



**LUNDS**  
UNIVERSITET

Nationalekonomiska  
institutionen

Magisteruppsats 2008

## ***Hur bör den svenska sjukvården organiseras för att klara framtida utmaningar?***

***Studie av Ansvarskommitténs slutbetänkande "Hållbar samhällsorganisation  
med utvecklingskraft"***

Författare: Linnéa Mörk

Handledare: Agneta Kruse

## ***Förord:***

Jag vill tacka min handledare Agneta Kruse för givande och intressanta synpunkter samt för bra och konstruktiv kritik under mitt skrivande.

# Sammanfattning

---

**Titel:** *Hur bör den svenska sjukvården organiseras för att klara framtida utmaningar?* Studie av Ansvarskommitténs slutbetänkande ”Hållbar samhällsorganisation med utvecklingskraft”

**Ämne/Kurs:** Nationalekonomi, magisteruppsats 10p

**Författare:** Linnéa Mörk

**Handledare:** Agneta Kruse

---

**Syfte:** Syftet har varit att undersöka Ansvarskommitténs slutbetänkande ”*Hållbar samhällsorganisation med utvecklingskraft*”. Fokusering har lagts på de bakomliggande orsakerna till utredningen samt de resultat som presenterats. Syftet har varit att undersöka de presenterade resultatens relevans utifrån nationalekonomisk teori, och då främst utifrån offentlig ekonomi.

**Frågeställning:** *Kommer ett ombildande till regionkommuner leda till ökad konkurrens, effektivitet, likvärdighet och bättre kvalitet?*

**Metod:** Jag har valt att utföra en kvalitativ analys eftersom min uppsats till stor del handlar om att beskriva och ge läsaren en djupare förståelse för studieområden.

**Slutsats:** Relevansen i kommitténs förslag har varit svårt att undersöka eftersom kommittén inte presenterar konkreta förslag. Kommittén diskuterar inte de bakomliggande faktorerna till problem inom vården utan lägger istället stort fokus på behovet av en utökad regionindelning för att uppnå effektivitet, likvärdighet, konkurrens och kvalitet. Ekonomisk teori finner inte några generella stordriftsfördelar inom vården och en utökad storlek uppfyller i sig inte kommitténs resultat. Kommitténs förslag att införa en databas där patienter, läkare och politiker får ta del av behandlingsresultat samt förslag på förbättrat patientfokus bidrar till att ”informationsasymmetrin” inom vården minskar och är därmed positivt.

**Nyckelbegrepp:** Sjukvårdsreformer, regionkommuner, marknadsmisslyckanden, stordriftsfördelar, fiskal federalism, klubbteori, optimal regionstorlek

---

# Abstract

---

**Title:** *How will the Swedish medical treatment be organized to manage future challenges?*  
Essay over Ansvarskommitténs final report ”Hållbar samhällsorganisation med utvecklingskraft”

**Subject/Course:** National Economics, advanced research essay 10p

**Author:** Linnéa Mörk

**Tutor:** Agneta Kruse

---

**Purpose:** To analyze Ansvarskommitténs final report ” *Hållbar samhällsorganisation med utvecklingskraft*”. Focus has been on the underlying reasons to the report and the results presented. The purpose has been to examine the relevance of the presented results from national economic theory, and mainly from public economy

**Question:** *Will a transform to regioncounty’s increase competition, efficiency, equal value and quality?*

**Method:** I have chosen a qualitative analyse since the mainly purpose of my essay is to describe and give the reader a deeper understanding for the scope of studies.

**Results:** The relevance in the committee’s final report is difficult to examine because the committee never presents concrete proposals. The committee never discusses the market failures that influence medical treatment. Their focus is instead on their idea that an increase in regioncounty’s is necessary for increase in efficiency, competition, equal value and quality. Economic theories never find general scale economy in medical treatment and an extended size doesn’t fulfil the committee’s results. The committee’s proposal to introduce a database where patients, doctors and politicians gives the possibility to examine different treatments and research findings as well as an improved “patientfocus” conduce reduction in asymmetric information and are therefore positive.

