



**EKONOMIHÖGSKOLAN**  
Lunds universitet

Nationalekonomiska institutionen  
Kandidatuppsats 10p  
3 Februari 2006

## Sjukvårdssystem i förändring - en jämförelse mellan Sverige, Danmark och Norge

Författare: Carolin Ceihagen  
Handledare: Professor Carl-Hampus Lyttkens

## Abstract

Tanken med denna uppsats är att jämföra Sveriges sjukvårdssystem med Danmarks och Norges och analysera om en liknande reform med ökad centralisering, som skett i Norge och som kommer att ske i Danmark, är ett alternativ för Sverige. Alla tre länderna har en historia med decentraliserad, offentligt tillhandahållen sjukvård och vikten läggs vid allas rätt till lika vård. Solidarisk finansiering med skatter är en självklarhet för dessa tre länder. Reformerna som skett i Norge och planeras i Danmark innebär att man går ifrån den traditionella modellen och mer ansvar och makt flyttas över på staten. De danska och norska motsvarigheterna till Sveriges landsting läggs ner och nya sjukvårdsregioner bildas. I Norge bildas fem hälsoföretag som leds av professionella styrelser utan politiker och i Danmark planeras fem regioner med folkvalda, politiska representanter. Det gemensamma är att statens inflytande ökar och att staten tar över ägandet av sjukhusen. Olika problem inom sjukvårdssektorn med långa väntetider, oklara ansvarsförhållande och ökande sjukvårdskostnader har lett fram till dessa reformer. Sverige är i dagen i en liknande situation med ungefär samma problem. Dock är det inte säkert att ökad centralisering är lösningen men en reform behövs av dagens system för att kunna anpassa sjukvården till framtida utmaningar med bl.a. en åldrande befolkning.

**Nyckelord:** sjukvårdssystem, reformer, decentralisering, offentligt, centralisering

# Innehållsförteckning

<b>1. Inledning</b>	<b>4</b>
1.1 Syfte och frågeställning	4
1.2 Metod	5
1.3 Material	5
1.4 Disposition	6
1.5 Avgränsningar	6
<b>2. Ekonomisk teori</b>	<b>7</b>
4.1 Inledning	7
4.2 Egenskaper inom hälso- och sjukvården	7
4.3 Fiskal federalism	9
4.4 Klubbteori	11
<b>3. Sjukvårdssystemet i Danmark</b>	<b>13</b>
3.1 Inledning	13
3.2 Historisk bakgrund	13
3.2.1 Kommunalreformen 1970	15
3.2.2 Familjeläkarsystemet 1973	16
3.2.3 Lagstiftande reformer på 1990-talet	17
3.2.4 Förändringar i finansieringen	18
3.3 Problem med systemet	19
3.4 Reformen 2007	20
3.4.1 Mål och förväntade effekter	21
3.5 Sammanfattning	22
<b>4. Sjukvårdssystemet i Norge</b>	<b>23</b>
4.1 Inledning	23
4.2 Historisk bakgrund	23
4.2.1 Finansiering	26
4.2.2 1990-talets reformer	26
4.2.3 Fastelegeordningen 2001	27
4.3 Problem med systemet	28
4.4 Reformen 2002 och dess mål	29
4.4.1 Effekter och förväntade effekter	30
4.5 Sammanfattning	32
<b>5. Sjukvårdssystemet i Sverige</b>	<b>33</b>
5.1 Inledning	33
5.2 Historisk bakgrund	33
5.3 Sjukvårdssystemets organisation	36
5.4 Problem med systemet	38
5.5 Sammanfattning	40
<b>6. Komparativ analys mellan länderna</b>	<b>41</b>
6.1 Inledning	41
6.2 Decentralisering eller centralisering?	41
6.3 Optimala regioner	46
6.4 Slutkommentar	49
<b>7. Källförteckning</b>	<b>50</b>

# 1. Inledning

Sjukvårdssystemet i Sverige präglas av problem med ökade kostnader, långa väntetider och en oklar ansvarsfördelning. Sverige står liksom Norge och Danmark inför stora utmaningar i framtiden med en åldrande befolkning, medicinsk utveckling som leder till ökade kostnader och patienter som ställer högre krav på kvalitet och säkerhet i vården tillsammans med krav på kostnadseffektivitet. Norge och Danmark har redan börjat förändra sina sjukvårdssystem för att få en tydligare ansvarsfördelning och för att kunna leva upp till de nya krav och utmaningar som finns och som kommer i framtiden. Norge flyttade år 2002 över ägandet av alla offentliga sjukhus till staten och de ursprungliga fylkeskommunerna ersattes med fem sjukvårdsregioner som är ansvariga för att förse invånarna i regionen med sjukvård. Dessa sjukvårdsregioner drivs med en företagsliknade struktur och har varsin professionell styrelse, dvs. en styrelse utan politiker. Ledamöterna har istället erfarenhet av att driva större företag. I Danmark finns också en tro att ökad centralisering med ökad statlig inblandning kommer att förbättra strukturen på den offentliga sektorn och bättre anpassa den till framtida utmaningar. Dock kommer reformen i Danmark år 2007 att skilja sig från reformen i Norge. I Danmark kommer strukturen fortfarande att vara decentraliserad efter reformen även om staten kommer att få mera makt. Fem sjukvårdsregioner kommer att skapas och de kommer att ledas av folkvalda politiker som får ansvaret för sjukvården i landet. Amtkommunerna kommer att läggas ner och vissa av deras ansvarsområden kommer att föras över på kommunerna. Sjukvårdsregionerna kommer att finansieras med statsbidrag och bidrag från kommunerna, så amternas ursprungliga beskattningsrätt kommer att försvinna. Målet i både Norge och Danmark är att sätta patienten i centrum och förbättra kvaliteten och tillgängligheten inom sjukvården. Reformerna förväntas även skapa tydligare ansvarsfördelning och bättre förutsättningar för stordriftsfördelar och kostnadseffektivitet.

## 1.1 Syfte och frågeställning

Syftet med denna uppsats är att utifrån de reformer av sjukvårdssystemet som nyligen skett i Norge och som planeras i Danmark, analysera om liknade förändringar med ökad centralisering kan förbättra sjukvårdssystemet i Sverige.

Uppsatsens frågeställning är:

- Behövs en reform med ökad centralisering även i Sverige för att förbättra sjukvårdssystemet?

## 1.2 Metod

För att försöka besvara frågeställningen kommer uppsatsen att inledas med en beskrivning av sjukvårdssystemen i Danmark och Norge och bakgrunden till de reformer som har genomförts och planeras där. Uppsatsen kommer även att ta upp vad reformerna har inneburit och vilka effekter de förväntas få för respektive land. För Norge som genomförde sin sjukvårdsreform för några år sedan och för Danmark som kommer att genomföra sin nästa år. Därefter kommer Sveriges sjukvårdssystem att beskrivas och de olika problem med långa väntetider, ineffektivitet och brist på tydlig ansvarsfördelning som finns. Slutligen kommer de tre sjukvårdssystemen att analyseras utifrån ett välfärdsperspektiv med hjälp av teorin för fiskal federalism. Klubbteorin kommer även att appliceras på området sjukvård som ett komplement till den övriga diskussionen. Vissa svårigheter med att se tydliga effekter finns och därför kommer resonemanget till stor del att förlita sig på de förväntade effekterna av reformerna i Danmark och Norge och uppsatsen ses mer som en teoretisk diskussion.

## 1.3 Material

I uppsatsen har olika vetenskapliga artiklar, rapporter och avhandlingar kring ämnet, reformer av sjukvårdssystem, både nationella och internationella, använts. Ansvarskommitténs underlags-PM och första delbetänkande i sin utredning om struktur och uppgiftsfördelning i den svenska samhällsorganisationen har också varit till stor hjälp. Ansvarskommittén har fått i uppdrag av den svenska regeringen att redovisa den övergripande ansvarsfördelningen inom hälso- och sjukvårdsområdet och dess förväntade förändringar och utmaningar för vården. Mycket information kommer även från den danske professorn i hälsoekonomi, KM Pedersen, som skrivit mycket om reformerna i Norge och Danmark. WTO och OECD har även flera informationsrika rapporter som använts i uppsatsen. Teorierna om fiskal federalism och

klubbteorin som ligger till grund för analysen kommer från kurslitteraturen till Hälsoekonomi B/C och Offentlig ekonomi B/C på Lunds universitet.

## 1.4 Disposition

Uppsatsen inleds med ett teoribeskrivningskapitel, kapitel 2. Detta kapitel börjar med en beskrivning av hälso- och sjukvårdens egenskaper och anledningar till att ansvaret för hälso- och sjukvården ligger i offentlig regi. Därefter beskrivs de teorier som ligger till grund för analysen av frågeställningen. Kapitel 3 beskriver sjukvårdssystemet i Danmark, dess utveckling och den reform som planeras nästa år. Därefter kommer kapitel fyra med en liknade beskrivning av Norges sjukvårdssystem, den historiska utvecklingen och ansvarsreformen som genomfördes för några år sedan. Efter detta beskrivs det svenska sjukvårdssystemet i kapitel fem, först med en historisk bakgrundsbeskrivning och därefter hur det fungerar idag och de problem som finns. Uppsatsen avslutas med kapitel sex som analyserar de tre ländernas sjukvårdssystem och diskuterar centralisering och decentralisering utifrån teorin om fiskal federalism. I kapitlet kommer även klubbteorin att appliceras på sjukvård och några kommentarer om den optimala klubbstorleken kommer att tas upp. Slutligen några avslutande kommentarer kring analysen och författarens egna åsikter.

## 1.5 Avgränsningar

Uppsatsen inleds med ett resonemang kring hälso- och sjukvårdens egenskaper och anledningar till varför hälso- och sjukvården är offentligt tillhandahållen i Norge, Danmark och Sverige. Detta ligger till grund för resten av uppsatsen och begränsar diskussionen till endast offentliga sjukvårdssystem, deras utformning och grad av centralisering. Uppsatsen begränsas även till diskussion och jämförelse endast med sjukvårdssystemen i Danmark och Norge.

## 2. Ekonomisk teori

### 2.1 Inledning

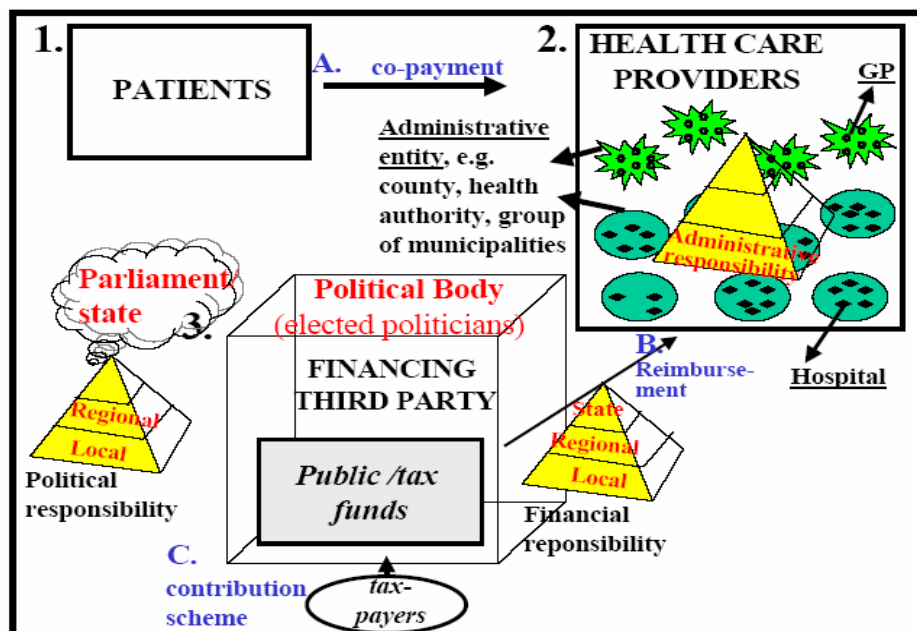
De respektive ländernas historia och utveckling av sina sjukvårdssystem är mycket viktiga för att förstå dagsläget och de reformer med ökad centralisering som Norge har genomfört och som Danmark planerar att genomföra. Den historiska utvecklingen har även stor betydelse för att kunna resonera kring Sveriges situation och kring syftet med uppsatsen. För att läsaren lättare ska kunna förstå utvecklingen och de problem som finns inleds uppsatsen med en beskrivning av hälso- och sjukvårdens egenskaper och de teorier som kommer att användas i analysen och som präglar hela uppsatsen.

#### 2.1.1 Egenskaper inom hälso- och sjukvården

Den traditionella teorin om marknader använder sig av en enkel modell med två slags aktörer dvs. köpare och säljare eller konsumenter och producenter (Folland, Goodman, Stano 2004, s 187). Marknaderna kan se olika ut beroende på antalet köpare och säljare, prisbildning, effektivitet och en mängd andra förhållanden. När det gäller finansieringen på den enkla marknaden innebär det att producenten finansierar all produktion med direkta betalningar från konsumenten. Så här ser dock inte sjukvårdsmarknaden ut i de nordiska länderna och det finns många skäl till detta, bl.a. osäkerhet och ojämn informationstillgång. Sjukvårdsmarknaden har även en tredje part, finansiären, som ger marknaden karaktären av en försäkringsmarknad (Jönsson m.fl. 2004, s 50). Finansiären kan vara privat eller offentlig och är den som ger patienten ett försäkringsskydd och betalar för sjukvården mot ersättning i form av skatter. Kännetecknande för Norge, Danmark och Sverige är att finansiären är offentlig. Försäkringsmarknader är komplexa och med avseende på sjukvård är det svårt att precisera och definiera det som ska ersättas. Hälsa kan inte köpas utan man köper sjukvård och relationen mellan hälsa och sjukvård präglas av osäkerhet.

Den generella marknadstriangeln anpassad till organisationsstrukturen av sjukvårdssystemen i Norden, se figur 1 (Pedersen 2002, s 16-19):

- Tredjepartsfinansiär, som ansvarar för sjukvården och finansierar den med skatter, statsbidrag och avgifter.
- Patienterna betalar endast en mindre patientavgift vid utnyttjande av vården
- ”Betalar vad man kan, får vård efter behov”
- Tredjepartsfinansiären utformar ersättningsystemen
- Principalagent förhållande mellan finansiären och sjukhusen
- De flesta vårdgivare är icke-vinst drivande i offentlig regi



Figur 1 (Pedersen, 2002, s 18)

Anledningen till att det finns en försäkring och en tredje part i form av en finansiär på sjukvårdsmarknaden, är att det finns risk och osäkerhet på marknaden (Rosen 2002, s 200-201). Genom en försäkring skyddar sig individerna mot stora, oförutsedda utgifter i framtiden. Sjukvårdsmarknaden präglas också av både imperfekt och asymmetrisk information. Patienter och läkare har oftast inte tillgång till samma information. Patienter kan också ha dålig information om sin egen hälsa och dålig information om vad sjukvården kan erbjuda.

Adverse selektion och moral hazard skapar även problem på sjukvårdsmarknaden. Adverse selektion skapar ineffektivitet på marknaden eftersom en part i en transaktion har information som inte är tillgänglig för den andra parten. Oftast har försäkringstagare bättre information



om sin hälsa och sina risker än vad försäkringsbolaget har och eftersom inte försäkringsbolaget kan identifiera olika individer och deras risker så måste de erbjuda samma försäkring åt alla. Försäkringsbolag delar dock vanligen in individer i grupper efter hur de vanligen utnyttjar sina försäkringar och dessa grupper får betala olika premie och får olika villkor. Problem dyker dock upp om den genomsnittliga försäkringstagaren har högre risk än den genomsnittliga försäkringstagaren i gruppen. Om många av försäkringstagarna blir sjuka förlorar försäkringsbolaget pengar och måste höja premierna vilket i sin tur gör att bolaget tappar individerna med låg risk eftersom de tycker att premien är för hög. Försäkringar får även individer att ändra sitt beteende och det är det som kallas moral hazard. Om en individ vet att han eller hon har en försäkring så kan detta leda till att individen tar sämre hand om sig själva och utsätter sig för en större risk. Sjukförsäkringar tenderar även att leda till överkonsumtion av vård. Adverse selektion skapar förutom ineffektivitet på marknaden även ökad risk för marknadsmisslyckande (Folland, Goodman, Stano 2004, s 194). Försäkringar på sjukvårdsmarknaden anses därför av många, enligt skattebetalarnas utredningschef, vara en för stor risk för privata försäkringsbolag och bör därför tillhandahållas och finansieras offentligt (Nordling 1998, s 1). Dock bör tilläggas att även om offentligt tillhandahållande och finansiering löser problemet med adverse selektion så finns problemet med moral hazard fortfarande kvar.

