------------|------|------|------|------|------|
| Timlön | 4,5 ^{a)} | 4,2 ^{a)} | 4,0 | 4,0 | 5,0 | 5,5 | 5,5 |
| KPI | 6,0 | 4,0 | 3,5 | 2,6 | 3,2 | 3,4 | 3,3 |

^{a)} Genomsnittlig ökning av timlönen för landstingsanställda

Källa: Finansdepartementet och Landstingsförbundet

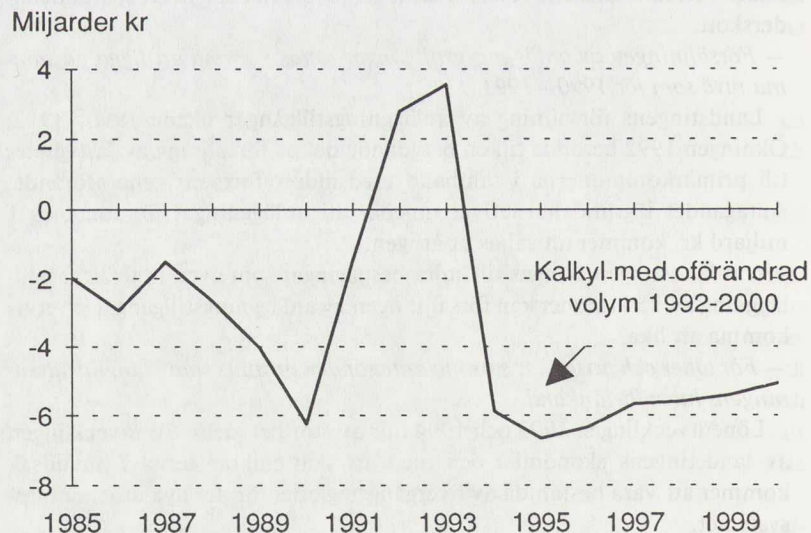
Långtidsutredningens antaganden om löne- och prisutvecklingen redovisas i tabell 7.1.

Som framhållits i avsnittet om personal och utbildning finns det en stark inriktning mot att höja personalens kompetens och den vägen minska kostnaderna genom att färre personer kan utföra arbetet. Rimligen bör detta medföra en fortsatt press uppåt för de sjukvårdsanställdas löner. Å andra sidan bör den bantning av den offentligt finansierade vården och den friställning av vårdpersonal som då måste ske, leda till att lönekraven kan hållas tillbaka. Löneutvecklingen för de landstingsanställda antas här följa den genomsnittliga löneutvecklingen på arbetsmarknaden som helhet.

Resultatet i nollalternativet

Resultatet av beräkningarna kan sammanfattas i utvecklingen av det finansiella sparandet. Det är nationalräkenskapernas benämning av saldo mellan inkomster och utgifter. I beräkningen av detta saldo beaktas inte förändringar av långfristiga skulder och långfristiga fordringar. På denna punkt skiljer sig således finansiellt sparande från förändring av rörelsekapital som kommer fram som ett saldo mellan inkomster och utgifter i landstingens redovisning.

Diagram 7.1 Landstingens finansiella sparande. Nollalternativet.



Källa: Landstingsförbundet

Med de redovisade antagandena i nollalternativet kommer landstingens finansiella sparande att utvecklas så som framgår av diagram 7.1.

Som framgår visar kalkylresultatet att landstingens finansiella sparande försämras framför allt efter 1993. Det är nere i ca -6 miljarder kr. 1994. Sparandeunderskottet kan således redan då bli lika stort som det var 1990. På denna nivå stabiliseras underskottet under 1995 och 1996 varefter en viss uppgång börjar ske.

Landstingens ekonomi kommer således att utsättas för stora påfrestningar de närmaste åren. Den främsta orsaken till försämringen är den svaga utvecklingen av skatteinkomsterna. Denna beror i sin tur på det nuvarande utbetalningssystemet som genom avräkningssystemet orsakar stora svängningar i förändringstakten.

I ett längre perspektiv tar dessa svängningar ut varandra. Överskotten 1992 skulle således dels återställa balansen i ekonomin efter nedgången 1990, dels ge ett överskott som kunde användas för att möta de underskott som uppstår 1994 och 1995. Men denna mekanism har till stor del satts ur spel genom följande statliga ingripanden.

- En tillfällig höjning av skatteutjämningsavgiften 1992 drog in drygt 1,5 miljarder kr. från landstingen. Regeringen föreslår i kompletteringspropositionen att dessa medel återbetalas 1993.
- I samband med den ekonomiska regleringen av äldreformen överförde staten ca 2 miljarder kr. för mycket från landstingen till kommunerna sammanlagt för 1992 och 1993.
- Enligt Landstingsförbundet och Kommunförbundet innebär avräkningsskatten, som skall neutralisera effekterna av skattereformen för landsting och kommuner, att staten drar in betydligt större belopp än vad landstingens och kommunernas skatteinkomster har ökat till följd av skattereformen. För landstingen kan det röra sig om uppemot 3 miljarder kr. per år.
- En stor indragning på sammanlagt 7,5 miljarder för landsting och kommuner sammanlagt förutsätts ske 1993.

En annan orsak till försämringen av landstingens ekonomi är den värde-mässiga urholkningen av statsbidragen.

Utän dessa indragningar skulle förutsättningarna för en balanserad utveckling av landstingens ekonomi ha varit relativt goda även med de antaganden som i övrigt ligger till grund för beräkningarna.

Balansalternativet med minskad volym

Olika åtgärder kan vidtas för att bibehålla balansen i landstingens ekonomi och de kan kombineras på olika sätt. För att illustrera vilka förändringar som kan bli nödvändiga redovisas här först ett alternativ där en balanserad ekonomisk utveckling kommer till stånd genom minskad verksamhetsvolym.

För att uppnå balans i ekonomin behöver landstingens resultat förbättras med sammanlagt ca 5 miljarder kr. under åren 1993-1995. Den största förbättringen krävs för 1994. För att åstadkomma denna resultatförbättring skulle volymen behöva reduceras med i genomsnitt drygt 1,5

procent per år under åren 1993–1995. Totalt sett motsvarar neddragningen lönekostnaden för 15 000–20 000 anställda. Beräkningen har gjorts för landstingen sammantaget. Eftersom den ekonomiska situationen är olika i olika landsting varierar storleken på de nödvändiga anpassningsåtgärderna kraftigt mellan dem.

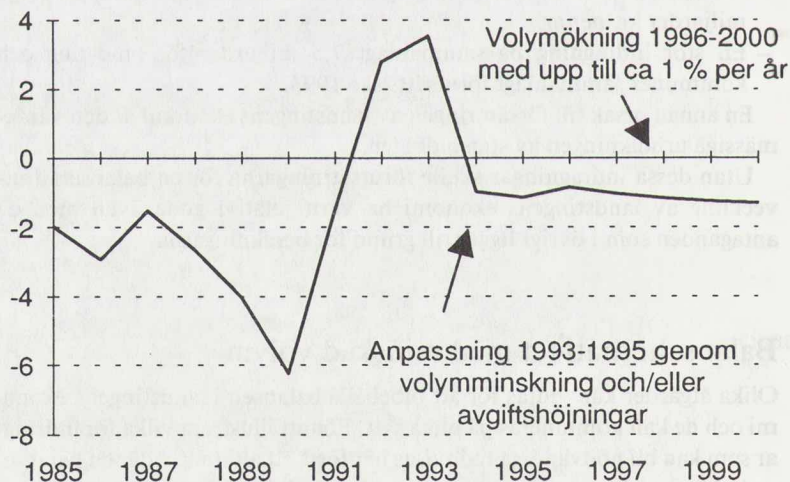
Resultat

De angivna volymminskningarna skulle ge den utveckling av det finansiella sparandet som redovisas i diagram 7.2. Åtgärderna förbättrar det finansiella sparandet 1993. Det gör det möjligt för landstingen att ytterligare konsolidera ekonomin inför den försämring som sedan följer. Under åren därefter möjliggör anpassningsåtgärderna att nettoupplåningen kan begränsas till ca 1 miljard per år.