**Keyword:** Reforms in medical treatment, regioncounty, market failures, scale economy, fiscal federalism, clubtheory, optimal regions

---

<b>1. INLEDNING</b>	<b>7</b>
<b>1.1 BAKGRUND</b>	<b>7</b>
<b>1.2 SYFTE OCH PROBLEMFÖRMULERING</b>	<b>8</b>
<b>1.3 AVGRÄNSNINGAR</b>	<b>8</b>
<b>1.4 METOD OCH MATERIAL</b>	<b>8</b>
<b>1.5 DISPOSITION</b>	<b>9</b>
<b>2. SVERIGES SJUKVÅRDSSYSTEM</b>	<b>10</b>
<b>2.1 HISTORISK UTVECKLING AV DET SVENSKA SJUKVÅRDSSYSTEMET</b>	<b>10</b>
<b>2.2 HÄLSO- OCH SJUKVÅRDENS ORGANISATION</b>	<b>12</b>
<b>2.3 PROBLEM MED SVERIGES SJUKVÅRDSSYSTEM</b>	<b>13</b>
<b>3. EKONOMISK TEORI OM HÄLSO- OCH SJUKVÅRDEN</b>	<b>14</b>
<b>3.1 VARFÖR BÖR DET FINNAS EN OFFENTLIG SEKTOR?</b>	<b>14</b>
<b>3.2 HÄLSO- OCH SJUKVÅRDEN SOM VARA</b>	<b>14</b>
3.2.1 FÖRSÄKRINGSKONTRAKT	15
3.2.2 PRINCIPAL-AGENT TEORIN	15
3.2.3 ASYMMETRISK INFORMATION	15
3.2.4 MORAL HAZARD	16
<b>3.3 FISKAL FEDERALISM</b>	<b>17</b>
3.3.1 STORDRIFTSFÖRDELAR	17
<b>3.4 OPTIMALA REGIONER</b>	<b>18</b>
3.4.1 PRIVATA OCH KOLLEKTIVA VAROR	18
3.4.2 BUCHANANS KLUBBTEORI	19
FIGUR 1	20
FIGUR 2	21
FIGUR 3	22
<b>4. STRUKTURFÖRÄNDRINGAR I NORGE, DANMARK OCH FINLAND</b>	<b>24</b>
<b>4.1 NORGES STRUKTUR OCH ANSVARFÖRDELNING INOM HÄLSO- OCH SJUKVÅRDEN</b>	<b>24</b>
4.1.1 NORGES ALLMÄNLÄKARREFORM 2001	25
4.1.2 NORGES SJUKHUSREFORM 2002	25
<b>4.2 DANMARKS STRUKTUR OCH ANSVARFÖRDELNING INOM HÄLSO- OCH SJUKVÅRDEN</b>	<b>26</b>
4.2.1 DEN DANSKA KOMMUNREFORMEN 2007	26
<b>4.3 FINLANDS STRUKTUR OCH ANSVARFÖRDELNING INOM HÄLSO- OCH SJUKVÅRDEN</b>	<b>27</b>
4.3.1 DEN FINSKA VÅRDGARANTIN 2005	28
4.3.2 DET FINSKA KOMMUN- OCH SERVICESTRUKTURPROJEKTET 2005-2006	28
<b>5. ANSVARSKOMMITTÉN</b>	<b>30</b>
<b>5.1 ANSVARSKOMMITTÉNS UTREDNING</b>	<b>30</b>
<b>5.2 REGIONINDELNING</b>	<b>30</b>

<b>5.3 ANSVARSKOMMITTÉN OCH HÄLSO- OCH SJUKVÅRDEN</b>	<b>31</b>
<b>6. ANALYS AV ANSVARSKOMMITTÉNS FÖRSLAG</b>	<b>33</b>
<b>6.1 EKONOMISKA KONSEKVENSER</b>	<b>33</b>
<b>6.2 KOMPARATIV ANALYS AV HÄLSO- OCH SJUKVÅRDENS STRUKTURREFORMER I NORGE, DANMARK, FINLAND OCH SVERIGE</b>	<b>34</b>
6.2.1 SKA STYRNING AV SJUKVÅRDEN SKE PÅ CENTRAL ELLER LOKAL NIVÅ?	34
<b>6.3 HUR SKA ANSVARSKOMMITTÉN LÖSA PROBLEMEN INOM SVENSK SJUKVÅRD?</b>	<b>35</b>
6.3.1 KUNSKAPSDATABAS	35
6.3.2 VÅRDKÖER	36
<b>6.4 LEDER DE NORDISKA REFORMERNA TILL STORDRIFTSFÖRDELAR?</b>	<b>37</b>
<b>6.5 KONKURRENSUTSÄTTNING AV SVENSK SJUKVÅRD</b>	<b>39</b>
6.5.1 PRIVATISERING, ANBUSSUPPHANDLING OCH KUNDVAL	41
<b>6.6 OPTIMALA REGIONER</b>	<b>42</b>
6.6.1 BUCHANANS KLUBBTEORI	43
<b>7. SLUTSATSER</b>	<b>45</b>
<b>7.1 SLUTSATSER</b>	<b>45</b>
<b>7.2 EGNA REFLEKTIONER</b>	<b>47</b>
<b>KÄLLFÖRTECKNING</b>	<b>48</b>
<b>BÖCKER</b>	<b>48</b>
<b>ARTIKLAR</b>	<b>48</b>
<b>ELEKTRONISKA BÖCKER OCH ARTIKLAR</b>	<b>49</b>