### 2.1.2 Fiskal federalism

Ett federalt system består av olika nivåer där man fattar beslut och tillhandahåller offentliga varor och service i samhället (Rosen 2002, s 506). Fiskal federalism handlar om de olika beslutsfattande nivåerna i samhället och relationen mellan dem (Oates 1999, s 1120). Wallace Oates menar att fiskal federalism handlar om att förstå vilka funktioner och beslut som bäst fattas på central nivå och vilka som passar bäst på en mera decentraliserad nivå. Ansvar för ett antal viktiga områden som gäller hela landet ligger vanligen på central nivå t.ex när det handlar om nationellt försvar, utrikesförvaltning, rättsväsendet, stabiliseringspolitik och omfördelnings- och fördelningspolitik (Rosen 2002, s 506-507). Vissa federala system är mera centraliserade än andra med mer av beslutsfattandet på statlig nivå. Centraliseringsgraden brukar mätas som den andel av de totala, direkta beslutsfattande

utgifterna som är gjorda av staten. Norge, Danmark och Sverige har väldigt decentraliserade system (Pedersen 2002, s 17) till skillnad från t.ex. Frankrike och USA (Rosen 2002, s 506).

Oates decentraliseringsteorem säger att (Oates 1999, s 1120-1121):

- För en offentligt tillhandahållen vara som
  - konsumeras av en geografisk delmängd av populationen
  - kostar lika mycket per enhet att producera centralt som lokalt
  
- Så kommer den alltid att vara mer (eller lika) effektivt för regionerna att tillhandahålla den Paretooptimala nivån än för den centrala regeringen att tillhandahålla en specifik och enhetlig nivå för alla regioner.

Argument för decentralisering är (Rosen 2002, s 515-517):

- möjlighet att anpassa utbudet till lokala preferenser
- informationsfördelar
- främjar konkurrens
- många olika lösningar – lär sig av varandra
- experimentering och innovation
- positiva externa effekter

Ett decentraliserat sjukvårdssystem är lättare enligt teorin att anpassa till lokala preferenser eftersom besluten tas närmare invånarna (Rosen 2002, s 515-517). Om invånarna i ett landsting vill satsa mera på barnsjukvård för att det finns många barn i landstinget, kan de göra detta utan att alla andra landsting i landet behöver göra det. Ett decentraliserat sjukvårdssystem främjar även konkurrensen eftersom det finns många kommuner och landsting som kan konkurrera med varandra. De kan även lära sig av varandra och satsningar på olika lokala preferenser skapar positiva externa effekter för andra kommuner och landsting när medborgarna flyttar och rör på sig. Ett landsting som har god sjukvård och som är bra på att förse sina invånare med information om god hälsa får medvetna och friska invånare som kan arbeta och försörja sig. Flyttar de sedan till andra delar av landet skapar detta positiva effekter för den nya kommunen och landstinget som får in friska, arbetsföra invånare.

Nackdelar med decentralisering (Rosen 2002, s 512-515):

- ineffektivitet
- brist på stordriftsfördelar
- negativa externa effekter
- skillnader mellan olika landsting/kommuners kapacitet att tillhandahålla offentliga varor
- skillnader i skattebörd

Decentralisering skapar skillnader i vårdutbud beroende på i vilken kommun/landsting en individ bor (Rosen 2002, s 512-515). Vissa kommuner har en väldigt bra äldreomsorg medan andra kommuner har satsat på andra områden och inte har alls samma utveckling inom äldreomsorgen. Detta skapar skillnader som befolkningen i Sverige, liksom i Danmark och Norge har svårt att acceptera. Decentralisering skapar även skillnader i skattebörd genom att vissa kommuner och landsting tar ut högre skatt än andra. I decentraliserade samhälle som Sverige, är det även svårt att utnyttja stordriftsfördelar eftersom kommunerna och landstingen är för små i storlek.

Vad är då den optimala allokeringen av ekonomiskt ansvar bland de olika beslutsnivåerna inom sjukvården i en enhetsstat? Hur mycket av beslutsfattandet och ansvaret ska ligga på central respektive regional och lokal nivå?

### 2.1.3 Klubbteori

För att ytterligare diskutera de fiskala rollerna i vårt samhälle kommer Buchanans klubbteori från 1965 (Buchanan 1965, s 1-14) att appliceras på sjukvården. Även om teorin inte är perfekt applicerbar på sjukvården eftersom sjukvård inte är en kollektiv vara så kan man med teorins hjälp fundera kring hur den optimala storleken på ett landsting eller en kommun bestäms liksom storleken på dess tillhandahållande av offentliga varor (Rosen 2002, s 507).

Buchanans teori handlar om en klubbvara som är en särskild form av en kollektiv vara (Buchanan 1965, s 1-14). En klubbvara är inte en ren kollektiv vara som är icke-exkluderbar och har egenskaper av icke-rivalitet utan en klubbvara är exkluderbar. Därför är en klubb en frivillig grupp av individer som tillhandahåller och delar på produktionskostnaden av en oren

kollektiv vara och de kan exkludera icke-medlemmar. Den mest fundamentala egenskapen av en klubb är att det är en frivillig grupp, medlemmar beslutar själva om de vill tillhöra gruppen. Landstingen ska ses som en klubb eftersom de är frivilliga i den bemärkelsen att man får lov att bo i vilket landsting man vill. När vi bor i ett landsting betalar vi landstingskatt och det kan ses som medlemsavgiften för att få vara med i klubben och utnyttja klubbvaran. Klubbvaran måste vara exkluderbar och det är dess huvudegenskap. Utan exkluderbarheten skulle det inte finnas några incitament att tillhöra en grupp och betala medlemsavgiften. Klubbvaran behåller dock karaktären av icke-rivalitet dvs. en persons konsumtion av varan reducerar inte konsumtionen av varan för andra personer. Förutom när trängsel inträffar och nyttan för en person påverkas av närvaron av de andra medlemmarna i klubben. Rivaliteten och överbelastningen ökar när antalet individer i klubben som delar samma klubbvara ökar för mycket. Ser man sjukvård som en klubbvara så är den exkluderbar eftersom sjukvården främst är till för invånarna i landstinget, dvs. medlemmarna i klubben. Problemet är dock att sjukvård inte har karaktären av icke-rivalitet. En individs konsumtion av sjukvård påverkar andra individers konsumtion av sjukvård inom landstinget. Man kan dock argumentera för att sjukvård är en speciell klubbvara och att individer faktiskt får ökad nytta av att de andra individerna i klubben får vård och mår bra. Människor bryr sig om varandra och får nytta när medmänniskorna är friska.

## 3. Sjukvårdssystemet i Danmark

### 3.1 Inledning

Danmark vår granne i söder, med 5,3 miljoner invånare, är en av världens rikaste länder, mätt i bruttonationalprodukt per invånare (Statskontoret 2002, s. 15). Danmark är också det land i Norden med mest nöjda invånare när det gäller hur sjukvården med familjeläkare fungerar i vardagen (Praktikertjänst 2004, s 4). Varför behövs då sjukvårdssystemet förändras om invånarna är så nöjda med det? Det finns liksom i de flesta andra sjukvårdssystem i Europa svagheter i strukturen (Strukturkommissionen betänkning sammanfattningen 2004, s 6-8). Strukturkommissionen tillsattes av den danska regeringen 1 oktober, 2002 för att utvärdera den offentliga sektorns struktur och deras analyser visade att den nuvarande offentliga sektorn inte är optimal för framtiden. Den begränsar de fördelar som den tekniska utvecklingen skapar, valmöjligheterna för medborgarna är svåra att uppfylla för de mindre kommunerna och det bedöms att det delade ansvaret för sjukvården mellan staten, amten<sup>1</sup> och kommunerna är otydligt och försvagar den överordnade utgiftsstyrningen och möjligheterna att prioritera. Därför har regeringen beslutat att genomföra en reform av den offentliga sektorn (IS<sup>2</sup> ”Aftale om strukturreform” 2004, s.5)

### 3.2 Historisk bakgrund

Före 1700-talet förlitade sig de flesta danskar på landägarna och hantverkarna när de var sjuka. Detta förändrades sedan när det feodala systemet bröts ner och statens makt ökade (Krasnik, Vallgård, Vrangbæk 2001, s.10-11). Grunderna för det kommunala självstyret började läggas (Statskontoret 2002, s 16).

Under 1700- och 1800-talet flyttades ansvaret för de fattiga och för sjukvården över på kommunerna och regionerna (Krasnik, Vallgård, Vrangbæk 2001, s.10-11). Och det började fungera som det gör än idag, med att staten beslutar om vissa riktlinjer om sjukvården och

---

<sup>1</sup> Amterna eller amtkommunerna är den danska motsvarigheten till våra landsting.

<sup>2</sup> IS är en förkortning för Indenrigs- og Sundhedsministeriet och den använder jag i den löpande källhänvisningen. Utförlig källa finns i källförteckningen.

välfärden och sedan är det de lokala myndigheterna som ansvarar för utförandet. Under denna tid började också det politiska intresset för Danmarks befolkning och välfärd växa fram. Det ansågs viktigt att hela befolkningen var frisk, produktiv och arbetsam för att nationens välfärd skulle förbättras. Så staten såg till att sjukvårdspersonal utbildades, vaccinationer för smittkoppor utfördes och distriktsläkare anställdes för att hjälpa den lokala befolkningen. Stadsplaneringen förbättras också med avloppssystem och vattenförsörjning.

De första sjukhusen byggdes under 1700-talet för att erbjuda medborgarna skydd och vård vid sjukdom (Krasnik, Vallgård, Vrangbæk 2001, s.12). De flesta sjukhusen som byggdes var väldigt små förutom utbildningssjukhuset i Köpenhamn som byggdes 1757. Det hade som syfte att lära upp och utbilda blivande läkare och kirurger och hade därför 300 sängar.

I slutet av 1800-talet fanns det ett sjukhus i nästan varje dansk stad. Dessa sjukhus var byggda av städerna och regionerna och finansierades med skatter, välgörenhet och avgifter från patienter. Det var städerna och regionerna som var för sig eller tillsammans ägde och skötte sjukhusen (Jönsson m.fl. 2004, s.209). Sjukhusen hade varsin egen styrelse med politiker som bestämde sjukvårdspolicyn.

Från 1930-talet ökade subventioneringen av sjukhusen från staten utan att staten ökade sitt formella inflytande över sjukhusen (Krasnik, Vallgård, Vrangbæk 2001, s.12). Det var även under detta årtionde som specialiseringen av sjukvården på sjukhusen började och den fortsatte att accelerera efter andra världskriget, vilket även investeringarna i sjukhusen gjorde (Byrkjeflot, Neby 2004, s 18). De ekonomiska kostnaderna var stora och ökade hela tiden. Sjukvårdssektorn expanderade och detta var mycket tack vare den politiska enigheten och stödet för den befintliga sjukvårdspolicyn. Antalet läkare som anställdes av sjukhusen ökade också kraftigt under denna tid.

Under andra halvan av 1800-talet började sjukförsäkringen att utvecklas (Pedersen 2004, s.209). 1892 bildades ett system med sjukfonder för låginkomsttagare som sedan utvecklades till att inkludera alla medborgare med medlemskap (Krasnik, Vallgård, Vrangbæk 2001, s.13). Sjukförsäkringssystemet subventionerades av staten även om det fanns en rädsla för att det skulle minska välgörenhetsstödet. Medlemmarna fick betala hälften av sjukvårdskostnaderna men fick i efterhand ersättning av sjukförsäkringen. Även besök hos allmänläkarna täcktes av försäkringen, vilket är en anledning till det stora utbudet av allmänläkare i Danmark. Den gamla sjukförsäkringen avskaffades 1973 och ett nytt system bildades som finansieras helt av skatter. Det nya nationella sjukförsäkringssystemet täcker besök hos allmänläkare, specialister och medicinska kostnader. Patienterna får dock själva betala för utskrivna mediciner, tandläkarbesök och frivilliga sjukförsäkringar.

### 3.2.1 Kommunalreformen 1970

I mitten av 1800-talet fick kommunerna självstyre enligt lag, under statens tillsyn (Statskontoret 2002, s 16). Danmark hade vid denna tid en befolkning på 1,4 miljoner människor och var ett utpräglat jordbruksland (Strukturkommissionens betänkning bind 2, 2004, kap 24). Ca 80 % av befolkningen arbetade inom jordbruket och var bosatt på landsbygden medan endast 20 % bodde i städerna. 1960 hade detta förändrats och jordbruket var inte längre dominerande. Befolkningen hade vuxit till 4,6 miljoner människor och de flesta bodde inne i städerna. Det hade skett stora förändringar i demografin och det kommunala landskapet. Kommunerna hade även redan i början på 1900-talet fått problem med att de var för små och självstyret blev begränsat av att staten bestämde mer och mer. Detta förstärktes efter efterkrigstiden och 1958 fick en kommission uppdraget att utreda den kommunala indelningen i Danmark.

1970 genomfördes kommunalindelingsreformen som innebar att de traditionella betäckningarna, lands kommun och köpstads kommun, försvann och en ny indelning infördes (Strukturkommissionens betänkning bind 2, 2004, kap 24). Vid denna tid fanns det 1300 landskommuner, 86 köpstads kommuner och 25 amter. 36 % av landskommunerna hade mindre än 1000 invånare och 2/3 hade mindre än 1500 invånare. Dessa hade pga. detta inte samma självständighet som köpstads kommunerna och i vissa budgetfrågor i landskommunerna krävdes det att de hade amternas godkännande. Indelningen medförde att antalet amter minskades till 14 st och antalet primärkommuner blev 275 st (Statskontoret 2002, s 17). Anledningen var att kommunerna och amterna skulle vara tillräckligt stora och ha kapacitet nog att kunna hantera de offentliga åtagandena inom välfärdssektorn, som sjukvård och utbildning. Den största delen av ansvaret för sjukvården och ansvaret för den offentliga sjukförsäkringen fördes över på amterna dvs. på regional nivå (Pedersen 2004, s.209). Amterna fick ansvar både för att driva sjukhusen och för att finansiera sjukvården med skatter (Krasnik, Vallgård, Vrangbæk 2001, s.15). Detta var för att skapa bättre sammanhållning och för att ha beslutsfattande så nära befolkningen som möjligt. Man ville från statens sida genomföra reformen för att förenkla den offentliga administrationen och i så hög grad som möjligt decentralisera förvaltningen ytterligare (Strukturkommissionens betänkande bind 2, 2004, kap 24). Kommunerna fick ansvar för äldre vården och ansvar för att förse ungdomar med sjukvård (Krasnik, Vallgård, Vrangbæk 2001, s.15). Kommunerna har även under senare år fått ett utökat ansvar för psykiskt sjuka och handikappade personer. Det danska

förvaltningssystemet är nu, efter reformen, indelat i tre nivåer (Statskontoret 2002, s 16). Statens ansvar begränsades till att stå för lagstiftningen och att förse kommunerna och amterna med riktlinjer för hur bl.a. sjukvården ska skötas (Krasnik, Vallgård, Vrangbäk 2001, s.19). Staten tillsammans med kommunfullmäktige och amtsrådet träffas också en gång om året för att sätta upp mål för den nationella sjukvårdsbudgeten. Mål som kommunerna och amterna dock inte är bundna att följa.