Efter det att anpassningen är genomförd och landstingens ekonomi bringats i balans kan en utbyggnad av verksamheten åter bli möjlig. Det förutsätter dels att inga ytterligare åtgärder vidtas från statens sida för att begränsa det finansiella utrymmet för landstingen, dels att det blir en tillväxt i samhällsekonomin. I det mest gynnsamma alternativet i Långtidsutredningens huvudbetänkande, det s.k. tillväxtscenariot, beräknas BNP kunna öka med i genomsnitt 2,5 procent per år under perioden 1989–2005. I det alternativet skulle landstingen kunna öka volymen med upp till ca 1 procent per år. Beräkningen bygger på de förutsättningar som tidigare redovisats med bl. a. oförändrad utdebitering.

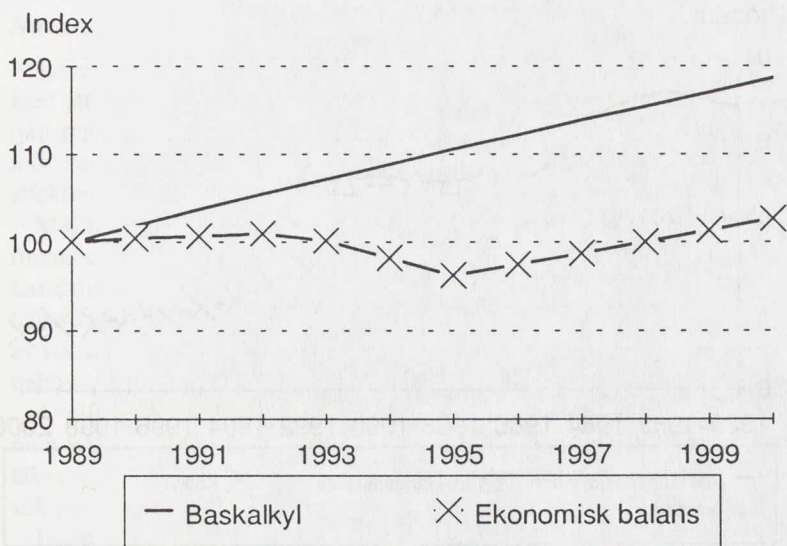
Diagram 7.2 Finansiellt sparande i balansalternativet

Miljarder kr



Källa: Landstingsförbundet

Diagram 7.3 Landstingens kostnadsvolym enligt baskalkyl och vid ekonomisk balans



Källa: Landstingsförbundet

Jämförelse med baskalkylen

Diagram 7.3 visar utvecklingen av landstingens konsumtionsvolym enligt balansalternativet respektive baskalkylen. Ett gap uppstår mellan den resursutveckling som krävs om ambitionsnivån skall upprätthållas respektive den som det finansiella utrymmet medger. Som framgår ökar gapet till ca 15 procentenheter mellan 1989 och 1995. Av denna ökning faller ca 10 procentenheter på åren 1993–1995.

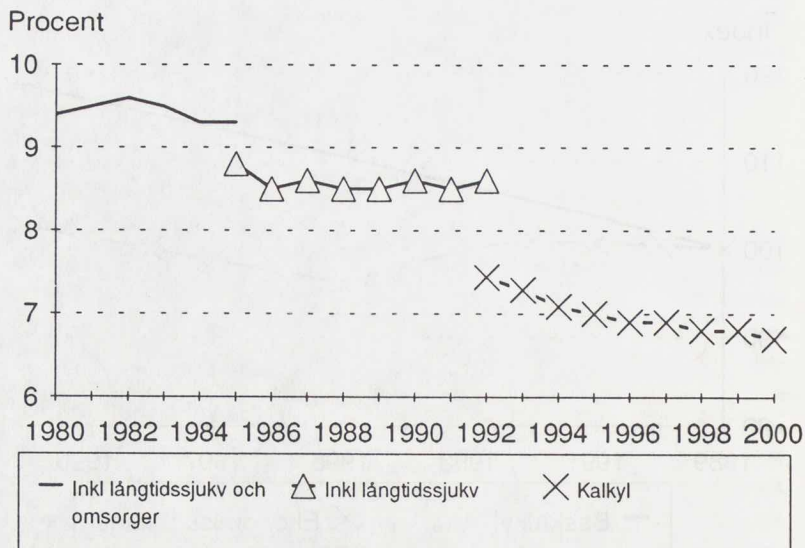
Som tidigare redovisats innefattas i baskalkylen den produktivitetsutveckling som sker inom hälso- och sjukvården till följd av ny medicinsk teknik. Det innebär att om den volymminskning som genomförs 1993–1995 i balansalternativet inte skall återverka på hälso- och sjukvårdens standard och serviceutbud så måste produktiviteten, under denna treårsperiod, öka med totalt 10 procent därutöver.

Andel av BNP

Volymminskningen innebär att hälso- och sjukvårdens andel av BNP minskar. Diagram 7.4 visar att andelen skulle gå ner från knappt 7,5 procent 1992 till 6,7 procent 1997. På fem år från 1992 till 1997 skulle andelen reduceras med nästan 1 procentenhet. Den privata vårdkonsumtionen antas bibehålla en oförändrad andel av BNP under hela perioden.

Brotten i kurvan i diagram 7.4 markerar förändringar i definitionen av hälso- och sjukvårdsutgifter. Från och med 1985 ingår inte längre området Omsorger om psykiskt utvecklingsstörda. Från och med 1992 ingår inte längre långtidssjukvården som då förs över till kommunerna.

Diagram 7.4 Hälsa- och sjukvårdens andel av BNP



Källa: Landstingsförbundet

En minskad andel av BNP för hälso- och sjukvården skulle avvika från det utvecklingsmönster som hittills varit vanligt och som innebär att hälso- och sjukvården i ett land normalt växer snabbare än landets totala samhällsresurser. Detta gäller särskilt om beräkningen som här görs i löpande priser eftersom de statistiska principer som tillämpas innebär att hälso- och sjukvårdens relativpris fortlöpande ökar.

Utvecklingen enligt diagram 7.4 skulle likväl kunna vara realistisk om produktiviteten i den offentliga hälso- och sjukvården förutses öka så mycket att nuvarande efterfrågan plus den ökning som följer enligt baskalkylen kan tillgodoses trots de volymminskningar som krävs för att uppnå ekonomisk balans. Hur mycket produktiviteten kan öka är givetvis osäkert men detta är sannolikt att sätta målet alltför högt.