---

*Uppsatsens första kapitel inleds med en beskrivning av bakgrunden till studieområdet, vilken mynnar ut i uppsatsens problemformulering och syfte. Kapitlet presenterar vald metod samt vilket material som legat till grund för uppsatsen. Avslutningsvis presenteras avgränsningar samt uppsatsens disposition över kommande kapitel.*

---

# 1. INLEDNING

## 1.1 Bakgrund

*”Den svenska hälso- och sjukvården omfattar den största sektorn inom den offentliga verksamheten och är en grundpelare i det svenska välfärdsamhället. Sjukvården är gemensamt finansierad med skattemedel och styrs till största del genom politiska beslut i demokratiskt valda församlingar. Ansvaret för hälso- och sjukvården delas mellan stat, kommun och landsting och omfattas av 21 landsting och 290 kommuner.<sup>1</sup> Vården finansieras till största del genom skatteintäkter vilka tas ut som landstings och kommunalskatt. Svenska folket har genom skatteintäkterna en obligatorisk sjukförsäkring vilket förmodligen är den bakomliggande anledningen till att den privata sjukvården bedrivs i mycket liten omfattning”.*<sup>2</sup>

Den svenska sjukvården står i likhet med andra industrialiserade länder inför stora utmaningar. Demografiska förändringar påverkar vår befolkningsstruktur. Den genomsnittlige svensken blir allt äldre vilket bidrar till att antalet vårdkrävande invånare ökar. Samtidigt bidrar lägre födelsetal till att andelen aktiva som ska bekosta vården samt arbeta i vårdsektorn minskar. Dagens patienter är mer informerade och kräver mer som vårdkonsument.

De preliminära kostnaderna för hälso- och sjukvården uppgick 2005 till 222 miljarder kronor vilket är 8,3 procent av BNP och i den summan ingår inte kostnaderna för kommunernas äldreomsorg. Kommunernas hälso- och sjukvård beräknas till 0,7 procent, vilket innebär att de preliminära totala kostnaderna för hälso- och sjukvården 2005 uppgår till 9 procent av BNP. I det totala beloppet ingår patienternas kostnader för läkemedel, tandvård, glasögon och hushållens avgifter till hälso- och sjukvården.<sup>3</sup>

Prognoser visar att de framtida demografiska förändringarna kommer leda till att efterfrågan på sjukvård ökar i en snabbare takt än finansieringsutrymmet. Det är därför viktigt att långsiktiga lösningar arbetas fram så att problemen kan börja åtgärdas i god tid. Ovanstående problem var orsaken till att Sveriges regering beslutade om att tillsätta en arbetsgrupp som skulle fokusera på vilka organisatoriska förändringar som krävdes för att Sverige på ett effektivare sätt ska kunna hantera framtida problem och utmaningar inom bland annat skola,

---

<sup>1</sup> Idag omfattas Sverige av 18 landsting och 2 regioner (Västra Götaland och Skåne). Gotlands kommun har landstingsansvar. ”Om landsting och regioner”

<http://www.skl.se/artikel.asp?C=444&A=283>, Sveriges kommuner och landsting 2008-08-23

<sup>2</sup> Leim Frida, Mörk Linnéa & Norberg Hansen Camilla ”Det svenska och amerikanska sjukvårdssystemet” NEK 661 Offentlig ekonomi HT 2005.

<sup>3</sup> ”Hälso- och sjukvårdens organisation och resurser”, [www.regeringen.se](http://www.regeringen.se) Socialdepartementet 5 oktober, 2007 2008-08-18

vård och omsorg. Resultatet presenterades i Ansvarskommitténs SOU 2007:10 *”Hållbar samhällsorganisation med utvecklingskraft”* i februari 2007.