De 14 amterna styrs fortfarande idag av var sitt amtsråd som består av folkvalda politiker (Krasnik, Vallgård, Vrangbäk 2001, s.20). Det är val var fjärde år och kampanjerna brukar fokusera på lokala frågor. Amterna ansvarar förutom för sjukvården också för grundskolan, vägar och miljöfrågor. Dock står sjukvården för ca 70 % av budgeten. Amterna betalar också ut lönerna till allmänläkarna, specialisterna, tandläkarna och farmaceuterna genom det nationella sjukförsäkringssystemet.

De 275 kommunerna styrs av vars sitt kommunfullmäktige som det liksom till amtsrådet är val till var fjärde år (Statskontoret 2002, s 17-18). Kommunerna får själva bestämma om antalet fullmäktigeledamöter, det ska dock vara ojämnt och mellan 9 och 31 invånare. Undantaget är Köpenhamn där det högsta antalet är 55 ledamöter. Detta kommunsystem påminner mycket om de övriga nordiska ländernas kommunsystem.

Kommunerna och amterna har än idag tre inkomstkällor, som nämnt ovan är det skatter men även statsbidrag och avgifter (Krasnik, Vallgård, Vrangbäk 2001, s.27-28). Skatten är den viktigaste inkomstkällan och består främst av inkomstskatt från privatpersoner och fastighetsskatt. Kommunal/amtskatten varierar från kommun till kommun och från amt till amt. 1999 låg inkomstskatten mellan 28.6 % och 33.5 %. Statsbidragen delas ut både till amterna och till kommunerna och är den näst största inkomstkällan. Statsbidraget justeras bl.a. efter hur stor kommun respektive amtskatten är. Avgifterna för olika tjänster och liknande utgör bara en femtedel av inkomsterna.

### 3.2.2 Familjeläkarsystemet 1973

Familjeläkarsystemet är lagstadgat i sjukförsäkringslagen och ger alla danskar rätt till sin egen familjeläkare (Krasnik, Vallgård, Vrangbäk 2001, s.39-40). Det danska familjeläkarsystemet består av läkare som i privat regi driver mottagningar i allmänmedicin. Dessa familjeläkare fungerar som en första kontakt med sjukvården och som gatekeepers till sjukhusen och



specialister. Det är familjeläkarna som bestämmer om deras kompetens och teknologi räcker till för att behandla patienterna eller om de ska skickas vidare. Detta system bildades 1973 i samband med att den traditionella sjukförsäkringen byttes ut och ersattes med en offentlig sjukförsäkring (Praktikertjänst 2004, s 6). Sedan dess har alla danskar över 16 år kunnat välja mellan två familjeläkaralternativ som kallas grupp 1 och grupp 2. De som väljer grupp 1 registreras hos en familjeläkare inom en radie av 10 km från sitt hem och där får de gratis vård. De får även gratis vård hos specialister och odyl. vid remiss från sin familjeläkare. Söker de sig vidare utan en remiss får de betala sin vård själva. Antalet patienter som en familjeläkare får ta emot är begränsat enligt förhandlingar mellan läkarnas fackförbund och amten (Krasnik, Vallgård, Vrangbæk 2001, s.39-40).

De som väljer grupp 2 får besöka vilken familjeläkare de vill men de får då betala en patientavgift för besöket. Väldigt få danskar väljer denna möjlighet eftersom det är dyrare och eftersom de flesta är mycket nöjda med grupp 1 alternativet.

Läkarna som arbetar för amterna får sin lön från det nationella sjukförsäkringssystemet och den är en blandning av kapitation<sup>3</sup>, fee-for-service<sup>4</sup> och speciell ersättning för telefon konsultation odyl (Krasnik, Vallgård, Vrangbæk 2001, s.74-75).

### 3.2.3 Lagstiftande reformer på 1990-talet

1992 blev läkare enligt lag tvungna att informera sina patienter om deras tillstånd och om möjliga behandlingar och deras effekter (Krasnik, Vallgård, Vrangbæk 2001, s.79). Läkarna kunde inte längre behandla patienter mot deras vilja, utan patienterna fick rätt att välja behandling. Undantag gäller sådana behandlingar som är lagstiftade.

1993 stiftade det danska parlamentet en ny lag som gav medborgarna rätt att själva välja vilket sjukhus de ville bli behandlade på så länge det var inom amten (Byrkjeflot, Neby 2004, s. 20). Detta var en början till ett mer flexibelt system (Krasnik, Vallgård, Vrangbæk 2001, s.78). Staten ville ge patienterna ett större inflytande och låta sjukhusen konkurrera om patienterna. Utvecklingen till en marknadsliknade struktur är dock än på ett väldigt tidigt stadium. Väldigt få patienter utnyttjar sin rätt att själva välja sjukhus även om antalet långsamt ökar. De flesta som utnyttjar sin valmöjlighet gör det inom området för planerade operationer. Är det lång väntetid är risken större att patienterna söker sig till ett annat sjukhus.

---

<sup>3</sup> Kapitation betyder att läkarna får en fast ersättning per år oberoende på hur många patienter de behandlar.

<sup>4</sup> Ersättning per prestation/behandling.

Det är dock medborgarens egna amt som betalar för behandling i andra amt. Trots detta samarbetar de flesta amten med att koordinera sjukvårdsutbudet. Men konkurrensen mellan amten förväntas öka ju mer det blir accepterat att patienterna ha ett val, desto starkare incitament som skapas och desto mer tillgång till information om väntetider och kvalitet patienterna får.

I Danmark finns ett stort intresse för väntetider både från media och från politikerna (Krasnik, Vallgård, Vrangbæk 2001, s.80-81). Detta har lett till flera försök under de senaste åren att begränsa väntetiderna för olika behandlingar. 1993 sattes ett mål att patienter skulle få vänta max tre månader på en icke-akut operation. Detta mål skulle man nå innan 1996. Under tiden tillsattes extra pengar till sjukvårdssektorn för att öka aktiviteten. Och trots att en ökad aktivitet kunde mätas under de tre åren så nåddes inte målet med väntetiderna. Istället så försökte man införa en ny garanterad maximal väntetid på tre månader för knä- och diskbråcksoperationer. Även denna gång tillfördes mera finansiellt stöd till amterna och sjukvårdssektorn. En ökad aktivitet uppmättes och väntetider blev kortare men målet uppfylldes inte. Sedan undvek man under en lång tid att ha en generell garanterad maximal väntetidslagstiftning och istället sattes mål upp för olika patientgrupper. 1999 kom en lagstiftning för livshotade sjukdomar där olika väntetider var mål för olika tillstånd. Amterna var tvungna att behandla patienterna inom väntetiden eller betala för vård i en annan amt. I juli 2002 trädde lagen om en generell maximerad väntetid för alla icke-akuta tillstånd i kraft (European Observatory on Health Care Systems 2002, s 24). Lagen säger att om patienten inte får vård inom två månader har han eller hon rätt att söka sig någon annanstans på amtens bekostnad.

### 3.2.4 Förändringar i finansieringen

Efter kommunalreformen 1970 infördes en politisk kontrollerad, global budget för amterna och kommunerna (Krasnik, Vallgård, Vrangbæk 2001, s.80). Detta hade visat sig vara effektivt för att kontrollera sjukvårdsutgifterna. Dock begränsade systemet incitamenten för effektivitetsökningar både på utbuds- och efterfrågesidan. Vilket skapade problem med väntetider för vissa patientgrupper.

I januari 2000 infördes regeringens nya upplägg för finansieringen och ekonomistyrningen av sjukhusen som grundades i ett globalt finansieringssystem baserat på

DRG-ersättning och framförhandlade aktivitetsmål för varje sjukhus (Sundhedsministeriet 2000-2002, s 31-32). Varje sjukhus förhandlar fram en budget som till 90 % består av DRG-systemet<sup>5</sup> medan resterande 10 % är aktivitetsbaserat. Detta system innebär att sjukhus som utför fler behandlingar än vad de förhandlat fram, får extra ersättning. Så systemet kombinerar fördelarna med global budgetering och aktivitetsbaserad finansiering.

### 3.3 Problem med systemet

Sjukvårdssystemet i Danmark ger i sin helhet bra vård som är effektiv, men systemet är i behov av vidareutveckling och förnyelse för att leva upp till de krav som ställs med en åldrande befolkning och med mera informerade patienter (Amtrådsföreningen 2005, s 6). Sjukvårdssystemets organisation är idag fragmenterad med för dålig koordination mellan de olika delarna. Klyftan mellan amterna och kommunerna har också blivit djupare. Det upplevs som om ansvarsfördelningen är oklar och patienterna får dålig information, otydliga svar, långa väntetider och osäkerhet kring vad som händer efter utskrivning pga. dåligt samarbete mellan sjukvården och det sociala systemet. En del av problemet kan skyllas på oklar uppgiftsfördelning, och kommunerna och amternas ovilja att stå för kostnaderna, men även rutiner, vanor och kultur på sjukhusen är bidragande faktorer. Problem är även att amterna aldrig får överskott i de totala finanserna och detta beror mycket på att de inte har några incitament att generera överskott eftersom staten går in med statsbidrag om pengarna inte räcker (Strukturkommissionens betänkning sammanfattningen 2004, s 2). Detta gör att amterna är väldigt ineffektiva och inte beredda på eventuella fluktuationer i inkomster och utgifter.

Regeringen tillsatte år 2003 en strukturkommission som fick i uppgift att utreda den offentliga sektorns struktur. Kommissionen presenterade sin utvärdering i början av 2004 (Strukturkommissionens betänkning sammanfattningen 2004, s 6-7). De tog upp att Danmark karaktäriseras som politiskt och ekonomiskt decentraliserad och att denna organisation innebär goda möjligheter för politisk kontroll, styrning, koordinering, enkelhet för medborgarna mm. Traditionellt har man i Danmark värderat decentraliseringsprincipen högt i

---

<sup>5</sup> DRG (Diagnos relaterade grupper) är ett system med patientklassificering där patienter klassificeras i grupper efter likartade medicinska vårdtillfällen och därefter sätts ett pris på varje grupp som används i ersättningssystemen.

den offentliga sektorn eftersom uppgifterna löses så nära medborgarna som möjligt, anpassas till lokala förutsättningar och skapar en bredd demokratisk bas. Kommissionen ansåg att svagheterna med denna struktur i Danmark handlar dels om storleken på kommunerna och amterna dels om ansvarsfördelningen mellan staten, amterna och kommunerna. Kommissionens analyser visar att en del av kommunerna och amterna är för små för att uppnå goda resultat med de uppdrag som staten har tilldelat dem. De mindre kommunerna har svårt att, förse medborgarna med de valmöjligheter de har, de har högre utgifter per invånare och inte tillräcklig uthållighet när det gäller verksamheten som helhet. Kommunerna har också skilda förutsättningar vilket påverkar deras utgiftsbehov och ekonomiska förmåga. Det ger dem svårigheter att garantera sammanhängande och koordinerad service.

### 3.4 Reformen 2006

Staten tog kommissionens rekommendationer i åtanke och publicerade sina idéer om en strukturreform i april 2004 (IS "Det nye Danmark" 2004, s. 3-4). I juni enades Folketinget om att genomföra reformen med börjar den 1 januari 2006 och det följande året kommer att vara en övergångsperiod (Pedersen 2004, s.216).

Strukturreformen kommer att innebära att de 275 kommunerna i Danmark kommer att reduceras till färre än 100 (Groes 2005, s 77). Kommunerna kommer att ledas av en kommunstyrelse precis som tidigare med folkvalda politiker (IS "Aftale om strukturreform" 2004, s 13). Antalet ledamöter i styrelsen kommer att vara mellan 25-31 st och regleras efter antalet invånare i kommunen, som kan vara upp till 100 000 invånare. Kommunerna kommer att ta över flera av amternas uppgifter och amterna som haft ansvar för sjukvården i mer än 30 år, kommer att avskaffas (Indenrigs- och sundhedsministerens rådgivende udvalg 2003, s 11). Istället bildas fem nya sjukvårdsregioner med mellan 600 000 och 1,5 miljoner invånare, som helt ska sköta sjukhusvården (Pedersen 2004, s 216). Regionerna kommer att styras av folkvalda politiker som blir ansvariga för sjukhusservicen och däribland även psykiatri och för hela sjukförsäkringssystemet. Regionerna får också några andra ansvarsområden men sjukvården dominerar på deras agenda (IS "Aftale om strukturreform" 2004, s 8). Staten och kommunerna delar på resten av uppgifterna i den offentliga sektorn (Groes 2005, s 78). Inom sjukvården får kommunerna en stärkt roll och blir ansvariga för förebyggande

hälsovårdsarbete, handikappomsorgen och äldreomsorgen. Dock försvinner kommunernas beskattningsrätt som helt tas över av staten. Staten kommer att överta ansvaret för beskattningen och samla in pengarna. Därefter kommer staten att dela ut pengarna till kommunerna, finansieringen blir i form av ramanslag från staten.

Sjukvårdsregionerna får inte heller rätt att ta ut skatt utan kommer att finansieras med bidrag från kommunerna och staten (IS "Aftale om strukturreform" 2004, s 37). Staten står för 80 % av finansieringen där 75 % är ramanslag och resten är aktivitetsberoende anslag (Groes 2005, s 78). Kommunerna står för de resterande 20 % av finansieringen där den ena hälften är ett grundbidrag till sjukhusen och den andra ett aktivitetsberoende bidrag. Genom denna reform bryter staten den gamla kommunaltraditionen att finansiering och beslutsfattande skall hänga ihop.

### 3.4.1 Mål och förväntade effekter

Målet med reformen är att sätta medborgaren i centrum. Systemet ska förenklas och få en klarare ansvarsfördelning med mindre byråkrati (Groes 2005, s 77). Medborgarna ska inte längre behöva uppleva att de skickas mellan myndigheterna (IS "Det nye Danmark" 2004, s. 5). Dubbelarbete som idag allt för ofta görs av amter och kommuner ska undvikas (Groes 2005, s 77). Medborgarna ska via kommunerna få bättre service och tillgång till sociala förmåner. Stordriftsfördelar lovas av regeringen och förväntas leda till stora besparingar. Större kommuner får bättre ekonomiska förutsättningar att förse sina invånare med god vård och öka tillgängligheten på vård och behandling (IS "Aftale om strukturreform" 2004, s 34). Liksom de större sjukvårdsregionerna får ett större befolkningsunderlag när det handlar om att samla behandlingar, utnyttja specialiseringens fördelar och säkra en bättre användning av personalresurserna. Det blir lättare för regionerna att erbjuda den vård på sjukhusen som efterfrågas och därmed lättare att leva upp till de nationella kraven på ökad kvalitet, kortare väntetider och bättre information till patienterna (IS "Det nye Danmark" 2004, s. 5). Reformen förväntas även förbättra samarbetet mellan kommunerna och regionerna så att en bättre sammanhängande patientuppföljning skapas (IS "Aftale om strukturreform" 2004, s 37).

Regeringen räknar också med att skörda stordriftsfördelar för kommunerna när de blir större och får en större befolkning (Groes 2005, s 88-89). Enligt undersökningar som gjorts ligger mycket av stordriftsfördelarna i minskade administrationskostnader.

Reformen innebär att Danmark blir mer centraliserat än tidigare genom att staten blir mer inblandad i den offentliga sektorn (Pedersen 2004, s.211). Även om kommunerna får mer makt och ansvar så finns hela tiden staten där och vakar över dem och förser dem med statsbidrag. Regeringen menar ändå att en del av målet med reformen är att förstärka den lokala demokratin och ge kommunerna större möjligheter att anpassa sig till medborgarna (IS ”Redogörelse om närdemokrati” 2005, s 3).