Det innebär att om de ekonomiska förutsättningarna inte förbättras kommer den offentliga hälso- och sjukvården att tvingas till en snävare avgränsning av sin verksamhet och överlämna delar av den till den privata marknaden. Fördelningen av vårdresurserna skulle i högre grad än i det nuvarande systemet styras av patientens vilja och förmåga att betala.

En växande privat vårdsektor främst inriktad mot de ekonomiskt lönsamma delarna av vården bör ha goda möjligheter att med förmånliga anställningsvillkor dra till sig kvalificerad personal. Det går knappast att bortse ifrån risken för att den offentligt finansierade hälso- och sjukvården under en fortsatt stark finansiell åtstramning går mot en kvalitetsmässig försämring.

Balansalternativ med höjda avgifter

Nuvarande patientavgifter

Avgifter som finansieringsmedel anses ha en fördel framför skatten i och med att konsumenten själv avgör om han/hon vill erhålla den efterfrågade tjänsten genom att betala avgiften eller avstå. Även om avgiften inte motsvarar det pris som skulle gälla på en fri marknad undviks de skadliga effekter på samhällsekonomin som skattefinansiering anses ha.

Möjligheterna att använda avgifter inom hälso- och sjukvården för finansiering och för att styra efterfrågan har vidgats under senare år. Landstingen får fr. o. m. 1991 själva bestämma patientavgifterna inom hälso- och sjukvården inom ramen för ett högkostnadsskydd som fastställs av staten. För närvarande innebär högkostnadsskyddet att en patient skall behöva betala högst 1 500 kr. per 12-månadersperiod.

Avgifterna för ett läkarbesök i öppen vård varierar mellan landstingen, men ligger normalt kring 100 kr. I en tredjedel av landstingen kostar ett läkarbesök på en mottagning utanför sjukhus något mindre än ett läkarbesök på sjukhusens öppenvårdsmottagningar.

Inom den slutna vården har patienterna tidigare betalat en avgift per vård dag genom att försäkringskassan gjorde ett avdrag från sjukpenningen eller från pensionen. Avdraget uppgick till 70 kr. per vård dag 1991. För pensionärer var avgiften högst 65 kr. per vård dag.

Från och med 1992 är det sjukvårdshuvudmännen som tar in avgifterna inom slutna vård för de patienter som är förvärvsarbetande. Förändringen hänger samman med att arbetsgivaren fr. o. m. 1992 skall betala sjuklön för de första fjorton dagarna i varje sjukperiod.

Ökad avgiftsfinansiering

För att belysa vilka avgiftshöjningar som skulle krävas för att skapa balans i landstingens ekonomi de närmaste åren redovisas här ett räkneexempel. Utgångspunkten är att landstingens årliga inkomster skall öka med 5 miljarder kr. fram till 1995, dvs. med så mycket som krävs för att kostnadsvolymen skall kunna hållas oförändrad.

Vi antar att avgifterna inom öppen respektive slutna vård höjs procentuellt lika mycket. De avgiftshöjningar som i så fall skulle erfordras redovisas i tabell 7.2. Avgiftshöjningarna inom korttidssjukvård och psykiatrisk vård skulle innebära att kostnaden för en vårdepisod på 7 dagar skulle öka från 490 kr. 1992 till 1365 kr. 1995.

Tabell 7.2 Avgifter enligt räkneexempel

| | 1992 | 1995 |
|---------------------|-------|-------|
| Läkarbesök | 100 | 275 |
| Högkostnadsskydd | 1 500 | 4 200 |
| Avgift per vård dag | 70 | 195 |

Källa: Landstingsförbundet

Beräkningen tar inte hänsyn till det bortfall i efterfrågan som skulle bli följden, framför allt inom den öppna vården eftersom priskänsligheten där

sannolikt är större än inom den slutna vården. Detta efterfrågebortfall underlättar de volymminskningar som också krävs. Samtidigt medför de att resultatförbättringen i kalkylen är överskattad.

Fördelningspolitiska konsekvenser

En ökad avgiftsfinansiering i enlighet med ovanstående innebär att en finansieringsbörda på sammanlagt 5 miljarder kr. omfördelas från skattebetalarna till patienterna. Från fördelningspolitisk synpunkt bör en sådan omfördelning vara lättare att göra ju jämnare inkomstfördelningen är i samhället.

Det kan också hävdas att förändringen ligger i linje med statens nuvarande politik som är inriktad mot att sänka skattetrycket och därmed öka utrymmet för den privata konsumtionen. Det kan framstå som naturligt att en del av den ökade disponibla inkomsten får användas för att öka privat finansiering av tjänster som tidigare finansierades med skattemedel.

Likväl blir de fördelningspolitiska konsekvenserna av fortsatt kraftiga avgiftshöjningar betydande. Det kan bli nödvändigt att i större utsträckning än nu differentiera avgifterna med hänsyn till patientens inkomstförhållanden. För att hälso- och sjukvården då skall få samma finansiella tillskott måste givetvis de högsta avgifterna bli högre än vad som angivits ovan.

Privata försäkringar

Högre och differentierade patientavgifter kommer sannolikt att ytterligare stimulera framväxten av en marknad för privata försäkringar mot höga sjukvårdskostnader. En utveckling som i sin tur torde leda till en ökad differentiering av hälso- och sjukvårdens utbud av tjänster. Det kan på ett annat sätt än i dagens system bli lönsamt för sjukvårdsproducenter och försäkringsbolag att erbjuda extra tjänster i form av enkelrum, valfritt sjukhus och läkare, snabbare behandling etc till dem som betalar extra.

Det bör bli en viktig uppgift för kommande utredningar att överväga om den skisserade utvecklingen vad gäller avgifter och privata sjukförsäkringar kan anses förenlig med hälso- och sjukvårdslagens krav på en lika vård för alla.

Avslutning

Den fortsatta utvecklingen av landstingens ekonomi är ovanligt osäker. Den är beroende av politiska ställningstaganden om det totala skattetrycket och hur det skall fördelas på olika ändamål. De förutsättningar som nu är kända talar för att långtgående anpassningsåtgärder blir nödvändiga de närmaste åren. I avsnittet har visats hur anpassningen kan genomföras med volymminskningar eller avgiftshöjningar. En kombination av dessa två vägar skulle kunna vara ett tredje alternativ.

Möjligheterna att minska kostnaderna är olika i olika landsting. Det finns i dagsläget betydande skillnader i personaltäthet och kostnad per

invånare såväl mellan sjukvården totalt i olika län som mellan olika kliniker med likartad verksamhet.

Det finns också stora skillnader i den ekonomiska situationen i utgångsläget. Flera landsting behöver förstärka sin ekonomi betydligt mer än vad som framgår av situationen för landstingen sammanlagt. Flera landsting har också redan i utgångsläget genomfört betydande ingrepp i verksamheten för att uppnå en balanserad ekonomi. Det innebär att akuta ekonomiska svårigheter kan komma att uppstå i enskilda landsting under de närmaste åren.

8 Besparingar och effektivisering

Försämringen av landstingens ekonomi och det allt snävare utrymmet för offentlig finansiering har drivit fram ett omfattande effektiviseringsarbete framför allt inom hälso- och sjukvården. Olika åtgärder vidtas för att reducera kostnaderna utan att vårdens tillgänglighet eller kvalitet försämras. Stora förhoppningar ställs bl. a. på effekterna av nya styrsystem.

Omprioriteringar inom landstingens ansvarsområde

En möjlig väg att tillföra hälso- och sjukvården finansiella resurser är någon del av den verksamhet som sjukvårdshuvudmännen – landstingen – nu har ansvaret för och finansierar överlåtes till den privata marknaden eller helt enkelt avvecklas. I så fall kan hälso- och sjukvårdens finansiella utrymme vidgas inom ramen för det nuvarande huvudmannskapet.

Förutom hälso- och sjukvård bedriver landstingen *omsorger om psykiskt utvecklingsstörda*. Huvudmännens skyldigheter på det området är klart angivna i lag. Verksamhetsområdet har länge varit den snabbast expanderande delen av landstingens ansvarsområden. Den snabba volymökningen beror på att de former för verksamheten, bl. a. gruppboende, som omsorgslagen föreskriver, har betydligt högre driftkostnader än de vårdhem som avvecklas. Krav på eget boende ställs också från omsorgstagare som hittills bott hemma. Landstingens jämförelsevis stora satsningar på detta område har inte varit tillräckliga. I en rad domar har landsting fällts för att inte följa omsorgslagen.

Med den nuvarande omsorgslagen kan hälso- och sjukvården inte expandera på bekostnad av detta område. I stället kan utrymmet för offentlig finansiering komma att in-tecknas ytterligare genom det utredningsförslag som lagts fram om att vidga rättighetslagen till att även omfatta vissa grupper av svårt handikappade.

Inom utbildningsområdet svarar landstingen för *vårdutbildning* på såväl gymnasie- som högskolenivå. Inom detta område kan eventuellt antalet utbildningsplatser reduceras. Å andra sidan höjs kravet på utbildningens kvalitet och behovet av vidareutbildning ökar. Några stora besparingar kan därför knappast göras inom detta område.

Landstingen svarar också för *jord-, skogs- och trädgårdsutbildningarna* på gymnasiet. Omfattningen av dessa utbildningar styrs av elevernas linjeval. Inte heller här är några stora besparingar möjliga.

Folkhögskolorna är en frivillig verksamhet för landstingen. Folkhögskolor drivs också av folkrörelseorganisationer. De gör betydelsefulla utbild-

ningsinsatser och avveckling skulle stöta på hårt motstånd. Men ställt mot alternativet försämrad sjukvård bör landstingen överväga omfattningen av sitt finansiella stöd till denna verksamhet. Regeringen föreslår i årets budgetproposition att statsbidragen till folkhögskolorna skall sänkas.

Kommer kulturverksamhet såsom *muséer, teatrar, regionmusik m. m.* att drabbas av den finansiella åtstramningen? Det är möjligt men inte säkert. Kulturverksamheten har ett stort värde för en regions attraktivitet och för kulturlivet i vid mening. De tar dessutom i anspråk en mycket liten del av den totala budgeten. En indragning av detta stöd påverkar inte nämnvärt hälso- och sjukvårdens utrymme.

Den regionala och lokala *kollektivtrafiken* är en högt prioriterad verksamhet med hänsyn till dess betydelse för regionens ekonomiska utveckling och konkurrenskraft. Bidragen till trafiken från landsting och kommuner är relativt små utom i storstadsområdena, i synnerhet i Stockholms län. Någon stor neddragning framstår inte som möjlig.

Vad som återstår är *administration* och vissa serviceverksamheter. Här har betydande besparingar gjorts under senare år. Internationellt har den svenska hälso- och sjukvården låga administrationskostnader. Detta till följd av att vi hittills har haft ett relativt lättadministrerat styrsystem. De nya styrsystemen förutsätter ett mer förfinat redovisnings- och uppföljningssystem och kan således minska möjligheterna att ytterligare dra ner de administrativa resurserna.

Slutsatsen måste bli att landstingen har små möjligheter att öka resursutrymmet för hälso- och sjukvården genom att omfördela resurser från sina andra ansvarsområden. Det finns också anledning att peka på risken för att angelägna insatser för regionernas utveckling blir eftersatta till följd av den finansiella åtstramningen.

Åtgärder för att förbättra produktiviteten

Dagmar 50-projektet

Det sk Dagmar 50-projektet är ett exempel på hur arbetet med att förbättra hälso- och sjukvårdens produktivitet och effektivitet kan bedrivas. I projektet har olika kliniker jämförts med varandra och betydande skillnader i behandlingsmetoder och resursinsatser har kunnat konstateras. Detta har varit utgångspunkt för förslag om lämpliga åtgärder. Det är de verksamhetsansvariga själva som tagit fram underlaget och diskuterat slutsatserna, vilket har haft betydelse för projektets framgång.

Expertgruppen för kirurgi framhåller exempelvis följande åtgärder för att förbättra kapacitetsutnyttjandet inom kirurgin:

– Övergång till veckovård

Om exempelvis personalen på två avdelningar organiseras om till en enhet kan de besparingar som görs genom övergången till veckovård på den ena avdelningen finansiera de kostnader som följer om 3-veckors-schema istället för 2-veckorsschema införs för personalen på den andra avdelningen.

– Övergång till dagvård

Detta har visat sig ge betydande möjligheter att minska sjukvårdens

kostnader både i Sverige och i andra länder. Det krävs samordning med annan sjukvård och understöd från dagvårds/uppvakningsenhet. Ofta krävs även att patienten kan ges viss omvårdnad i hemmet dagarna efter operationen, exempelvis av anhörig.

- Förbättrad ledning av operationsavdelningens totala resurser och en bättre anpassning av klinikens arbete i övrigt

Detta är ofta ett bra sätt att öka produktiviteten. Genom åtgärderna kan långa väntetider på enskilda befattningshavare och dåligt resursutnyttjande av operationsenheten på eftermiddagar och på fredagar undvikas.

- Bättre och öppnare redovisning

Genom en öppen redovisning av kirurgiska resultat i vid bemärkelse (operationskomplikationer, dödlighet, återfall etc) kommer patientflöden att kunna styras mot de bästa enheterna. Därmed kommer också effektiviteten sammantaget att öka.

- Ändrad jourorganisation

Dygnet-runt-öppet jourintag bör baseras på ett upptagningsområde av viss minsta storlek. Transporttider på upp till en timme kan anses godtagbart för patienter med akuta kirurgiska sjukdomar. I vissa befolkningstäta områden med flera sjukhus kan resursutnyttjandet förbättras om vissa sjukhus använder sina resurser för planerad kirurgi i stället för att ha full jourberedskap.

Exempel på andra förändringar som kan förbättra resursutnyttjandet inom hälso- och sjukvården är inrättande av klinikgemensamma vårdplatser, avskiljande av sjukhusens hotellfunktion genom patienthotell och inrättande av diagnostiska centra.

I vissa fall kan det finnas skäl att koncentrera vissa mindre frekventa behandlingar och operationer till ett färre antal sjukhus. Om läkaren får alltför få tillfällen att utföra en viss komplicerad operation kan inte bara produktiviteten utan också säkerhet och kvalitet bli lidande. Detta kan gälla i flera fall än de uppmärksammade riksspecialiteterna.

Vissa av dessa åtgärder innebär att en del av de insatser som görs i samband med vård flyttas över från hälso- och sjukvården till patienten och hans/hennes anhöriga. Det kan exempelvis gälla eftervården i samband med dagkirurgi eller transporten när avståndet till närmaste akut-sjukhus blir längre. Det innebär ökad produktivitet inom hälso- och sjukvården eftersom resursanvändningen där i större utsträckning kan koncentreras till rent medicinska insatser.