### 3.5 Sammanfattning

Danmark är en traditionellt decentraliserad stat där beslutsfattandet alltid har legat så nära befolkningen som möjligt (Krasnik, Vallgård, Vrangbæk 2001, s. 10-11). Sjukvården och välfärden för landet har varit väldigt viktigt för Danmark de senaste 200 åren och varit en offentlig angelägenhet. Sjukvårdssystemet har genomgått en rad förändringar under historiens gång för att anpassas till befolkningen och landets utveckling. Ända sen kommunernas och amternas självstyre bildades har det varit viktigt att alla människor har lika rätt till sjukvård oavsett betalningsförmåga. Danskarna har länge varit väldigt nöjda med sitt sjukvårdssystem men utvecklingen går hela tiden framåt och systemet utsätts för nya utmaningar. Därför har regeringen beslutat att förändra strukturen på sjukvårdssystemet (Pedersen 2004, s.216). Den långa traditionen med decentraliserat beslutsfattande ska förändras och statens inblandning kommer att öka. Amterna kommer att försvinna helt och fem nya sjukvårdsregionerna kommer att bildas som ska sköta sjukhusen åt staten. Denna reform sägs vara inriktad på medborgarna och förväntas göra sjukvårdssystemet tydligare för patienterna och förse den med en effektivare och snabbare vård genom att kommunerna och regionerna blir större och får en större kapacitet. (IS ”Aftale om strukturreform” 2004, s.6).

## 4. Sjukvårdssystemet i Norge

### 4.1 Inledning

Norge, vår granne i väster, är en relativt ung självständig nation (Statskontoret 2002, s. 60). Landet har varit befolkat sen inlandsisen smälte men Norge blev först en enad stat år 1035 ([http://sv.wikipedia.org/wiki/Norges\\_historia](http://sv.wikipedia.org/wiki/Norges_historia) 2005-11-20). Norge var sedan i politisk union med Danmark från 1388 till 1814 och därefter i union med Sverige fram till 1905. Detta har påverkat Norge på många sätt bl.a. har den förvaltningspolitiska kulturen präglats av samarbetena med Danmark och Sverige (Statskontoret 2002, s. 60). Norges offentliga sektor är precis som Danmarks och Sveriges uppdelad i tre nivåer, statlig, regional och kommunal (Pedersen 2004, s.207). Sjukvårdssektorn har de senaste 30 åren varit decentraliserad med ansvaret så nära invånarna som möjligt. Norge genomgick dock nyligen en ansvarsreform som förändrade det decentraliserade systemet (Pedersen 2004, s.211). Detta efter många års diskussion och det faktum att Norge liksom många andra västeuropeiska länder står inför en åldrande befolkning och ett ökat antal personer med kroniska sjukdomar ("Health care systems in transition Norway" 2001, s.65). Den ökade levnadsstandarden och den ekonomiska tillväxten leder till nya utmaningar och anpassningar av sjukvårdssystemet. Anledningarna till ansvarsreformen i Norge var annorlunda än anledningarna till strukturreformen i Danmark, dock finns det många likheter (Pedersen 2004, s.217). Bakom båda reformerna finns tron att större statlig inblandning är ett sätt att hantera de växande problemen inom sjukvården.

### 4.2 Historisk bakgrund

I Norge började sjukvårdssektorn utvecklas under slutet av 1700-talet ("Health care systems in transition Norway" 2001, s.8-9). Det var då som läkarna började etablera sig och bygga upp mottagningar dit patienterna kunde komma. Det var dock fortfarande väldigt vanligt att läkarna åkte hem till sina patienter. Norge industrialiserades jämförelsevis sent och detta gjorde att antalet läkare och sjuksköterskor länge var sällsynta på landsbygden. Det var inte förrän i mitten av 1800-talet som det fanns fler än en läkare per 5000 invånare. De flesta

läkare var i offentlig tjänst och fram till 1836 kallades de för distriktsläkare. Ansvar för sjukvården på den lokala nivån var uppdelat på alla tre förvaltningsnivåerna, statlig, regional och kommunal. T.ex. så var staten ansvarig för den offentliga sjukvården erbjuden av läkare medan ansvaret för sjukvården som sjuksköterskorna utförde låg på regional nivå. 1860 grundades även en statlig institution med distriktsläkarna som var ansvariga för primärvården. Kommunerna hyrde in vissa läkare att ta hand om de fattiga som inte hade råd med sjukvård. Sjukhusen började också växa fram under början av 1900-talet. Anledningen till att utvecklingen gick långsammare i Norge än i Danmark och Sverige var att Norge var fattigt och befolkningen bodde utspritt över hela landet och många bodde på landsbygden.

Efter andra världskriget sattes det fart på utvecklingen inom sjukvården i Norge (Hagen, Iversen, Van den Noord 1998, s 10-11). 1967 skapades ett nationellt försäkringssystem som heter Folktrygden. Det är ett system som är obligatoriskt och universellt, och det finansieras med en del av inkomstskatten. Försäkringen täcker sjukvårdskostnaderna, sjukhusvistelse, äldreomsorg, tandvård, barnafödande, förlorade inkomst mm. Patienterna betalar ingenting av sjukvården vid norska sjukhus. Vid specialistvård utanför sjukhusen tillkommer en patientavgift och likaså vid besök hos en allmänläkare utanför sjukhusen.

1969 flyttades ansvaret för sjukhusen från staten till den regionala nivån, till de 19 fylkeskommunerna<sup>6</sup> ("Health care systems in transition Norway" 2001, s.10). Fylkeskommunerna fick ansvar för verksamheten och planeringen av de norska sjukhusen. Tidigare hade ansvarsfördelningen varit mycket otydlig och nu bildades istället ett enhetligt system för alla medicinska institutioner. Fylkeskommunerna tog även över finansieringen, tillhandahållandet och planeringen av den specialiserade sjukvården, laboratorierna, ambulansservicen, specialbehandling för alkohol- och drogproblem och tandvård för vuxna (Hagen, Iversen, Van den Noord 1998, s 7). Varje fylkeskommun fick sedan vid kommunalreformen 1976 (Pedersen 2002, s 55-56) ett högsta beslutande organ, fylkestinget, som var en direkt, folkvald församling (Statskontoret 2002, s. 61-63). Antalet ledamöter berodde på befolkningsstorleken i fylkeskommunen och på vad som var reglerat i kommunlagen. Ledamöterna valdes för en period av fyra år och hade under sig olika utskott som behandlade centrala ekonomiska frågor t.ex. skatter och budget. Det fanns även en fylkesordförande som representerade fylkeskommunen juridiskt och ledde mötena. Högste tjänsteman eller tjänstekvinna var fylkesrådmannen som ansvarade för driften av fylkeskommunens verksamhet. Denna verksamhet bestod i huvudsak av sjukvård,

---

<sup>6</sup> Fylkeskommunerna motsvarar ungefär våra landsting.



kollektivtrafik och vidareutbildning. Tyngdpunkten låg dock traditionellt på sjukvård, socialtjänst och omsorg. Denna sektor stod tidigare för ca 2/3 av de totala utgifterna i fylkeskommunerna.

Fylkeskommunerna hade i huvudsak tre inkomstkällor och det var skatter, statsbidrag och avgifter (Statskontoret 2002, s. 64-65). Den mest betydande var skatteinkomsten som bestod av inkomstskatt från privatpersoner och företag. Skattesatsens minimum och maximum nivå bestämdes av staten och fylkeskommunens påverkan var väldigt begränsad. Statsbidragen gav ett allmänt resurstillskott till fylkeskommunerna men påverkade även fördelningen mellan fylkeskommunerna.

Sedan 1974 har de 19 fylkeskommunerna varit indelade i 5 så kallade hälsoregioner för att främja sjukhusplaneringen och koordinera sjukhusservicen och då särskilt den specialiserade sjukvården (Hagen, Iversen, Van den Noord 1998, s 7). Det krävdes även ett större patientunderlag än vad som fanns i de enskilda fylkeskommunerna, för att kunna upprätthålla god kvalitet på vården. Varje hälsoregion styrdes av en regional hälsokommitté och varje region innehöll ett regionsjukhus som fungerade som ett undervisningssjukhus. Medlemmarna i hälsokommittéerna var politiska representanter från varje fylkeskommun och meningen var att dessa kommittéer skulle förbättra förutsättningarna för lika vård åt alla och skapa bättre kontroll över resurserna och bättre resursallokering ("Health care systems in transition Norway" 2001, s.10).

1984 flyttades ansvaret för primärvården och socialtjänsten helt över på de 435 kommunerna (Hagen, Iversen, Van den Noord 1998, s 10). Trots att kommunernas befolkningsmängder varierade väldigt, från 200 till 500 000 invånare, blev de ansvariga och enligt lag tvungna att förse sina invånare med behandling, rehabilitering och långvård och likaså finansiera vården. Denna vård utförs till största del av kommunala hälsocenter där det finns en grupp offentligt anställda allmänläkare. Det finns även en del privata mottagningar där patienter kan få hjälp av läkare, sjuksköterskor och tandläkare. Kommunerna fick också möjlighet att kontraktera privatläkare och betala dem fee-for-service. Detta på grund av att kommunerna var tvungna att ha minst en läkare som utförde både administrativa och kliniska uppgifter.

Några år senare, 1988, blev kommunerna även ansvariga för äldreomsorgen och drivandet av äldreboende. Denna uppgift tog de över från fylkeskommunerna. 1991 flyttades även mentalsjukvården från regional nivå till kommunalnivå.

### 4.2.1 Finansiering

Med början 1980 fick fylke­stingen en fast summa statsbidrag till sjukvården. Denna summa var justerad efter åldersfördelningen, inkomst per capita och populationens storlek ("Health care systems in transition Norway" 2001, s.59, 62). Fylkeskommunerna använde dessa pengar till att förse sina sjukhus med den årliga budgeten och varifrån även sjukvårdspersonalen fick sina löner. Detta system skulle underlätta kontrollen av kostnaderna och se till att det blev en jämn fördelning av sjukvården mellan regionerna. Den 1 juli 1997 förändrades detta system till en blandning av DRG-ersättning och global budget. Systemet förväntades ge incitament att höja effektiviteten på sjukhusen och därmed minska väntetiderna.

Läkarna i Norge har länge ansetts vara höginkomsttagare ("Health care systems in transition Norway" 2001, s.62-63). De offentligt anställda läkarna fick en fast lön av fylkeskommunerna som var framförhandlad med läkarförbundet i Norge. Privatläkarna som hade kontrakt med fylkeskommunerna och de lokala kommunerna fick sin ersättning via Folktrygden, den offentliga sjukförsäkringen. Ungefär 35-40 % av lönerna var en fast del medan resterande del var ersättning per patient, och patientavgifter som är reglerade av staten.

### 4.2.2 1900-talets reformer

Staten förändrade fokus under 1900-talet och mera vikt lades vid effektivitets problem och på kvaliteten av sjukvården. ("Health care systems in transition Norway" 2001, s.14).

1990 introducerade staten de första väntetidsgarantierna som dock inte gällde den specialiserade vården (St.meld.nr 44(1995-1996), s 1). Den maximala väntetiden för behandling sattes till 3 månader för allvarliga sjukdomar. Dessa garantier ändrades och förstärktes flera gånger under 1990-talet (Pedersen 2002, s 56).

Patienterna fick förstärkta rättigheter när det gällde val av behandling, val av sjukhus, tillgången till journaler och information till patienterna bl.a. om olika behandlingar ("Health care systems in transition Norway" 2001, s.71). Sjukvårdssystemet anpassades mera efter patienterna och gjordes tydligare att förstå. Staten ville skapa ett system som fokuserade på patienten och förbättra tillgången på sjukvård. Genom att patienten fick möjlighet att välja sjukhus blev sjukhusen mera patientinriktade för att få patienterna att välja just deras sjukhus. Sjukhusen förväntades också bli mera effektiva och få minskade väntetider, eftersom man

väntade sig att patienterna skulle söka sig till det sjukhus med kortast väntetid. Patienternas egna fylkeskommuner var dock fortfarande ansvariga för finansieringen av behandlingen, oavsett i vilken fylkeskommun det blev. Väntetiden för en patient att besöka en specialist efter han eller hon fått en remiss av allmänläkaren begränsades till 30 dagar (St.meld.nr 44(1995-1996), s 1). Patienten fick också rätt att inom de 30 dagarna få en bedömning av sitt behov av specialistvård och en uppskattning av när han eller hon skulle förväntas få denna vård ("Health care systems in transition Norway" 2001, s.71-72). Även rätten till att få ett andra utlåtande blev lag under 1990-talet.

#### 4.2.3 Fastelegeordningen 2001

Fastelegeordningen implementerades i Norge den 1 januari 2001 efter 10-15 års diskussioner och förhandlingar (Praktikertjänst 2004, s 7). Fastelegeordningen innebar att de norska medborgarna fick möjlighet att välja en familjeläkare som de kunde vända sig till i första hand när de behövde medicinsk vård. Norge skapade ett system som var väldigt likt det danska systemet med familjeläkare (Pedersen 2004, s.205). Familjeläkarna som var allmänläkare i primärvården blev självständiga företagare som slöt kontrakt med de lokala kommunerna istället för att vara anställda av dem. Systemet var frivilligt för de norska medborgarna att delta i ("Health care systems in transition Norway" 2001, s 72). Om de ville vara med fick de möjlighet att registrera sig genom att skriva upp sig på en av de familjeläkare som fanns. Medborgarna hade rätt att byta och välja en annan familjeläkare två gånger om året och möjligheten att få ett andra utlåtande av en annan allmänläkare tillkom också.

Anledningen till att staten ville införa familjeläkare var att de ville förbättra kvaliteten på den lokala primärvården (Praktikertjänst 2004, s 8-9). Medborgarna fick en möjlighet att välja läkare och det skapades lättare ett mer personligt förhållande patient – läkare emellan, till fördel för patienterna. Det blev även mera kostandseffektivt för staten eftersom det skapades ett stabilt system där läkarna hade goda incitament att stanna kvar länge med samma patientgrupp och god täckning av familjeläkare över hela landet. Detta sparar pengar åt samhället eftersom det är mycket billigare att ge vård på allmänläkarnivå än att den ska utföras på sjukhusen. Och om patienterna får en familjeläkare söker de sig till denna i första hand och då stoppas mycket "onödig" vård innan den kommer till sjukhusen. Familjeläkarnas

ersättning består till 30 % av kapitation och till 70 % av prestationsersättning för t.ex. kirurgiska ingrepp, laboratorier prover och röntgen.

Systemet fungerar mycket bra i Norge och 2004 hade 99 % av den norska befolkningen valt en familjeläkare (Praktikertjänst 2004, s 9). Systemet har även skapat incitament för läkare att specialisera sig inom allmänvården och andelen familjeläkare har ökat med 14 % från år 2000 till 2002. Systemet har även visat sig bli billigare än man räknat med och därför är den norska staten också väldigt nöjd.

### 4.3 Problem med systemet

Trots att Norge rankas väldigt högt på bl.a. WHO:s rangordning av världens hälsosystem (WHO<sup>7</sup> 2000, s 160) och att undersökningar visar hög patient tillfredsställelse, fanns det många problem med Norges sjukvårdssystem i början av 2000-talet. Flera försök hade gjorts under 1990-talet att minska väntetiderna för vård, ändå var det fortfarande vid denna tid långa väntetider för behandling (Hagen, Iversen, Van den Noord 1998, s 16). Undersökningar visar att det som patienterna var mest missnöjda med var just de långa väntetiderna och den begränsade möjligheten att välja sjukhus (NOU 1997:2, kap 2). Detta var ett stort problem för Norge eftersom man har en åldrande befolkning och ett ökande antal medborgare med kroniska sjukdomar (Hagen, Iversen, Van den Noord 1998, s 19). Vilket i framtiden förväntas att kräva effektivare sjukvård och fler vårdmöjligheter. Debatten om väntetiderna växte sig starkare i Norge och allmänheten ansåg att väntetiderna var oacceptabla

Det norska sjukvårdssystemet präglades också av regionala skillnader i effektivitet, tillgång till vård och sjukhuskostnader per capita (Fransson, Wennemo 2003, s 20-21). Ekonomiskt starka områden med en ung och frisk befolkning hade bättre förutsättningar att erbjuda bra vård än fylkeskommuner med sämre förutsättningar och mindre befolkningsunderlag. Norge är ett land där vissa regioner är väldigt glest befolkade och där det därmed inte är effektivt att bedriva alla typer av specialistvård. Därför behövdes ett system med bättre utbyte mellan regionerna för att göra vården tillgänglig för alla medborgare.

De ekonomiska problemen inom sjukvården har ökat de senaste åren (Sosial – och helsedepartementet, Sykehusreformen - noen eierperspektiv 2001, s 6). Trots en ökad tillväxt blev sjukhusens underskott bara större och större och staten fick gå in och bidra med mer och

---

<sup>7</sup> WHO är förkortningen till World Health Organization.

mer pengar. Ett annat problem var bristande samarbete och koordinering mellan och inom olika administrativa nivåer (Pedersen 2002, s 6). Även en oklar ansvarsfördelning mellan nationell och regional nivå hade skapat problem i sjukvårdssystemet. Mycket av det berodde på att fylkeskommunerna hade det operationella och planeringsansvaret medan staten hade det övergripande finansiella ansvaret. Sammantaget grundade sig många av problemen i bristande organisation, management och kontroll i sjukvårdssystemet. Enligt Kjeld Möller Pedersen dansk professor i hälsoekonomi är reformer ett resultat av politikernas begäran att förändra eller egentligen politikernas missnöje med det existerande systemet. Detta var fallet i Norge och det ledde fram till en stor ansvarsreform år 2002. För att kunna möta framtidens förändringar med ökade patienträttigheter, en åldrande befolkning och krav på kostnadseffektivitet var politikerna eniga om att sjukhusen måste bli mera flexibla och kunna reagera på allmänhetens efterfrågan och utbud ("Health care systems in transition Norway" 2001, s 74).

#### 4.4 Reformen 2002 och dess mål

När den nya regeringen tog över makten i Norge våren år 2000 lovade statsministern att en mera robust och effektiv modell för sjukvårdsdrift skulle etableras (Sosial – och Helsedepartementet, "Foredragsflak", 2001, s 1). Det skulle bli en reform av finansiering, organisering och drift. Målet var att göra hälso- och sjukvården bättre från patienternas synvinkel (Ot.prp.nr 66 (2000-2001), kap 2). Både kvaliteten och tillgängligheten var tvungen att förbättras. Reformen år 2002 är ett första steg att anpassa och modernisera den offentliga sektorn och bygga vidare på välfärdssamhällets värderingar om lika värde, rättfärdighet och solidaritet.

Reformen genomfördes och 1 januari år 2002 flyttades ansvaret och ägandet av sjukhusen från de 19 fylkeskommuner till staten ((NOU 1999:15), kap 1). All specialist och psykiatrisk vård flyttades från fylkeskommunernas ansvar till staten och hälsodepartementet, och organiserades i de fem hälsoregioner som bildades 1974. Detta gjorde att den nya organisationen kunde starta upp direkt eftersom hälsoregionerna redan var integrerade i sjukvårdssystemet och hade planerat hälso- och sjukvården framöver. Hälsoregionerna och sjukhusen organiserades i en företagsliknande struktur där regionerna blev som företag med varsin styrelse och under sig hade de sjukhusen som dotterbolag, även dem med en egen styrelse. Dock fungerar det inte riktigt som privata bolag men inte heller som offentliga

företag eftersom de inte får gå i konkurs, där är begränsningar för hur mycket de får låna på kapitalmarknaden och alla inkomster är offentliga medel. Dessa organiserade enheter är i laglig mening självständiga men staten är ägaren och står för den övergripande inriktningen. Staten kan påverka via lagar och regler, ordförande i den regionala styrelsen och via de allmänna mötena. Meningen är att hälsoföretagen ska konkurreras ut och bedrivs på ett mera marknadsmässigt och kostandseffektivt sätt utan att alla lika rätt till vård åsidosätts (Fransson, Wennemo 2003, s 17).

De regionala styrelserna består av minst fem utvalda medlemmar varav hälften kommer från den geografiska regionen (Pedersen 2002, s 29-30). Medlemmarna utnämns av staten vid det allmänna mötet. Medlemmarna är inte politiker utan personer med erfarenhet av att driva företag. Reformen handlade nämligen om att minska politikernas inflytande i sjukhusens dagliga verksamhet eftersom det var en allmän åsikt att de regionala politikerna la sig i för mycket i den operativa verksamheten (Pedersen 2004, s.218). Om en professionell styrelse tillsattes trodde man att detta skulle minska. Styrelsen som blir tillsatt fungerar liksom en styrelse i ett privat bolag och medlemmarna är personligen ansvariga för hur de sköter sina uppdrag. Styrelsen har i uppgift att ansvara för att medborgarna i regionen får den sjukvård de behöver via sjukhusen, privatläkare, privata sjukhus osv. Detta finansieras via statsbidrag från staten.

Under de regionala hälsoföretagen organiserades 70-80 sjukhus och institutioner i 45 hälsoföretag med varsin styrelse som tillsätts av den regionala styrelsen (Hagen, Kaarbøe 2003, s 20). Dessa sjukhusstyrelser är ansvariga för investeringar och driften av sjukhusen. Sjukhusen är bokföringspliktiga nästan som privata företag där de rapporterar vad som händer och följer upp sina beslut (Pedersen 2002, s 30). Sjukhusen formulerar även sin egen personal och kompensationspolicy. Sammantaget är det tänkt att detta ska skapa ett bättre ekonomiskt ledarskap och bättre möjligheter att snabbare och effektivare uppfylla de lokala behoven.

#### 4.4.1 Effekter och förväntade effekter

Statligt ägande av sjukhusen förväntas i sig själv inte att lösa sjukvårdssystemets problem (Sosial – och helsedepartementet, ”Sykehusreformen - noen eierperspektiv” 2001, s 7). Men staten tror att resurserna bättre kan tillvaratas i ett samlat ägande och därmed att förutsättningarna för ett effektivt resursanvändande och samspel blir bättre (Fransson,

Wennemo 2003, s 17-18). Reformen ska ge möjligheter till koordinerad styrning både på nationell och regional nivå. De regionala hälsoföretagen får möjlighet att själva bedöma när planstyrning passar bäst och när det är bäst att låta konkurrens råda. Den nya strukturen förväntas skapa en tydligare ansvarsfördelning för sjukvården och ta bort all direkt politisk inblandning i drivandet av sjukhusen (Sosial – och helsedepartementet, ”Sykehusreformen - noen eierperspektiv” 2001, 8). De regionala hälsoföretagen och sjukhusen blir rättssubjekt utanför den statliga förvaltningen. Detta förväntas skapa starkare incitament till kostnadseffektivitet och ökad produktivitet när sjukhusen drivs mera som företag och har större frihet. Som i sin tur förväntas att minska variationerna i kvalitén på vården och minska väntetiderna. Även ökad konkurrens pga. patienternas möjligheter att välja sjukhus förväntas bidra till detta. Målet är att skapa likvärdiga tjänster och hög kvalitet på alla sjukhus i hela landet.

Genom reformen har reglerna för investeringar för sjukhusen ändrats och förväntas öka tillvaratagandet av investerat kapital (Pedersen 2002, s 30-31). Detta bör i sin tur ge sjukhusen bättre ekonomiska förutsättningar och möjligheter att anpassa sig för förändringar.

Strukturen förväntas ge bättre koordination och samarbete när det gäller katastrofhjälp eftersom den delvis var en statlig angelägenhet tidigare. Även bättre utveckling av forskning och utbildning förväntas liksom nationella IT-lösningar. Reformen förväntas att på flera plan och inom alla områden leda till ökad effektivitet och resursallokering i det längre perspektivet.

I det kortare perspektivet har vissa resultat uppnåtts (Helsedepartementet 2003, s 1). Sedan reformen genomfördes den 1 januari 2002 har väntetiderna kortats, överbeläggningarna på sjukhusen har minskat, patienträttigheterna har satts i fokus på ett mera systematiskt sätt, utnyttjandet av personalresurserna har förbättrats och effektiviseringen av kostnadskontroll har satts igång. De långa väntetiderna har varit den norska specialistvårdens största problem. Därför är reducerandet av väntetiden till en mera acceptabel nivå en stor vinst för den offentliga sektorn. På 1990-talet gjordes flera försök att korta väntetiderna men dessa försök gav inte någon större effekt (”Health care systems in transition Norway” 2001, s.14). Det krävdes en förändrad struktur för att få igenom effekterna (Helsedepartementet 2003, s 1). Sedan 2002 har väntetiderna haft en positiv utveckling och de minskade med 6,3 % under det första året. Flera sjukhus har gått ut i media med att de har ledig kapacitet och kortare väntetider, detta har i sin tur lett till bättre utnyttjande av den lediga kapaciteten, ökad valfrihet för patienterna och ökad konkurrens om patienterna. Överbeläggningarna med patienter i korridorerna har länge varit ett problem som man genom reformen har haft lättare

att ta itu med och reducerat antalet i genomsnitt med 50 %. Det förbättrade samarbetet mellan sjukhusen och primärvården av färdigbehandlade patienter är en starkt bidragande faktor. Patienträttigheterna har man lyckats förstärka genom att de regionala hälsoföretagen har gått ut och aktivt informerat allmänheten om patienträttigheterna och då särskilt om rätten att själva välja sjukhus.

## 4.5 Sammanfattning

Norge har inte alls lika lång tradition av decentraliserat styre av sjukvården som Danmark. Norge har inte heller samma förutsättningar som Danmark eftersom Norges befolkning är mycket mera utspridd över hela landet och många människor bor i glesbygden ("Health care systems in transition Norway" 2001, s.8-9). Fylkeskommunerna i Norge hade ansvar för sjukhusen och specialistvården i ungefär 30 år innan staten tog tillbaka det ansvaret i reformen 2002 ("Health care systems in transition Norway" 2001, s.12-13). Då hade diskussionen varit igång länge om att skapa större hälsoregioner som skulle ansvara för sjukhusen och driva dem som företag. Indelandet av fylkeskommunerna i fem hälsokommittéer 1974 var ett förstadium till reformen år 2002. Problemet med systemet var att fylkeskommunerna var för små och hade inte förutsättningar att tillhandahålla lika vård åt alla sina invånare (Fransson, Wennemo 2003, s 20-21). Det fanns även stora skillnader i vården mellan de olika fylkeskommunerna och detta accepterades inte av befolkningen. Ett annat problem var de långa väntetiderna och överbelastningarna på sjukhusen (Sosial- og Helsedepartementet, "Sykehusreformen - noen eierperspektiv" 2001, s 5-6). Både medborgarna och politikerna var missnöjda med sjukvårdssystemet och år 2002 genomfördes en reform för att effektivisera sjukvården och göra den mera förberedd för framtidens utmaningar ((Ot.prp.nr 66 (2000-2001), kap 2). Den norska regeringen är medveten om att ett statligt ägande av sjukhusen inte kommer att lösa alla problem men tron är att den nya organisationen kommer att ta tillvara resurserna bättre och effektivisera systemet (Fransson, Wennemo 2003, s 17-18). Hittills har man kunnat se en minskning av väntetiderna och en ökad tillgänglighet för patienterna (Helsedepartementet, 2003, s 1).



## 5. Sjukvårdssystemet i Sverige

### 5.1 Inledning

Enligt hälso- och sjukvårdsrapporten 2001 har Sverige tillsammans med några andra länder en ledande position när det gäller befolkningens hälsa och då har man tittat på spädbarnsdödlighet och förväntad livslängd (Socialstyrelsen 2001, s 9). Rapporten visar även på att det svenska sjukvårdssystemet präglas av god kvalitet och goda resultat. Dock står Sverige inför liknande framtida utmaningar och problem som Norge och Danmark, med en ökad åldrande befolkning som kommer att efterfråga mer vård i framtiden. Även en ökad teknisk och medicinsk utveckling kommer att ställa krav på sjukvården liksom patienternas ökade medvetenhet och kunskap om sin hälsa och om sina rättigheter till sjukvård (Ansvarskommittén 2003, s 19). Det finns inte många andra länder som Sverige där staten delegerar så mycket makt till lägre nivå (Ekholm, Vlachos 2005, s 3). Genom att kommunerna och landstingen har så mycket ansvar för välfärden och rätten att beskatta invånarnas löneinkomster intar de en väldigt central position i samhället. Denna vertikala maktfördelning leder dock gärna till spänningar mellan de olika beslutsnivåerna. I Sverige är regeringen väldigt medveten om de framtida utmaningarna för sjukvården och om dagens problem för landstingen och kommunerna. Därför har en kommitté tillsatts av regeringen för att utreda och se över strukturen och uppgiftsfördelningen inom samhällsorganisationen (Kommittédirektiv 2003, s 1). Ansvarskommitténs arbete förväntas vara klart i början av år 2007.

### 5.2 Historisk bakgrund

Under 1600-talet anställde städer, byar och socknar för första gången läkare för att förse dem med vård (Ghatsnekar, Hjortsberg 2001, s.6). På landsbygden där majoriteten av befolkningen bodde vid denna tid var det staten som anställde läkare för att förse invånarna med enkel medicinsk vård. Ända sen dess har ansvaret för sjukvården i Sverige i huvudsak legat på den offentliga sektorn (Byrkjeflot, Neby 2004, s14).

Det första sjukhuset byggdes i Stockholm 1752 och det hade åtta sängar (Ghatsnekar, Hjortsberg 2001, s.6). Sjukhuset skulle förse hela Sveriges befolkning med sjukhusvård,

inklusive Finlands befolkning, som då var en del av Sverige. Tio år senare fick städerna tillåtelse att använda lokalt insamlade pengar till att bygga sjukhus. 100 år efter detta hade Sverige 50 sjukhus och 3000 sängar. De flesta sjukhusen var väldigt små med oftast bara en läkare. Den största delen av sjukvården utfördes fortfarande vid den här tiden utanför sjukhusen.

1862 delades landet in i landsting med var sitt landtingsfullmäktige som bestod av folkvalda politiker och de fick ansvar för viktiga frågor som gällde hela landstinget (Ghatsnekar, Hjortsberg 2001, s.6). Mer och mer ansvar flyttades från staten till landstingen. 1928 kom en sjukhuslagstiftning som gjorde landstingen tvungna att förse sina invånare med den sjukhusvård de behövde. Under denna tid arbetade mindre än 30 % av läkarna på sjukhusen vilket successivt ökade och under 1960-talet arbetade 50 % av läkarna på sjukhusen.

Efter andra världskriget myntades ett nytt begrepp i Europa och det var välfärd (Wetterberg 2005, s 8). Ekonomins krafter skulle skapa välfärd åt medborgarna och det hamnade på statens ansvar att bygga välfärden. Dock inte i Sverige där dåvarande socialministern Gustav Möller ville att besluten skulle ligga så nära befolkningen som möjligt så att de kunde påverka besluten. Därför blev utbyggnaden av välfärden kommunernas och landstingens uppgift. Den offentliga sektor expanderade och man byggde ut äldreomsorgen, sjukvården, skolväsendet, barnomsorgen mm. Det var under denna tid som de första stegen mot ett universellt sjukförsäkringsskydd togs. En nationell sjukförsäkring röstades igenom i riksdagen och en plan att alla medborgare bara skulle betala en del av sjukvårdsutgifter vid läkarbesök, mediciner och behandling började växa fram. 1955 implementerades sjukförsäkringen efter att konsensus var uppnådd med alla inblandade parter (Byrkjeflot, Neby 2004, s14).

Under efterkrigstiden började sjukvårdssektorn att expandera och då främst sjukhussektorn (Ghatsnekar, Hjortsberg 2001, s.7). Teknologin förbättrades och nya specialiseringsområde började växa fram inom sjukvården. Hälsostatusen förbättrades för den svenska befolkningen och utrotningen av vissa svåra sjukdomar började och då bl.a. av tuberkulos. Mer och mer av sjukvården flyttades till sjukhusen och ungefär 90 % av alla sjukvårdskostnaderna var inom sjukhussektorn.