Avgränsning av hälso- och sjukvårdens uppgifter

En viktig del av effektiviseringen av hälso- och sjukvården är utmönstring av metoder och behandlingar med ringa effekt på patienternas hälsotillstånd. Det är fråga om kunskapsspridning och attitydpåverkan. Olika exempel visar att det är möjligt att därigenom spara betydande belopp. Men gränsen mellan "nödvändiga" och "onödiga" behandlingar är flytande. Den kommer också helt klart att påverkas av de besparingskrav som åläggs hälso- och sjukvården.

Användningen av en kliniks resurser bestäms i princip utifrån klinikens

bedömning av de enskilda patienternas medicinska behov. Om hälso- och sjukvårdens kostnader skall reduceras så bör det givetvis i första hand gå ut över undersökningar och behandlingar som har minst betydelse med hänsyn till patienternas hälsotillstånd. En reduktion av kostnadsramen medför att kriterierna skärps för när undersökningar skall göras eller behandling skall sättas in. För lättare åkommor kan hälso- och sjukvården i större utsträckning än nu komma att överlåta åt patienterna att själva finna bot och lindring på annat håll.

Med en sådan snävare avgränsning av den offentliga hälso- och sjukvårdens uppgifter kommer en växande efterfrågan att riktas mot exempelvis företagshälsovård och privat finansierade vårdalternativ.

Med mer långtgående krav på besparingar kan större ingrepp i den nuvarande verksamheten krävas. Som ett teoretiskt exempel för att illustrera vad som krävs för att märkbart minska belastningen på skattefinansieringen av vården kan nämnas att en fullständig avgiftsfinansiering av förlossningsvården skulle spara c:a 1,4 miljarder kronor i skattemedel. Det motsvarar inte mer än drygt 1,5 procent av de totala sjukvårdskostnaderna. Antalet förlossningar har de senaste åren varit i storleksordningen 115 000 per år och kostnaden har beräknats till 12 000 kr. per förlossning.

En stor andel av korttidsvårdens resurser avser vård av äldre personer. Som framgår av tabell 1 i avsnittet Resursbehov så användes exempelvis 35,5 procent av vårddagarna 1988 till vård av personer som var 75 år eller äldre. Det är därför oundvikligt att besparingar kommer att drabba denna patientgrupp.

Oberoende av de framtida besparingarnas storlek kommer prioriteringsfrågor och etiska frågor att bli av allt större betydelse inom vården. Det är bakgrunden till att regeringen nyligen har beslutat tillsätta en parlamentarisk utredning som bl. a. skall "överväga hälso- och sjukvårdens roll i välfärdsstaten och lyfta fram grundläggande etiska principer som kan ge vägledning och ligga till grund för öppna diskussioner om prioriteringar inom hälso- och sjukvården." Utredningen skall också lämna förslag till hur stor del av vården som skall finansieras med offentliga medel och hur mycket den enskilde patienten själv bör betala.

Inom varje område av hälso- och sjukvården måste en ständig diskussion föras om hur resurserna bäst skall användas. Den statliga utredningen bör leda till att denna debatt på basnivå intensifieras.

Nya styrsystem

Landstingen gör nu stora förändringar i hälso- och sjukvårdens organisation och styrsystem. Olika modeller prövas på skilda håll. Gemensamt för förändringarna är att nya metoder utvecklas för att fördela resurserna i organisationen. En huvudlinje är att de traditionella fasta anslagen per ansvarsområde ger plats för ersättning per prestation.

Förändringen sker i snabb takt. I en nyligen av Landstingsförbundet genomförd enkät svarade 25 av de 26 sjukvårdshuvudmännen att de i större eller mindre omfattning ersätter serviceenheter (t. ex. fastighets-service) per prestation i stället för att ge fasta anslag. Tio huvudmän

ersätter också vårdenheter (t. ex. kliniker) per prestation. På en fråga om framtiden svarade 23 huvudmän att de planerar att ersätta vårdenheter per prestation.

Prestationsersättningar kräver en beställare, som kan förhandla med den utförande enheten om kvantiteter, priser och kvalitet. För serviceenhetens prestationer är vårdenheterna beställare. Om även vårdenheterna skall prestationsersättas måste särskilda beställare skapas inom landstingsorganisationen. Många landsting satsar därför nu på den s. k. beställarutförarmodellen. Den innebär att man inom samma huvudman skiljer mellan beställare och utförare och gör utföraren beroende av ersättningar från beställaren. Man försöker också skapa konkurrens mellan olika utförare inom och utanför organisationen.

Modellen är generell och kan anpassas till många lokala lösningar. För en bredare allmänhet blev den först känd genom Dalamodellen, som placerade beställaren i primärvården. För många blev därför beställarstyrning lika med primärvårdsbudgetering.

Sedan dess har utvecklingen visat att andra alternativ, än att placera beställaren i primärvården, är väl så intressanta. Av de 10 sjukvårdshuvudmän som 1992 prestationsersätter vårdenheter inom länssjukhus är det 4 som placerat beställaren på central nivå. 5 huvudmän har placerat beställaren på sjukvårdsdistriktsnivå. Endast två huvudmän har beställaren på primärvårdsområdesnivå. Tendensen är densamma även när det gäller ersättningar för regionsjukvård.

En genomgång av landstingens motiv för att införa beställarstyrning och prestationsersättningar inom sjukvården visar på tre huvudmål. Det handlar om ökad produktivitet och effektivitet, om bättre förutsättningar för politikerna att företräda befolkningen och om ökad valfrihet för patienterna.

Förväntade effekter på produktiviteten

Med produktivitet menas vanligen en verksamhets prestationer i förhållande till kostnaderna. Effektivitet är resultatet i förhållande till kostnaderna. Med resultat avses i hur hög grad ett uppsatt mål uppfylls. Inom sjukvården kan prestationerna mätas med enkla mått som läkarbesök och vård dagar eller med mer sofistikerade mått som behandlingar av olika slag och vårdtillfällen differentierade enligt något patientklassifikationssystem.

Prestationerna syftar till positiva effekter på patienternas eller befolkningens hälsa, men resultatet kan givetvis variera. Att produktiviteten är hög behöver inte alltid betyda att effektiviteten också är hög. Anledningen till att man inte bygger ekonomistyrningen på resultat och effektivitet – det som man egentligen är ute efter – är att effekterna är svåra att mäta. I stället får man nöja sig med att mäta prestationer och produktivitet och att komplettera den nya ekonomistyrningen med en utbyggd kvalitetskontroll för att den vägen se till att prestationerna ger så bra resultat som möjligt.

Även om mycket arbete återstår i landstingen skönjs en metod att bygga nya ekonomisystem med betydande produktivetsfrämjande inslag. Det nya är att system för att beskriva verksamhetens prestationer börjar utvecklas inom sjukvården. Därtill kommer att också kostnaderna per pres-

tation börjar kunna redovisas. Därigenom blir det möjligt att mäta såväl prestationerna som kostnaderna för de skilda prestationerna.

Då kan man bygga finansieringen av sjukhus och kliniker på prestationsersättning i stället för på fasta anslag. På så vis skapas incitament till ökad produktion från de befintliga enheterna. Då kan man också jämföra priser för samma typ av prestationer mellan olika vårdgivare och introducera konkurrens i sjukvården. Konkurrenten kan främja produktiviteten genom att tvinga enheterna att sträva mot låga kostnader och genom att enheter med för höga kostnader slås ut. Och då kan man slutligen ge beställaren incitament att noga överväga vilka prestationer han vill betala för, genom att prestationsersättningen tas ur beställarens anslag.

Kritiker pekar på risken för snedstyrning — att de nya incitamenten inte leder till det önskade handlandet — och för att ökade administrationskostnader skall äta upp produktivitetsökningen i själva verksamheten. Kritiken kan inte utan vidare avvisas. Landstingen kan inte veta att den nya ekonomistyrningen totalt sett leder till ökad produktivitet och effektivitet. Vad man kan peka på är att punktvis införande av prestationsersättningar till vissa kliniker har gett betydande produktivitetshöjningar. Och erfarenheter av prestationsersättningar till serviceverksamhet har visat att beställare, som fått fullt ekonomiskt ansvar för sina beställningar, noggrannare överväger hur resurserna skall användas.

Övergången från traditionell anslagsstyrning till beställarstyrning är därför en försöksverksamhet, som genomförs i stor skala under betydande osäkerhet. En fördel i försöken är att Sveriges decentraliserade sjukvårdsansvar möjliggör olika ansatser i skilda landsting. Många lösningar kommer att kunna ställas vid sidan av varandra och jämföras.

Förväntade effekter på politikernas förutsättningar att företräda befolkningen

I en landstingsorganisation där beställar- och utförarfunktionerna är samlade på traditionellt vis finns det risk, har det sagts, för att utförarfunktionen dominerar. Landstingens omfattande verksamhet, med tiotusentals anställda, skulle lätt kunna ta mer av de förtroendevaldas uppmärksamhet och lojalitet i anspråk än befolkningens problem och krav. Det finns, enligt detta resonemang, en risk för att de förtroendevalda alltför mycket identifierar sig med och försvarar själva produktionen.

Oavsett hur det förhåller sig med den saken måste det vara en fördel om sjukvårdsorganisationen utformas så att den underlättar för de förtroendevalda att fullgöra sin roll som företrädare för befolkningen.

I den nya styrmodellen väntas politikerna få nya, mer renodlade roller. De frigör sig från utförarperspektivet, där i stället vårdföreträdarna får besluta självständigt hur vården skall utföras. Politikerna placerar sig i en position där de kan bortse från sjukvårdens organisationsinterna problem. Det är genom beställarfunktionen som de påverkar vården.

Genom beställaren, är tanken, kan de styra vårdens omfattning och inriktning, ställa krav på utförarna utifrån befolkningens behov och betala för den vård och den kvalitet de finner motiverad. De kan välja mellan

produktion i landstingets regi och privat produktion utifrån kriterier som mer utgår från befolkningens intressen än från landstingsverksamhetens.

I vad mån dessa förväntningar kommer att uppfyllas är det ännu för tidigt att uttala sig om. Alltför kort tid har gått sedan modellen togs i bruk i några enstaka landsting.

Förväntade effekter på patienternas valfrihet

Möjligheter för patienter att välja mellan olika sjukvårdsinrättningar introducerades i landstingen för flera år sedan. Valfriheten i vården har alltså funnits längre än beställarstyrningen. Men tidigare främjades inte valfriheten av landstingens ekonomistyrning. Om patienter i ett traditionellt system med fasta anslag sökte sig till en annan vårdcentral eller ett annat sjukhus än de närmaste, medförde det för inrättningen dit patienterna sökte sig inga ökade intäkter – bara ökade kostnader. Det fanns då en risk för att patienterna skulle känna sig mindre välkomna – åtminstone om bytet skedde inom samma landsting. (Vid vård utanför patientens hemlandsting har prestationsersättningarna funnits länge.)

Denna risk försvinner när prestationsersättningar införs. Då innebär en ny patient vid en vårdinrättning inte bara ökade kostnader utan också ökade intäkter. Patienten "har pengarna med sig". Incitamenten verkar i riktning mot att patienten välkomnas, vilket kan förväntas främja valfriheten.

Vårdinrättningen får också intresse av att marknadsföra sig och sina tjänster vilket ökar patienternas information. Patienterna får en grund för att utnyttja sin valfrihet, vilket också kan förväntas främja valfriheten.

Det finns emellertid en konflikt mellan produktivitet och målet att begränsa totalkostnaderna å ena sidan och valfrihet å den andra. Beställarstyrning syftar till att styra totalkostnaderna genom avtal om volymer med utförarna. Den syftar också till låga priser per prestation genom konkurrens mellan utförarna. Men om patienten själv och inte beställaren avgör var vården skall äga rum blir det svårt att styra volymen. Då minskar också utförarens incitament att erbjuda beställaren låga priser. I stället kan utföraren komma att marknadsföra sina tjänster direkt mot patienten med upplevd kvalitet som huvudsakligt konkurrensmedel. Marknadsföring gentemot beställaren, där kvalitet och pris vägs samman, kan komma i andra hand.

Ersättningssystemet måste utformas på ett sådant sätt att om någon enhet, klinik eller läkare ökar sina inkomster genom att öka antalet prestationer så måste detta ske på bekostnad av inkomsterna för andra enheter så att totalkostnaden hålls under kontroll. Detta kan exempelvis ske genom att ersättningen per prestation justeras med hänsyn till utvecklingen av totala antalet prestationer.

Med en snäv ram för totalkostnaderna kan detta givetvis leda fram till att vissa enheter måste avvecklas.

I Tyskland tillämpas ett sådant system för läkare inom den öppna vården. Läkarna får poäng i relation till sina insatser. Efter verksamhetsårets slut görs en beräkning av hur mycket varje poäng är värt. Ju större antal poäng som totalt redovisas desto mindre blir varje poäng värt eftersom totalkostnaden är given.

Ett annat system prövas i Stockholms läns landsting 1992 inom vissa delar av den slutna vården. Klinikerna får ersättning per prestation enligt ett DRG-baserat poängsystem. Varje poäng får ersättas med högst 15 500 kr. (takpris). Poängsumman får öka med högst 10 procent sett över en 12-månadersperiod utan att takpriset påverkas. Om poängsumman ökar mer än 10 procent så sänks takpriset i motsvarande mån.

Konkurrens om patienterna kan vara svår att förena med kravet att begränsa såväl totalkostnaderna som priset per prestation. En avvägning måste göras, där antingen kostnadsstyrningen eller valfriheten prioriteras. Inget system för offentligt finansierad vård kan undvika den avvägningen.

Sammanfattningsvis kan de styrsystemförändringar som nu planeras och genomförs i landstingen förändra de politiska rollerna samtidigt som de ökar produktiviteten i vården. Förväntningarna är stora på de nya styrformerna. I vilken utsträckning förväntningarna kommer att infrias är ännu för tidigt att säga.

Samverkan mellan olika delar av välfärdssystemet

Stark kritik har riktats mot bristen på samordning mellan olika delar av välfärdssystemet. För hälso- och sjukvården finns samordningsbehov både i relation till sjukförsäkringen och till kommunerna. Det framstår exempelvis som ett oacceptabelt samhällsekonomiskt slöseri om sjukförsäkringen tvingas betala ut stora belopp i sjukersättning enbart för att det är en lång väntetid innan den sjukskrivne kan behandlas inom hälso- och sjukvården.