1969 genomfördes en kommunalreform där det dåvarande antalet kommuner minskade från 2498 till 284 kommuner (Pedersen 2002, s 59). Detta gjorde även att landstingen blev viktigare och deras ansvar tydligare. 1970 kom "sjukronorsreformen" som en vändpunkt i svensk sjukvårdshistoria (Byrkjeflot, Neby 2004, s14). Reformen innebar bl.a. att landstingen

tog över ansvaret för öppenvården i de offentliga sjukhusen (Ghatsnekar, Hjortsberg 2001, s.8). Patienterna fick betala sju kronor till landstinget för varje läkarbesök och sedan kompengades landstinget med resten av kostnaden för vården av den nationella sjukförsäkringen. Detta gjorde att sjukvården blev mera tillgänglig för låginkomsttagare som annars inte skulle ha haft råd att gå till läkare. Reformen innebar även att läkarna på öppenvårdsavdelningarna anställdes av landstingen och fick sin lön från dem (Byrkjeflot, Neby 2004, s14).

Under 1980-talet decentraliserades även ansvaret för planeringen av sjukvården från staten till landstingen (Ghatsnekar, Hjortsberg 2001, s.8). 1982 kom hälso- och sjukvårdslagen och ansvaret för planeringen, drivandet och finansiering av sjukvården placerade formellt på landstingen (Byrkjeflot, Neby 2004, s16). Lagen om att alla medborgare har rätt till lika vård kom också detta år (Ghatsnekar, Hjortsberg 2001, s.8). Landstingen fick fullt ansvar för allt tillhandahållande av sjukvård, hälsofrämjande arbete och sjukdomsförebyggande åtgärder åt sina invånare.

1985 reformerades det nationella sjukförsäkringssystemet (Byrkjeflot, Neby 2004, s16). Den så kallade Dagmarreformen introducerades och förändrade landstingens finansiering (Ghatsnekar, Hjortsberg 2001, s.8). Istället för, som tidigare, att landstingen skulle få ersättning efter antalet invånare i landstinget infördes ett nytt system. Det nya systemet innebar att landstingen fick ersättning enligt kapitation från det nationella sjukförsäkringssystemet med öronmärkta skattemedel. Varje år gjordes därefter en överenskommelse mellan staten och landstingen om hur stor budget landstingen skulle få. Reformen innebar även att landstingen fick ansvaret för att godkänna privatläkare och skriva kontrakt med dem, och därmed möjlighet att välja vilka som skulle omfattas av sjukförsäkringssystemet. Dessa privatläkare fick sedan ersättning enligt fee-for-service från landstingen.

Landstingen hade fullt ansvar för finansieringen och tillhandahållandet av sjukvård åt sina invånare mellan 1983-1992. 1992 inleddes ädelreformen som var en av de mest omfattande strukturförändringar som skett inom vård och omsorg ([www.regeringen.se](http://www.regeringen.se)<sup>8</sup>). Utgångspunkten var den äldre människan i samhället. Vid den här tiden var många äldre hospitaliserade och medicinavdelningarna var överbelagda. Med reformen övergavs institutionstänkandet och med det egna hemmet i tankarna moderniserades och rustades boendestandarden upp i de nya äldreboendena. Ansvaret för äldreomsorgen flyttades från landstingen till kommunerna och

---

<sup>8</sup> Regeringens hemsida: [www.regeringen.se/sb/d/2717/a/15105.jsessionid=ar31wjprlyTc](http://www.regeringen.se/sb/d/2717/a/15105.jsessionid=ar31wjprlyTc) 2005-12-30 och även följande källhänvisningar med detta utseende är från denna sida.

därmed en femtedel av landstingens sjukvårdskostnader (Ghatsnekar, Hjortsberg 2001, s.9). Målet var att öka kvaliteten och självbestämmandet för de äldre men även förstärka tillsynen och skapa en klarare ansvarsfördelning ([www.regeringen.se](http://www.regeringen.se)). Några år senare kom även handikappreformen och psykiatrireformen som innebar att ansvaret för funktionshindrade och patienter med mentalsjukdomar flyttades över på kommunerna (Ghatsnekar, Hjortsberg 2001, s.9). Dessa två reformer innebar tillsammans att ungefär 30-40 % av sjukhussängarna blev lediga och dessa patienter flyttades istället över till äldreboende och sjukhem eftersom de inte krävde så tekniskt avancerad vård. Ansvarsfördelningen mellan landstingen och kommunerna blev även ytterligare förtydligad efter reformerna.

Vårdgaranti om maximalt tre månader för behandling infördes 1992 efter en överenskommelse mellan staten och landstingen (Karlsson 2001, s 5). Landstingen fick extra statsbidrag för att klara av att uppfylla kravet. Vårdgarantin gällde inte till alla behandlingar utan omfattade tolv stycken till vilka långa köer hade varit ett problem länge. Om inte patientens hemsjukhus klarade av att ge behandling inom tre månader hade patienten rätt att välja en annan vårdgivare även utanför det egna landstinget. 1992 års vårdgaranti med fokusering på tolv behandlingar försvann efter regeringsvalet 1994 då socialdemokraterna tog över makten och istället genomfördes en ny reform 1997. Den nya reformen innebar att landstingen istället rekommenderades att införa generella maximerade väntetider för alla besök i vården.

Under andra halvan av 1990-talet genomfördes successivt en läkemedelsreform som innebar att landstingen tog över det ekonomiska ansvaret för läkemedel från det nationella sjukförsäkringsverket (Pedersen 2002, s 59). Anledningen var att staten ville skapa incitament för landstingen att hejda kostnadsutvecklingen för läkemedel. Reformen innebar även att patienterna själva fick betala en större del av sina läkemedelskostnader (Ghatsnekar, Hjortsberg 2001, s.9). I slutet av 1990-talet genomfördes förändringar för att öka patienternas rättigheter (Pedersen 2002, s 59). Rätten att själv välja primärvårdsläkare, rätten till ett andra utlåtande och rätt till information om sitt vårdbehov och behandlingar kom under denna tid.

### 5.3 Sjukvårdssystemets organisation

Det svenska sjukvårdssystemet har en lång historia av decentralisering och offentligt tillhandahållande (Ghatsnekar, Hjortsberg 2001, s.11). Systemet är organiserat i tre nivåer

som delar på ansvaret och det är staten, landstingen och kommunerna. Staten har det övergripande ansvaret och styr hälso- och sjukvården med lagar, regler och tillsyn (Ansvarskommittén 2003, s 3). De grundläggande bestämmelserna finns i hälso- och sjukvårdslagen<sup>9</sup> där målet med hälso- och sjukvården finns angivet. Målet är god hälsa och vård på lika villkor för hela befolkningen.

På statlig nivå är det socialdepartementet som ska se till att sjukvårdssystemet fungerar effektivt och enligt de lagar och regler som finns (Ghatsnekar, Hjortsberg 2001, s.11, 13).

Landstingen ansvarar för planeringen, finansieringen och tillhandahållandet av sjukvården och de ska se till att alla medborgare har tillgång till en god vård (Ansvarskommittén 2003, s 4). Befolkningen i landstingen varierar mellan 133 000 till 1,8 miljoner invånare (Ghatsnekar, Hjortsberg 2001, s.15-16). Landstingen styrs av landstingsfullmäktige som är självständiga, regionala parlament. Politikerna i fullmäktige är folkvalda och det är val var fjärde år samtidigt som det är riksdagsval och kommunalval. Landstingsfullmäktige är ansvariga för all sjukvård från primärvården till sjukhusvård. Vanligen så väljer landstingen en sjukhusstyrelse till varje sjukhus som i sin tur bestämmer hur sjukhuset ska organiseras och styras, så länge det håller sig innanför ramen av lagar och regler om sjukvårdstillhandahållande. Huvudmannaskapet för sjukvården ligger till största del i den offentliga sektorn men sjukvården utförs även av privata aktörer i Sverige ([www.lansforsakringar.se](http://www.lansforsakringar.se)<sup>10</sup>). Av landets 27 500 läkare är 2 000 av dem i den privata sektorn. Det är dock landstingen som reglerar den privata sjukvårdsmarknaden och privatläkarna måste ha ett kontrakt med ett landsting för att inkluderas i det nationella sjukförsäkringssystemet (Ghatsnekar, Hjortsberg 2001, s.16). Landstingens verksamhet finansieras till största del av landstingsskatten, som är en del av inkomstskatten, den täcker ungefär 70 % av kostnaderna ([www.regeringen.se](http://www.regeringen.se)). Resten av landstingens inkomster kommer från patientavgifter och försäljning av tjänster. Staten bidrar också med generella och riktade statsbidrag. De riktade statsbidragen kan t.ex. vara för att öka tillgängligheten i vården eller till läkemedelsförmåner.

Finansieringen av sjukhusen sker via förhandlingar mellan landstingsfullmäktige och sjukhusstyrelsen som tillsammans upprättar finansiella och aktivitetskontrakt (Ghatsnekar, Hjortsberg 2001, s.74-75). Kontrakten baseras vanligen på ersättningsmodeller med fee-for-service, DRG-ersättning eller så kommer man överens om en budget. Ersättningsmodellerna varierar mellan landstingen eftersom landstingsfullmäktige själva har det finansiella ansvaret.

---

<sup>9</sup> Hälso- och sjukvårdslagen (1982:763), §3

<sup>10</sup> Länsförsäkringars hemsida (Faktablad):

[http://www3.lansforsakringar.se/Bergslagen/Foretag/Forsakring/Forebygg\\_skada/Medarbetare/Sjukvard/Fakta/Sjukvarden\\_i\\_Sverige/default.htm](http://www3.lansforsakringar.se/Bergslagen/Foretag/Forsakring/Forebygg_skada/Medarbetare/Sjukvard/Fakta/Sjukvarden_i_Sverige/default.htm), 2005-12-30

De offentligt anställda läkarna i landstinget får en fast lön av landstingsfullmäktige och även extra ersättning när de har jour. Privatläkare ersätts enligt vårdavtal med sitt landsting.

På lokal nivå ansvarar Sveriges 289 kommuner för äldreomsorgen och för stöd och service till färdigbehandlade och utskrivna patienter från sjukhusen ([www.regeringen.se](http://www.regeringen.se)). Kommunerna har också ansvaret för funktionshindrade och ska se till att de får sysselsättning, stöd och ett boende. Kommunerna i Sverige varierar i storlek från den minsta med mindre än 3 000 invånare till den största med 740 000 invånare (Ghatsnekar, Hjortsberg 2001, s.16-17). Kommunerna finansierar sin verksamhet till största del genom kommunalskatten, som liksom landstingsskatten är en del av inkomstskatten. Övriga inkomster kommer från patientavgifter och statsbidrag (Ghatsnekar, Hjortsberg 2001, s17).

För att alla kommuner och landsting ska ha samma förutsättningar att förse medborgarna med t.ex. sjukvård och äldreomsorg, finns ett bidrags- och utjämningsystem (Lövdén 2003, s 1). Detta system utjämnar strukturella skillnader i kommunernas kostnader, t.ex. hur åldersstrukturen ser ut bland invånarna, hur de fysiska förutsättningarna ser ut eller hur den sociala och etniska sammansättningen ser ut. Även skatteunderlaget utjämnas. Avsikten är att alla kommuner och landsting ska få samma skatteunderlag per invånare.

## 5.4 Problem med systemet

Befolkningen i Sverige är internationellt sett vid mycket god hälsa och bland de nordiska länderna har Sverige den längsta förväntade livslängden (Ghatsnekar, Hjortsberg 2001, s 40). Dock finns det problem i det svenska sjukvårdssystemet som mycket påminner om de problem som fanns i Norge före reformen 2002 och de problem som finns i Danmark. Långa väntetider och dålig tillgänglighet är ett av problemen och indikerar på brister i organisationen (Ansvarskommittén 2003, s 25). God tillgänglighet för patienterna är ett av huvudmålen för den svenska hälso- och sjukvården (Landstingsförbundet, ”Tillgängligheten i fokus”, 1998, s 7). Tillgängligheten har flera aspekter men den senaste tidens mest uppmärksammade är tidsaspekten. Mycket kritik har riktats mot vården att den inte lever upp till målen med ett snabbt och kompetent omhändertagande. De långa väntetiderna har skapat frustration hos allmänheten och påverkat den politiska debatten. Endast 30 % av sjukhusen förmår att ge behandling för ljumskbräck inom 12 veckor och bara 8 sjukhus ger primär höftledsplastik till patienter inom 12 veckor (Norberg 2002, s 13). Vårdköerna skiljer sig också mycket åt mellan

landstingen vilket strider mot lagen om att alla har rätt till lika vård (Karlsson 2001, s 9). För att minska väntetiderna har nyligen en ny utvidgad vårdgaranti trätt i kraft i Sverige (Landstingsförbundet, "Sveriges landsting och kommuner" 2003, s 8). Vårdgarantin omfattar alla steg i vårdkedjan. Primärvården ska sedan tidigare erbjuda kontakt samma dag och läkarbesök inom en vecka. För specialistvården gäller att ett besök ska kunna erbjudas inom 90 dagar och detta utvidgas med att beslutad vård ska inledas inom 90 dagar från det att beslutet fattades.

Trots många förändringar under 1990-talet för att göra vården mera patientinriktad har patienten i många avseende fortfarande en svag position (Karlsson 2001, s 7). Det finns brister i informationen till patienterna och patientens möjligheter att klaga på missförhållanden är begränsade. Patientens valfrihet är även begränsad inom flera verksamhetsområden. Grunden i detta ligger oftast inte hos vårdpersonalen som vanligen upplevs av patienterna som mycket kunniga och engagerade människor (Norberg 2002, s 11). Sjukvården hade inte klarat sig utan sin viktigaste resurs som just är vårdpersonalen (Karlsson 2001, s 8). De flesta vårddyrken innebär dåliga arbetsförhållanden med avseende på inflytande, lön, arbetsmiljö och karriärmöjligheter. Detta grundar sig enligt författaren till stor del i en svag organisation. Vårdens hierarkiska organisation ger inte heller personalen några möjligheter till kreativa lösningar och har en tendens att hämma utvecklingen.

Ett annat problem är att sjukvårdsfinansieringen är mycket instabil (Jönsson m.fl. 2004, s 59). Svensk sjukvård kostar det offentliga ungefär 163 miljarder kronor per år (Norberg 2002, s 12). 70 % av landstingens inkomster kommer från landstingsskatten varav övriga inkomster är statsbidrag (Jönsson m.fl. 2004, s 59). Staten har alltså ett direkt inflytande på minst 30 miljarder av landstingens intäkter. Detta har visat sig att påverka landstingens incitament att generera överskott och bygga upp reserver enligt författarna. Om landstingen visar överskott i redovisningen minskar kraften i argumenten för ökade statsbidrag. Landstingens finansiella resultat har visat negativt netto de senaste sex åren och en konsekvens av detta blir att landstingen inte kan bygga upp en finansiell stabilitet som orkar möta fluktuationer i inkomster och utgifter. Detta instabila förhållande leder även till effektivitetsförluster på både kort och lång sikt. Författarna menar att detta problem skulle kunna åtgärdas om samtliga ekonomiska relationer mellan staten och landstingen reglerades i ett statsbidrag eller att staten helt tog över finansieringen likt det som skett i Norge och planeras i Danmark.

Sjukvårdssystemet i Sverige står likt det norska och danska inför framtida omvärldsförändringar och utmaningar (Ansvarskommittén 2003, s 15). Andelen som är över 85 år kommer att fortsätta att öka och förväntas ta verklig fart efter 2020. Detta kommer att

skapa ett ökat vårdbehov och sätta större press på äldreomsorgen men även sjukhusvården. De flesta hälsoindikatorer visar en fortsatt förbättring av folkhälsan vilket gör att vi lever längre. Vårt ökade resande och det globala samhället utsätter oss för större hälsorisker och snabbare genomslag kraft vid smitta. Informationsteknologin med ökad kunskap hos patienterna gör att högre krav ställs på vård och service. Den tekniska utvecklingen förväntas även förbättra sjukvården men drar med sig ökade kostnader och ett växande finansieringsproblem.