På samma sätt kan kommunerna drabbas av onödigt höga kostnader för hemtjänst om hälso- och sjukvården har otillräcklig kapacitet för behandling av olika funktionsnedsättande sjukdomar hos de äldre.

Alltför stora besparingar inom hälso- och sjukvården kan således leda till att samhällets totala kostnader i samband med sjukdom ökar. Till en del kan risken för onödiga kostnader motverkas om informationsutbyte och samverkan mellan olika sektorer ökar. Ett sätt att åstadkomma detta kan vara att ge sjukförsäkringen och kommunerna möjligheterna att tillföra hälso- och sjukvården mer resurser.

Försök i denna riktning sker inom ramen för de s. k. Dagmaröverenskommelserna. Försäkringskassorna disponerar sammanlagt 485 milj kr. 1992 som efter överenskommelse med sjukvårdshuvudmännen kan användas för rehabiliterande insatser. En förutsättning är att de bidrar till att sänka sjuktalet. Försöken som startade 1990 har ännu inte utvärderats men de erfarenheter som hittills redovisats tyder på goda resultat.

En annan försöksverksamhet med finansiell samordning mellan hälso- och sjukvården och socialförsäkringssystemet föreslås börja 1993. Regeringen har lagt fram en proposition om detta. Syftet är att åstadkomma incitament inom systemen för helhetsbedömningar, som bidrar till bättre hälsa för befolkningen, samtidigt som belastningen på samhällsekonomin minskar. Denna försöksverksamhet skall pågå i tre år.

Försöksverksamhet med kommunalt huvudmannansvar för primärvården påbörjas också i fem kommuner belägna i fyra olika landsting. Syftet

med försöken är framför allt att pröva om möjligheterna att erbjuda medborgarna en god service och vård ökar med en gemensam huvudman för såväl socialvård som lokal hälso- och sjukvård. Vidare skall prövas om en ökad samordning av dessa verksamheter innebär att de samlade resurserna kan utnyttjas effektivare. Försöken skall pågå i fem år och skall följas och utvärderas av socialstyrelsen.

Avslutning

Den offentliga sektorns ekonomiska svårigheter gör att stor uppmärksamhet nu riktas mot sättet att använda resurserna och möjligheterna att öka produktivitet och effektivitet. Flera exempel visar att det är möjligt att uppnå betydande resultat även inom landstingens verksamhetsområden.

Förhoppningarna är stora på att utvecklingen av hälso- och sjukvårdens storsystem skall medföra ökad effektivitet. I flera avseenden har de modeller som nu prövas lånat drag från de försäkringsfinansierade system som finns i andra länder. De bär med sig både för- och nackdelar. En avgörande fråga är om och i så fall hur fördelarna från respektive system går att förena i ett och samma system. De försök som nu pågår i landstingen är försök att med vissa variationer uppnå detta. Det blir en viktig uppgift de kommande åren att utvärdera resultaten av dessa försök.

9 Alternativ för finansiering av hälso- och sjukvård

En parlamentarisk kommitté som tillsätts under våren skall dels analysera och bedöma hälso- och sjukvårdens resursbehov fram till år 2000, dels överväga hur hälso- och sjukvården bör finansieras och organiseras på den övergripande samhällsnivån. Den kommer bl. a. att utreda för- och nackdelar med olika finansierings- och styrsystem. En fortsatt utveckling av det nuvarande systemet med en reformerad landstingsmodell är ett alternativ, finansiering via primärvården är ett annat alternativ. Ett tredje alternativ slutligen som kommittén skall utreda är finansiering via en obligatorisk sjukförsäkring. I det följande berörs några aspekter på framförallt skattefinansiering jämfört med försäkringsfinansiering.

Kostnadskontroll

Det skattefinansierade och budgetstyrda systemet anses ha en fördel när det gäller kontrollen av kostnadsutvecklingen eftersom en ekonomisk ram bestäms för utgifterna. I ett försäkringsfinansierat system bestäms utgifterna i stället genom den vård de försäkrade efterfrågar och som de har rätt att erhålla. Det betyder inte att ett land med skattefinansiering nödvändigtvis måste ha lägre sjukvårdskostnader än ett land med försäkringsfinansiering. Andra faktorer har också betydelse, inte minst samhällets välstånd och de mål som sätts upp för hälso- och sjukvården.

Möjligheterna att styra kostnadsutvecklingen i ett budgetstyrt system illustreras av den aktuella utvecklingen i Sverige. Under 1980-talet har strävan varit att dämpa kostnadsökningarna inom bl. a. hälso- och sjukvården. Den utveckling som redovisats i tidigare avsnitt visar att landstingen i huvudsak har uppfyllt kravet under andra hälften av 1980-talet om att volymökningen skulle begränsas till 1 procent per år. Under 1991 och 1992 väntas volymen vara oförändrad.

Under de kommande åren ställs ännu starkare krav på återhållsamhet med den offentliga sektorns finansiella resurser. Skillnaderna mellan skattefinansiering och försäkringsfinansiering vad gäller möjligheterna att styra totalkostnadernas utveckling bör därför få stor betydelse för val av system och det bör vara en viktig uppgift för utredningen om hälso- och sjukvårdens finansiering och organisation att analysera om det är möjligt att upprätthålla en effektiv kostnadskontroll i ett försäkringsfinansierat system.

Effektivitet

I försäkringsfinansierade system är hälso- och sjukvården en rättighet för medborgarna. Denna rättighet måste regleras i detalj. Sjukvården ersätts i relation till de godkända prestationer den utför. Detta ger kliniker och läkare en stimulans att öka prestationsmängden. Samtidigt som produktiviteten således ökar uppstår lätt problem med att styra verksamheten så att rätt saker görs dvs. så att även effektiviteten blir hög. Försök med att komma tillrätta med detta har i vissa länder resulterat i omfattande regelverk som kräver mer byråkrati och högre administrativa kostnader än vad ett skattefinansierat system som det svenska gör. Bland annat förutsätter ett försäkringssystem en förteckning över vilka åtgärder som försäkringen omfattar. En sådan "rättighetskatalog" behövs eftersom varken läkare eller patient normalt har något incitament att begränsa kostnaderna.

En viss uppfattning om vilka arbetsinsatser som skulle krävas för att utveckla en sådan förteckning erhöles i samband med utformningen av den s. k. vårdgarantin som gäller i samtliga landsting fr. o. m. 1992. De relativt enkla regler som gäller för denna garanti, som endast omfattar nio diagnoser/behandlingar, krävde ett mycket omfattande utredningsarbete. Den snabba tekniska utvecklingen talar också för att regelverket kommer att bli föråldrat på relativt kort tid. Det blir därmed också allt svårare att kontrollera att det följs.

Ett annat exempel som visar vilka problem som kan uppstå vid införande av rättigheter är utvecklingen inom området kostnadsfria förbrukningsartiklar. Staten har inte förmått anpassa reglerna till den snabba tekniska utvecklingen inom detta relativt snäva område. Därmed har nya kategorier av förbrukningsartiklar inte kommit in i systemet trots att detta rimligen borde ha skett. Samtidigt har kostnaderna för de kategorier som redan är godkända ökat i snabb takt. Svårigheterna att hantera systemet gör att resurserna inte kommer till effektivast möjliga användning.

Detsamma gällde handikapphjälpmedel när dessa var försäkringsfinansierade. I mitten av 1970-talet överfördes därför hjälpmedlen till landstingens ansvarsområde.