## 5.5 Sammanfattning

Sjukvårdssystemet i Sverige har en lång historia och kännetecknas av sin långtgående decentralisering (Landstingsförbundet, "Sveriges landsting och kommuner" 2003, s 7-8). Staten har det övergripande sjukvårdspolitiska ansvaret men det är i huvudsak landstingen och kommunerna som finansierar och tillhandahåller hälso- och sjukvården i landet. Strukturen har förändrats flera gången under historiens gång för att göra systemet och vården mera anpassade till patienterna (Ghatsnekar, Hjortsberg 2001, s.11). Dock finns det problem med systemet med långa väntetider, ökade sjukvårdskostnader och otydlig ansvarfördelning. Landstingen går med underskott år efter år och staten får gå in och stötta med mera pengar. Stora framtida utmaningar närmar sig med en åldrande befolkning och ett ökat vårdbehov förväntas. Landstingen har kanske inte längre den bästa lösningen för sjukvården?

Regeringen har gett Ansvarskommittén direktiv om att utreda strukturen och uppgiftsfördelningen i samhällsorganisationen (Ansvarskommittén 2003, s 15). Deras resultat presenteras år 2007 och frågan hur detta kommer att påverka sjukvårdsorganisationen.



## 6. Komparativ analys av länderna

### 6.1 Inledning

Hälso- och sjukvården präglas av ovan nämnda, specifika problem och marknadsmisslyckande och för att delvis lösa dessa är offentlig försäkring och finansiering ett alternativ (Rosen 2002, s 216-217). Målet i Danmark, Norge och Sverige är att alla ska ha lika tillgång till sjukvård och det är det som är det starkaste argumentet för en offentlig tillhandahållen, obligatorisk försäkring och solidarisk finansiering.

I de tre länderna har det historiskt sett varit viktigt med ett decentraliserat ansvar för att anpassa sjukvården till lokal nivå. De senaste åren har dock regionala skillnader i väntetider, service och kvalitet i sjukvården upprört många människor och skapat en het debatt kring sjukvården. Debatten har sedan resulterat i strukturreformer i Danmark och Norge med en mera centraliserad sjukvård även om detta har gjorts på lite olika sätt. I Norge genom att skapa sjukvårdsföretag med styrelser utan politiker och i Danmark planeras nya, större sjukvårdsregioner och större statlig inblandning men utan att ta bort politikerna på samma sätt som i Norge (Pedersen 2004, s. 210-211). I Sverige har vi även problem med att landstingen befinner sig i en ohållbar ekonomisk situation med ständigt stigande sjukvårdskostnader. Många av landstingen är även för små för att klara sina åtagande och sitt ansvar för sjukvården. Flera av problemen mildras genom skatteutjämningsystemet men detta är inte ekonomiskt hållbart i längden. Därför handlar en stor del av sjukvårdsdebatten idag om ansvarsfördelningen och strukturen på sjukvårdssystemet.

### 6.2 Decentralisering eller centralisering?

Vad är då den optimala fördelningen av ekonomiskt ansvar mellan de olika beslutande nivåerna i en enhetsstat? Hur ska ansvaret fördelas mellan lokal och central nivå? Teorin om fiskal federalism handlar enligt Wallace Oates om att förstå vilka funktioner och beslut som bäst fattas på central nivå och vilka som passar bäst på en mera decentraliserad nivå (Oates 1999, s 1120-1121). I de flesta länder är det staten som är den dominerande aktören inom den

offentliga sektorn (Wetterberg 2005, s 7). Våldigt få länder har decentraliserat så mycket ansvar som Sverige, där två tredjedelar av den offentliga verksamheten ligger på kommunerna och landstingen. Kommunerna och landstingen har en mycket stor roll i den svenska välfärden eftersom de ansvarar för en sådan stor del av den offentliga sektorn och har rätt att beskatta invånarnas inkomster. Samtidigt begränsas både den centrala och den lokala nivån av den vertikala maktindelning som leder till spänningar mellan de olika beslutsnivåerna.

De flesta ekonomer skulle hålla med om att alla beslut inte lämpar sig för decentraliserad nivå enligt Rosen (Rosen 2002, s 512). Ett rent decentraliserat system förväntas inte att maximera social välfärd (Rosen 2002, s 517). Naturliga områden för staten att ha hand om är områden som är av intresse för hela landet t.ex. försvar, utrikeshandel, rättsväsendet, fördelningspolitik och stabiliseringspolitik (Rosen 2002, s 512-515). Statens inblandning i olika beslut motiveras vanligen av effektivitet, jämlikhet och stabilisering. Stabiliseringspolitik är inte något för de enskilda kommunerna och landstingen utan ett område som gäller hela landet och mest naturligt genomförs på statlig nivå. Ökad jämlikhet försöker man uppnå med omfördelningpolitik för att skapa lika möjligheter för alla, inkomstutjämnning och tillhandahålla ekonomisk säkerhet och detta är främst en uppgift för staten men kan även delvis utföras på lokal nivå. Effektivitet handlar om att staten ska tillhandahålla offentliga varor som hela landet kan dra nytta av och som marknaden misslyckats med att tillhandahålla, medan de varor som endast utnyttjas av individer i en viss region ska tillhandahållas på lokal nivå.

Decentralisering ger landstingen och kommunerna större möjligheter att anpassa utbudet av offentliga varor till de lokala preferenserna (Rosen 2002, s 515). Vissa kommuner vill kanske satsa mera på utbildning och förbättra dem medan andra prioriterar t.ex. äldreomsorgen för att de har många äldre i sin kommun. Decentraliseringen ger kommunerna och landstingen möjlighet att anpassa sina uppgifter efter invånarnas önskemål och intresse istället för att staten skulle bestämma och att det sedan gällde över hela landet. Bestämmer staten att förse medborgarna med en viss mängd offentlig verksamhet som de inte efterfrågar leder detta bara till ineffektivitet. Dahlberg, Mörk och Ågrens artikel visar att även storleken på kommuner spelar roll för den lokala demokratin (Dahlberg, Mörk, Ågren, 2005, s 33). Storleken på Sveriges kommuner liksom kommunerna i Danmark och Norge har under historiens gång ändrats flera gånger och trenden har varit att antalet har minskat. Författarna kommer i sin artikel fram till att ett av huvudargumenten för små kommuner är att sannolikheten att den politik som förs i kommunen överensstämmer med vad väljarna efterfrågar är större. Kommunstorleken och landstingstorleken spelar alltså roll för graden av

överensstämmelse mellan politikernas och väljares preferenser. I en mindre kommun eller landsting är interaktionerna mellan väljare och politiker större och de två grupperna har större information om varandra än i en större kommun eller landsting. Så reformerna i Danmark och Norge med större regioner med ansvar för sjukvården kan förväntas att minska väljarnas möjligheter att påverka och det blir svårare för politikerna att anpassa utbudet av sjukvård till de lokala preferenserna. En annan fördel med decentralisering är att när det finns många kommuner som t.ex. i Sverige så kan individer flytta om de inte är nöjda med den kommun de bor i (Rosen 2002, s 516). Det kan dock diskuteras hur flyttbenägna vi svenskar är. Även om kanske det är högre kommunalskatt i min kommun än i grannkommunen är det förmodligen inte incitament nog för mig att flytta. Men handlar det om att välja äldreboende till min gamla mormor kanske det kan vara angeläget att se vad andra kommuner har att erbjuda om vi inte är nöjda med vad hemmakommunen erbjuder, så länge det inte handlar om för stora flyttavstånd.

Decentralisering med många kommuner och landsting gör även att kommuner och landsting kan lära sig av varandra. De får möjligheter att prova olika lösningar på lokala problem vilket skapar innovation och nytänkande (Rosen 2002, s 516-517). Detta får sedan effekt i form av positiva och negativa externaliteter eftersom kommunerna och landstingen kan lära sig av varandra men även att de påverkas av varandra. Hittar en kommun t.ex. en bra lösning på att skapa bättre äldreomsorg för sina gamla så kan andra kommuner lära sig av detta och sedan använda sig av den kunskapen för att förbättra sin äldreomsorg. Satsar en kommun väldigt mycket på utbildning tjänar andra kommuner på detta om arbetskraften sedan flyttar. Decentralisering skapar även negativa externaliteter om en kommun t.ex. dumpar avfall vid kommungränsen eller smutsar ner floder, åar eller hav. Harvey Rosen tar upp att risken är att ingen tar ansvar för sådana negativa externaliteter.

Mindre kommuner och landsting har inte möjlighet att utnyttja stordriftsfördelar på samma sätt som större kommuner och landsting (Groes 2005, s 88). För en offentligt tillhandahållen vara eller service så faller vanligen kostnaden per individ när antalet användare ökar. Den danska strukturkommissionen kom fram till att mindre kommuner med invånare under 10 000 st utan tvekan skulle få stordriftsfördelar om de blev större. Dock visade det sig att för stora kommuner, kommuner med fler än 40 000 invånare fanns det direkta stordriftsnackdelar, kostnaden per invånare ökade. Ändå kommer några av de nya kommunerna i Danmark att ha över 100 000 invånare. Och vissa kommuner t.ex. kommer att få överleva med 3-4 000 invånare. Stordriftsfördelarna finns främst inom den högspecialiserade vården där det krävs ett större befolkningsunderlag för att specialistvården ska vara effektiv att tillhandahålla

(Fransson, Wennemo 2003, s 20). Läkarna behöver även ett stort patientunderlag för att underhålla sin kompetens och hela tiden förbättra sina kunskaper. Många landsting är för små för att kunna bedriva specialistvård inom alla områden. Det kommer troligen även att bli allt viktigare att tillhandahålla specialistvård i dagens samhälle med allt mer komplicerade och kostsamma behandlingar och med en befolkning som ställer högre krav. Stordriftsfördelar finns även inom administrationsområdet när t.ex. kommuner eller landsting slås ihop och blir färre.

De olika kommissionerna som tillsattes i Danmark, Norge och Sverige för att utreda strukturen och ansvarsfördelningen i den offentliga sektorn i respektive land kom alla fram till att förvaltningsenheterna<sup>11</sup> var för små för de uppdrag som staten givit dem. Många av de mindre kommunerna och landstingen har problem med att klara bredden i invånarnas valmöjligheter, tillhandahållandet av offentlig verksamhet inom en rad områden och de har högre utgifter per invånare. Kommunerna och landstingen har även skilda förutsättningar när det gäller strukturella och geografiska faktorer vilket påverkar deras utgifter och ekonomiska förmåga. En kommun med många unga, friska och arbetsföra människor har bättre förutsättningar än kommuner med många pensionärer (Strukturkommissionens betänkning sammanfattning 2004, s 6-7). Mindre kommuner påverkas även hårdare av strukturella och geografiska skillnader än vad stora kommuner gör.

En debatt som varit väldigt aktuell i alla tre länderna på sjukvårdsområdet är att det finns stora skillnader i vården mellan olika områden (Fransson, Wennemo 2003, s 20-21). Detta är en effekt av decentralisering som många människor har svårt att acceptera. I Sverige har vi en lag om lika vård åt alla på lika villkor och det finns en uppfattning att alla medborgare ska få samma servicenivå vid sjukvården. Detta anses dock inte vara möjligt att garantera i små kommuner (Dahlberg, Mörk, Ågren 2005, s 34). Enligt lag<sup>12</sup> är dock kommunerna och landstingen tvungna att förse sina invånare med den vård de behöver ([www.regeringen.se](http://www.regeringen.se)). Vilket kan ses som att den kommunala effektiviteten blir lidande eftersom kommunen inte fritt får förfoga över sina resurser. Kommunerna och landstingen är på många sätt hämmade av statliga regler och lagar som gör att de inte kan göra som de vill. Detta är dock ett sätt för staten att se till att standarden för alla medborgarna inte skiljer sig för mycket och att de får ungefär samma servicenivå.

Fördelarna och nackdelarna är många när man diskuterar var i samhället ansvaret ska ligga. I Norge och Danmark accepterades inte längre de stora regionala skillnaderna i

---

<sup>11</sup> Då menar jag kommunerna, landstingen och deras motsvarigheter i Danmark och Norge.

<sup>12</sup> Hälso- och sjukvårdslagen (1982:763), §3

servicenivå, vård, kvalitet och tillgänglighet. Det fanns även en tro på att en ökad statlig inblandning skulle råda bot mot detta. Man hade länge varit missnöjd med hur amterna och fylkeskommuner skötte sjukvården och att det saknades incitament för dem att vara effektiva. I Norge fick staten gå in med mer och mer pengar i sjukhusvården och stödja fylkeskommunerna. Amterna i Danmark visar liksom landsting i Sverige sällan överskott utan förlitar sig på statliga bidrag och visar på så sett ett bristande ansvar. De är därför inte förberedda på ekonomiska fluktuationer och för de framtida utmaningar som står vid dörren med en åldrande befolkning, ett ökat vårdbehov, ökad teknisk och medicinsk utveckling som kräver större ekonomiska resurser och mer informerade patienter som ställer högre krav. Just som Dahlberg, Mörk och Ågren tar upp i sin artikel så handlar graden av centralisering om att landet väljer större kommuner för att öka effektiviteten, skapa stordriftsfördelar och få ett mera enhetligt vårdutbud dock till priset av försämrad lokal demokrati och anpassning till lokala preferenser.

De fem nya sjukvårdsregionerna som skapas i Danmark kommer att finansieras indirekt med skatter från staten och kommunerna (Groes 2005, s 78). Därmed har man valt att bryta principen att ansvaret för beslutsfattande och finansiering skall hänga ihop. De folkvalda politikerna ska inte försvara skatteökningar, eftersom de inte har med det att göra, utan bara brister, problem och fel som uppstår i sjukvården. Ett annat problem med stats- och kommunbidrag som regionerna ska leva på är att de är baserade på utgiftsbehov. Vilket enligt Groes kommer att skapa sprickor och skillnader i sjukvårdssektorn. Som det ser ut idag spenderar huvudstadsregionen mycket mer pengar på sjukvård eftersom det både finns en vilja och möjlighet att betala för det där. Ska denna utgiftsnivå anpassas nedåt till resten av landets nivå kommer individerna i huvudstadsregionerna troligen söka sig efter andra alternativ utanför den offentliga sjukvården.

Kommunerna i Danmark belastas med utökat ansvar som tidigare legat på amterna (Groes 2005, 78-79). De förlorar i praktiken sin beskattningsrätt och de blir hårdare kontrollerade av staten. De nya uppgifterna de kommer att få från amterna kommer att finansieras med statsbidrag.

I Norge har staten nyligen tagit över ägandet av sjukhusen. Norges sjukvårdssystem var dock på många områden mycket mera centraliserat före reformen än vad det svenska sjukvårdssystemet är (Fransson, Wennemo 2003, s 22). Fylkeskommunerna hade ingen beskattningsrätt som de svenska landstingen har utan de fick bidrag från staten, som genom detta indirekt hade det reella ansvaret för verksamheten. Därför kan man tänka sig att reformen inte var en lika stor förändring att genomföra som den skulle bli i Sverige.

Staten har efter ägandeövertaget år 2002 lagt ansvaret på fem hälsoregioner som drivs av professionella styrelser utsedda av regeringen (Pedersen 2002, s 28). Styrelserna består av minst fem medlemmar där hälften kommer från regionen. I detta fall kan man verkligen diskutera om medborgarna har något att säga till om. Sjukvårdsregionerna kommer att drivas så likt privata företag som möjligt och även om effektiviteten troligen kommer att öka så kan man undra vad priset kommer att bli? Meningen är att strukturen ska bli klarare och få en tydligare ansvarsfördelning. Det är nämligen en allmän åsikt i Norge att politikerna tidigare la sig i för mycket i den dagliga verksamheten på sjukhusen och därför har man på detta sätt tagit bort politikerna helt (Pedersen 2004, s 218) Jag håller med om att strukturen på detta sätt blir tydligare eftersom det blir mera likt ett privat företag med en tydlig hierarki och ansvarsfördelning. Frågan är bara hur demokrati tas tillvara och hur medborgarna ska kunna göra sin röst hörd när de inte ens väljer medlemmarna till hälsoregionerna? Regeringen i Norge har dock beslutat att folkvalda representanter ska sitta i regionstyrelserna från och med i år (<http://odin.dep.no/hod/norsk/048071-070098/dok-bn.html> 2005-01-11). Detta är ett försök att involvera medborgarna och stärka demokratin men jag undrar bara hur medborgarna ska kunna välja. Representanterna har inte någon politisk ideologi bakom sig utan är personligen ansvariga för sina beslut. Hur ska medborgarna veta vad de står för?

Detta tycker inte jag är något aktuellt alternativ för Sverige. Svenskarna är stolta över sitt kommunala självstyre och vana vid ett decentraliserat samhälle. De problem som finns idag tror jag grundar sig delvis i den struktur som finns och det behövs en reform. Vi kan dra lärdom från det som skett i Norge och det som planeras i Danmark. Att landstingen inte är optimala är nog inte så främmande för de flesta och att dela in sjukvården i större hälsoregioner kan vara en lösning liksom statligt ägande. Dock tror jag det är viktigt att det är folkvalda representanter som styr regionerna och att nya incitament för effektivitet och upprätthållandet av god kvalitet skapas.

### 6.3 Optimala regioner

Finns det optimala geografiska regioner för hälso- och sjukvården? Hur stora ska regionerna vara? För att försöka diskutera denna fråga så appliceras Buchanans klubbteori på sjukvården.

Enligt Rosens definition är en ren kollektiv vara något som när den väl är tillhandahållen så är kostanden för att ytterligare en människa konsumerar den lika med noll – icke-rivalitet

(Rosen, 2002, s 56). Och att hindra någon annan från att konsumera den är väldigt dyrt eller omöjligt – icke-exkluderbarhet. Exempel på en ren kollektiv vara är t.ex. nationellt försvar och den bör staten ha ansvaret för. Sjukvård är ingen ren kollektiv vara.

För att kunna bestämma den mest önskvärda formen av organisation rankar Buchanan och klassificerar varor och tjänster enligt en skala med grad av odelbarhet och antal individer som konsumerar varan eller tjänsten (Buchanan 1965, s 4). I den ena änden klassificerar han en ren privat vara eller tjänst som är perfekt delbar för ett litet antal individer. I den andra änden finns en ren kollektiv vara eller tjänst som har hög grad av odelbarhet i den stor grupp av individer. Längs denna skala finns sedan en stor mängd olika varor och tjänster. En klubbvara är en oren kollektiv vara eftersom den är exkluderbar för icke-medlemmar. Klubbvaran tillhandahålls av en klubb som är en frivillig sammanslutning som kan exkludera icke-medlemmar. Applicerar man Buchanans klubbteori på sjukvård blir sjukvård en oren kollektiv vara som tillhandahålls av en klubb. Landstingen får då ses som en klubb. Landstingen är en frivillig sammanslutning där man betalar medlemsavgift i form av landstingsskatt. Vill man inte längre vara med i klubben så flyttar man bara och får då betala medlemsavgift i den nya klubben. Klubbar kan exkludera icke-medlemmar liksom landsting kan exkludera icke-invånare genom att vi i Sverige har en lag som säger att landstingen är ansvariga för att förse sina invånare med den sjukvård de behöver. Vårdgarantin vi har säger även att landstingen har tre månader på sig att förse sina invånare med vård från det att de söker den, innan de får söka sig till ett annat landsting (Landstingsförbundet, ”Sveriges landsting och kommuner” 2003, s 8). Därför har landsting viss möjlighet att exkludera icke-medlemmar eftersom de främst, enligt lag, måste söka sjukvård inom det egna landstinget.

En klubbvara måste dock ha karaktären av icke-rivalitet dvs. en individs konsumtion av klubbvaran ska inte reducera en annan persons konsumtion av varan (Buchanan 1965, s 6). Förutom när trängsel inträffar och nyttan för en person påverkas av närvaron av de andra medlemmarna i klubben. Rivaliteten och överbelastningen ökar när antalet individer i klubben som delar samma klubbvara ökar för mycket. Min konsumtion av sjukvård påverkar dock andra individers konsumtion av sjukvård dvs. det finns rivalitet. Dock kan man se sjukvård som en speciell klubbvara eftersom det handlar om hälsa och att bli frisk och må bra. Ibland står även beslutet mellan liv och död. Människor bryr sig om varandra och får ökad nytta av att medmänniskorna i deras närhet får tillgång till sjukvård och blir friska. Min nytta av konsumtion av sjukvård behöver inte sjunka pga. att en annan individ i klubben konsumerar sjukvård eftersom det kanske ger mig mera nytta av att den andra individen får vård och blir frisk eftersom jag bryr mig om den andra individen. De flesta människor kan nog hålla med

om att om människorna i deras närhet är friska och vid god hälsa så ger det även dem själva ökad nytta. Vi bryr oss om varandra och när det kommer till hälsa och sjukvård så är det inte alltid självklart att vår nytta maximeras av att vi själva får sjukvård. Alla människorna i klubben tjänar på att även de andra i klubben är friska och vid god hälsa. Detta gagnar klubben eftersom kostnaden för sjukvården blir lägre och pengar de får in på medlemsavgifter kan användas till andra saker t.ex. bygga ut infrastrukturen, vaccinationer och utbildning. Därför får invånarna främst ökad nytta av att de andra i landstinget är friska och påverkas inte på samma sätt av hur människornas hälsa är i de andra landstingen.

Med hjälp av Buchanans teori kan man komma fram till den optimala klubbstorleken för en specifik klubbvara genom att sätta upp ett diagram med varumängden dvs. mängden sjukvård på den ena axeln och klubbstorleken dvs. antalet individer på den andra. I skärningspunkten får vi fram den optimala klubbstorleken och den optimala sjukvårdsmängden för just den storleken. Då kan vi komma fram till hur stora regioner behöver vara för att vara optimala och på det mest effektiva sättet förse befolkningen med sjukvård. Enligt den danska strukturkommissionens beräkningar är den optimala kommunstorleken i Danmark mellanstora kommuner med 20-25 000 invånare (Groes 2005, s 88). Större kommuner får stordriftsnackdelar och mindre kommuner missar att utnyttja stordriftsfördelar. Vilket innebär att Danmarks 275 kommuner ska minskas till färre än 100 (Groes 2005, s 77). För sjukvården delas Danmarks 5,3 miljoner invånare in i fem nya regioner som uteslutande ska sköta sjukvården. Även i Norge delas befolkningen in i 5 hälsoregioner. Är detta den optimala storleken för sjukvården? Ansvarskommittén har fått underlag från Nordregio/EuroFutures där de diskuterar och kommer fram till tre förslag för Sveriges regionala indelning (Nordregio, EuroFutures, 2005, s 3-4). Förslagen är sex, nio eller fjorton regioner och då har de tagit hänsyn till tre kriterier som de kallar storlek, avstånd och identitet. Regionerna måste vara tillräckligt stora för att klara ansvaret för sjukvården och de framtida utmaningarna. Samtidigt får regionerna inte vara för stora så att tillgängligheten blir lidande. Projektgruppen menar att ytmässigt stora regioner försämrar funktionen för politiska beslut samverkan. De hävdar även att det måste finnas någon sorts gemenskap i regionen som grund för den politiska offentligheten som ska skapas. Det kan t.ex. vara redan etablerade politiska regioner, samverkansmönster, samarbete eller andra identitetsgrundande förhållande.



## 6.4 Slutkommentar

I arbetet med denna uppsats har jag ändrat åsikt många gånger kring frågeställningen. Att en reform av sjukvårdssystemet i Sverige behövs är jag övertygad om. Frågan är bara hur den ska se ut? Jag tycker att efter det som diskuterats ovan att landstingen inte är den bästa lösningen för sjukvården. Jag har en stark tro till det kommunala självstyret och skulle inte vilja ge upp det för ökad centralisering men jag tror att landstingen behöver bli större för att kunna prestera bättre och hantera framtida utmaningar och nya krav på sjukvården. Vi kan dra lärdom av förändringarna i Norge och Danmark men deras lösningar är nödvändigtvis inte våra lösningar. Jag skulle gärna se större sjukvårdsregioner i Sverige som ansvarade för sjukvården men viktigt tror jag är att behålla de politiska, folkvalda representanterna i ledningen för att värna om demokratin. Jag tror inte att lösningen är att regionerna blir överordnade kommunerna utan att de istället samarbetar med kommunerna när det behövs. Det ska bli väldigt intressant att se Ansvarskommitténs rapport nästa år när den är klar.

## 7. Källförteckning

### **Böcker:**

Folland S, Goodman A C, Stano M, (2004), *The Economics of health and Health Care*, 4<sup>th</sup> edition, Prentice-Hall, Upper Saddle River, New Jersey

Jönsson B, Arvidsson G, Levin L-Å, Rehnberg C, (2004), *Hälsa, vård och tillväxt*, Valfärdspolitiska rådets rapport 2004, SNS Förlag, Stockholm

Rosen, Harvey S. (2002), *Public Finance*, 6<sup>th</sup> edition, McGraw-Hill, Boston

### **Rapporter och artiklar:**

Amtrådsforeningen, (2005), ”Sammenhäng i søgelyset - Fremtidens sundhedsvæsen till debat”, Sundhedsfagligt Forum 2005

Ansvarskommittèn, (2003), ”Hälso- och sjukvården och des utmaningar”, Underlags-PM 2003-06-11, Stockholm

Buchanan, James M. (1965), “An Economic Theory of Clubs”, *Economica*, vol 32 nr 125 p 1-14

Byrkjeflot H, Neby S, (2004), “The Decentralized Path Challenged? Nordic Health Care Reforms in Comparison”, Stein Rokkan Centre for Social Science, Unifob AS

Dahlberg M, Mörk E, Ågren H, (2005), ”Har kommuners storlek någon betydelse för den lokala demokratin?”, *Ekonomisk Debatt* nr 5 2005, s 33-45

Ekholm K, Vlachos J (2005), ”Makt på rätt nivå – väljarna, kommunerna och ansvaret”, *Ekonomisk debatt* nr 5 2005, s 3-6

European Observatory on Health Care Systems, (2002), "Health care systems in eight countries. Trends and challenges", April 2002

Fransson A, Wennemo I, (2003), "Finansiering och styrning av framtidens sjukvård – Det norska exemplet", Näringspolitiska enheten, Stockholm

Ghatnekar O, Hjortsberg C, (2001), "Health care systems in transition Sweden", *European Observatory on Health Care Systems* vol 3 nr. 8

Groes N, (2005), "Decentralisering eller statsstyrning? – den danska kommunreformens innehåll och utmaningar", *Ekonomisk Debatt* Nr 5 2005, s 77-95

Hagen T, Iversen T, Van den Noord P, (1998), "The Norwegian Health Care System", OECD Economics Department Working Papers, No 198, OECD Publishing

Hagen T P, Kaarbøe O M, (2003), "The Norwegian Hospital Reform of 2002: Central government takes over ownership of public hospitals", Department of Health Management and Health Economics, University of Oslo

"Health care systems in transition Norway", (2000), *European Observatory on Health Care Systems*

Helsedepartementet, (2003), "Sykehusreformen – hva har skedd det første året?", Oslo

Indenriges- og Sundhedsministeriet, (2004), "Aftale om strukturreform", København

Indenriges- og Sundhedsministeriet, (2004), "Det nye Danmark", København

Indenriges- og Sundhedsministeriet (2005), "Redogørelse om nærdemokrati", København

Indenrigs- og Sundhedsministerens Rådgivende Udvalg, (2003), "Sundhedsvæsenets organisering – sygehuse, incitament, amter og alternativer", København

Karlsson (2001), ”Tydligare roller i sjukvården – inte mer pengar”, Skattebetalarnas förening (juni 2001), Stockholm

Krasnik A, Vallgård S, Vrangbæk K, (2001), “Health care systems in transition Denmark”, *European Observatory on Health Care Systems* vol 3 nr. 7

Kommittédirektiv, (2003), ”Översyn av strukturen och uppgiftsfördelningen inom samhällsorganisationen”, 2003:10

Landstingsförbundet, (2003), ”Sveriges landsting och kommuner”

Landstingsförbundet, (1998) ”Tillgängligheten i fokus, Stockholm

Lövdén L-E (2003) ”Om skatteutjämning, tillväxt och situationen i Stockholm”, Dagens Nyheter Debatt, 2003-11-12

Norberg H, (2002), “Reformera sjukvården! Från byråkrati till framtidsbransch”, Reforminstitutet 2002

Nordling D, (1998), ”Varför skattefinansieras enskild välfärd”, *Sunt Förnuft* nr 1 1998

Nordregio, EuroFutures, (2005), “Sveriges regionala indelning – om tillväxtperspektivet får råda”, Stockholm

Norges Offentlige Utredningar, (1997), ”Pasienten først!”, NOU 1997:2, Oslo

Norges offentlige utredningar, (1999), ”Hvor nært skal det være?”, NOU 1999:15, Oslo

Oates W E, (1999), “An Essay on Fiscal Federalism”, *Journal of Economic Literature* 37 (Sept 1999), pp. 1120.1149

Ot.prp.nr.66 (2000-2001) ”Om lov om helseforetak m.m.” (helseforetaksloven), Oslo

Praktikertjänst, "Partner i vården", (2004), *Kunskaper, information och nyheter från Praktikertjänst* Nr. 3 Dec 2004

Pedersen K M, (2002), "Reforming decentralized integrated health care systems: Theory and the case of the Norwegian reform", Health Economics Research Programme, University of Oslo

Pedersen K M, (2004), "Health care reforms in Denmark and Norway", i Jönsson B, Arvidsson G, Levin L-Å, Rehnberg C, (2004), *Hälsa, vård och tillväxt*, Valfärdspolitiska rådets rapport 2004, s 205-237

Socialstyrelsen (2001), "Hälso- och sjukvårdsrapporten 2001"

Sosial – och Helsedepartementet, (2001), "Foredragsflak", Oslo

Sosial- og Helsedepartementet, (2001), "Sykehusreformen - noen eierperspektiv 2001", Oslo

Statskontoret, (2002), "Stat/kommunrelasjoner i Europa, 2002:22

St.meld.nr 44 (1995-1996), "Ventetidesgarantien – kriterier og finansiering", Oslo

Strukturkommissionen, (2004), "Strukturkommissionens betänkning del 2", København

Strukturkommissionen, (2004), "Strukturkommissionens betänkning sammanfattningen", København

Sundhedsministeriet, "Regeringens oplæg til strategi for sygehuspolitikken 2000-2002"

Wetterberg G, (2005), "Den kommunala självstyrelsen", *Ekonomisk Debatt* Nr 5 2005, s 7-18

World Health Organisation, (2000), "The world health report 2000: health systems: improving performance"

## Elektroniska källor:

<http://odin.dep.no/hod/norsk/048071-070098/dok-bn.html> 2005-01-11, "Sykehusreformens organisasjonsform er velegnet", Helse- og Omsorgsdepartementet

[http://sv.wikipedia.org/wiki/Norges\\_historia](http://sv.wikipedia.org/wiki/Norges_historia) 2005-11-20, "Norges historia"

[http://www3.lansforsakringar.se/Bergslagen/Foretag/Forsakring/Forebygg\\_skada/Medarbetare/Sjukvard/Fakta/Sjukvarden\\_i\\_Sverige/default.htm](http://www3.lansforsakringar.se/Bergslagen/Foretag/Forsakring/Forebygg_skada/Medarbetare/Sjukvard/Fakta/Sjukvarden_i_Sverige/default.htm) 2005-12-30, "Fakta om svensk sjukvård"

[www.regeringen.se/sb/d/2717/a/15105;jsessionid=ar31wjprlyTc](http://www.regeringen.se/sb/d/2717/a/15105;jsessionid=ar31wjprlyTc) 2005-12-22, "Hälso- och sjukvårdens organisation och resurser"