Jämförelser mellan länder med olika finansieringssystem visar en utveckling som innebär att de två systemen när specifika problem skall lösas ofta tillämpar principer som vanligen hör hemma i det motsatta systemet. Skillnaderna mellan systemen förefaller därmed vara på väg att bli mindre. Tidigare i detta avsnitt har beskrivits de försök som nu görs inom svensk hälso- och sjukvård för att med nya styrmodeller öka verksamhetens produktivitet och effektivitet. Många impulser till dessa förändringar har kommit fram vid studier av hur andra länders sjukvård fungerar.

Valfrihet

En fördel med ett försäkringsfinansierat system kan vara att patienten har större frihet än i ett skattefinansierat system att välja var och av vem sjukvården skall ges. Ofta finns i ett försäkringsfinansierat system dessutom mer eller mindre utvecklade möjligheter att välja alternativa försäkringsnivåer. Högre premier kan ge extra förmåner exempelvis möjligheter att välja särskilda sjukhus eller få enskilt rum vid eventuell sjukhusvistelse

etc. Å andra sidan innebär de regelverk som normalt hör till ett försäkringsfinansierat system att valfriheten långt ifrån är obegränsad.

Som framgår av den tidigare redovisningen i detta avsnitt innebär de pågående förändringarna i styrning av den svenska hälso- och sjukvården även i det här fallet att det svenska systemet närmar sig förhållandena i de försäkringsfinansierade systemen.

Politisk förankring

En övergång till ett försäkringsfinansierat system, av den modell som är vanlig i flera europeiska länder, skulle innebära att den nuvarande politiska förankringen på landstingsnivå av beslut om prioriteringar och strukturella förändringar inom hälso- och sjukvården skulle upphöra. En tänkbar modell är att landstingens roll som beställare av vård övertas av en central försäkringsorganisation eller av regionala försäkringskassor och att deras agerande styrs av centralt fastställda regler. Beslut med stor ekonomisk betydelse som byggande eller nedläggning av sjukhus skulle därmed få fattas av staten eller genom producenternas egna marknadsmässiga ställningstaganden.

Vid en jämförelse framstår den nuvarande landstingsmodellen ha större möjligheter till flexibilitet än en centralt styrd försäkringsmodell. De relativt stora möjligheter som landstingen har att själva utforma sin verksamhet och formerna för hur den skall styras bör exempelvis underlätta en anpassning till regionala och lokala förhållanden och till fortlöpande förändringar i dessa förhållanden.

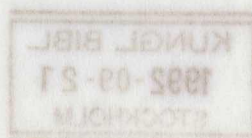
En annan skillnad är att medborgarna i landstingsmodellen får närmare till dem som har ansvaret för prioriteringarna vid fördelningen av hälso- och sjukvårdens resurser. Den skillnaden kan bli av ännu större betydelse när resurserna inte längre får öka utan kanske t.o.m. måste minska.

Avslutning

Skattefinansiering och försäkringsfinansiering har olika för- och nackdelar. Utredningen om hälso- och sjukvårdens organisation och finansiering kommer förhoppningsvis att ytterligare klargöra skillnaderna mellan systemen. Utredningen bör dessutom bidra till att ytterligare belysa vilka möjligheter det finns att förena fördelarna i ett försäkringsfinansierat system med de grundläggande dragen i hälso- och sjukvårdens nuvarande finansieringssystem.

Bilagor till långtidsutredningen 1992

| Nr | Namn | Författare |
|----|---|--|
| 1 | Metoder, modeller och beräkningar | Finansdepartementet |
| 2 | Svensk beskattning i ett integrerat Europa | Krister Andersson |
| 3 | Näringslivets utveckling till 2004 – tillväxt eller stagnation? | Närings- och teknikutvecklingsverket |
| 4 | Sveriges framtida befolkning | Statistiska centralbyrån |
| 5 | EG och den regionala utvecklingen i Sverige | Expertgruppen för forskning om regional utveckling |
| 6 | En effektiv miljöpolitik | Sören Wibe och Bengt Kriström |
| 7 | Arbetslöshet och arbetsmarknadspolitik | Anders Forslund |
| 8 | Långsiktiga perspektiv på inkomstfördelningen | Anders Björklund |
| 9 | Segregation – ett svenskt dilemma? | Sven E. Olsson |
| 10 | Hur styrs statens budget? | Finansdepartementet |
| 11 | Nationalförmögenheten | Konjunkturinstitutet och Statistiska centralbyrån |
| 12 | Pensionsfrågan | Stefan Ackerby |
| 13 | Landsting i förändring | Landstingsförbundet |
| 14 | Lönebildning under kontroll? | Jan Bröms |
| 15 | Utrikeshandel och handelspolitik | Peter Kleen m. fl. |
| 16 | Svenska kvinnor möter Europa | Inga Persson |
| 17 | Aspekter på avgiftsfinansiering | Lars Söderström |
| 18 | Svensk ekonomi och den fria arbetskraftsrörligheten | Per Lundborg Industriens utredningsinstitut |
| 19 | Inkomstfördelningen under 1980-talet | Kjell Jansson och Agneta Sandqvist Statistiska centralbyrån |



| Nr | Författare |
|----|---|
| 1 | Forskningsinstitutet för arbetsmarknad och utbildningspolitiska studier |
| 2 | Kristen Andersson |
| 3 | Näringslivet efter 2004 - vilken eftersträvan? |
| 4 | Statistiska centralbyrån |
| 5 | Expertgruppen för forskning om regional utveckling |
| 6 | Sören Wibe och Bengt Karlsson |
| 7 | Anders Forslund |
| 8 | Anders Björkblad |
| 9 | Sven E. Olsson |
| 10 | Forskningsinstitutet för arbetsmarknad och utbildningspolitiska studier |
| 11 | Konjunktinstitutet och Statistiska centralbyrån |
| 12 | Stellan Andersby |
| 13 | Landslagshandeln |
| 14 | Jas Björn |
| 15 | Peter Kleen m.fl. |
| 16 | Jaga Persson |
| 17 | Lars Söderström |
| 18 | Peter Lundborg |
| 19 | Kjell Jansson och Agneta Sandvick |

KLINGL BIBL
1985-09-27
MICHIGAN

Hälso- och sjukvården är landstingens viktigaste ansvarsområde. Den är också den del av den offentliga sektorn som medborgarna värderar högst enligt olika opinionsundersökningar. Och efterfrågan på vård växer; vi blir fler äldre och framstegen inom den medicinska tekniken gör det möjligt att framgångsrikt behandla allt fler sjukdomar och handikapp.

Men landstingen står inför ekonomiska problem. Prognoserna visar att inkomsterna i form av skatter och statsbidrag inte kommer att räcka för att finansiera verksamheten i dess nuvarande omfattning. Antalet anställda måste minska de närmaste åren.

Just nu genomförs stora förändringar i sättet att organisera och styra sjukvården. Syftet är att öka produktivitet och effektivitet. Mest uppmärksammade är försöken att öka inslagen av konkurrens i verksamheten. Kan produktiviteten höjas så att hälso- och sjukvårdens standard och tillgänglighet kan bibehållas? Måste patientavgifterna höjas? Hur blir utvecklingen inom andra områden som landstingen svarar för?

Detta är några av de frågor som behandlas i denna rapport som har utarbetats inom Landstingsförbundets kansli.

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.

ISBN 91-38-13056-4
ISSN 0375-250X