## **1.2 Syfte och problemformulering**

Jag har valt att undersöka Ansvarskommitténs slutbetänkande *”Hållbar samhällsorganisation med utvecklingskraft”*. Jag har främst fokuserat på kommitténs argument gällande ombildningen av dagens landsting till regionkommuner. Enligt kommittén skulle en sådan förändring skapa ett mer likartat befolkningsunderlag vilket skulle säkerställa likvärdighet samt göra regionerna mer konkurrenskraftiga gentemot varandra. En ökad likvärdighet mellan regionkommunerna skapar förutsättningar för konkurrens, främjar kvalitet och leder till bättre effektivitet inom vården.<sup>4</sup> Jag upplever dock att kommittén presenterar sina slutsatser utan att ge några direkta förslag på hur konkurrenssituationen ska stärkas och effektiviteten bli bättre. Utredningen är omfattande och välarbetad men passiv vad gäller förslag och åtgärder. Syftet med min uppsats har därför främst varit att undersöka de ”resultat” som kommittén anser uppnå med förslaget och utifrån nationalekonomisk teori undersöka om ombildandet till större regionkommuner verkligen leder till större likvärdighet, ökad effektivitet, konkurrens och bättre kvalitet som ansvarskommittén framhåller.

Min frågeställning: *Kommer ett ombildande till regionkommuner leda till ökad konkurrens, effektivitet, likvärdighet och bättre kvalitet?*

## **1.3 Avgränsningar**

Ansvarskommitténs utredning är mycket omfattande med ett sidantal på 429 sidor uppdelad i 9 kapitel. Kommittén har studerat dagens samhällsorganisation och gett förslag på förändringar både på statlig, kommunal och landstingsnivå. Jag har dock valt att begränsa mitt arbete till att bara fokusera på de organisatoriska förändringar som föreslås för hälso- och sjukvården eftersom arbetet annars skulle bli alltför omfattande.

## **1.4 Metod och material**

Jag har i min uppsats studerat ansvarskommitténs slutbetänkande *”Hållbar samhällsorganisation med utvecklingskraft”* och utifrån det undersökt de bakomliggande orsakerna till förslaget samt undersökt relevansen i presenterade resultat utifrån nationalekonomisk teori, och då främst teorier inom offentlig ekonomi. Jag har valt att utföra en kvalitativ analys eftersom min uppsats till stor del handlar om att beskriva och ge läsaren en djupare förståelse för studieområdet. Kvalitativ forskning är att föredra eftersom syftet är att gå till botten med ett problem och skapa en djupare förståelse bakom handlingar, aktioner och val. Fokus har främst lagts på ansvarskommitténs slutbetänkande och deras förslag på organisatoriska förändringar inom hälso- och sjukvården. Nationalekonomisk teori och erfarenheter från nordiska strukturreformer har använts för att kunna besvara min frågeställning. Det kan vara svårt att gå in i en forskningsprocess helt förutsättningslöst. Tidigare erfarenheter, språkkunskap och förståelse påverkar och begränsar författarens möjlighet till fullständig opartiskhet och kan ibland leda till att texter tolkats utifrån författarens syfte med uppsatsen. Övrigt material har jag tillgodogjort mig genom böcker, vetenskapliga artiklar, rapporter och elektroniska tidskrifter. Antalet utvärderingar och

---

<sup>4</sup> *”Hållbar samhällsorganisation med utvecklingskraft”* Statens offentliga utredningar, Ansvarskommittén SOU 2007:10 Sid. 126



utredningar av de nordiska reformerna är begränsade vilket till viss del påverkat möjligheten att ge en fullständig bild av fördelar och nackdelar med olika strukturreformer.

### **1.5 Disposition**

**Kapitel ett** redogör för bakgrunden till studieområdet, metod samt frågeställning och syfte. **Kapitel två** ger en beskrivning av den svenska sjukvården, dess historia, organisation och problem. **Kapitel tre** presenterar de ekonomiska teorier som används för att analysera ansvarskommitténs förslag. **Kapitel fyra** ger en beskrivning av strukturförändringar i Norge, Danmark och Finland. **Kapitel fem** beskriver ansvarskommitténs utredning samt vilka resultat de avser uppfylla med förslaget. **Kapitel sex** redogör för författaren analys av förslaget samt ger förslag på förändringar som anses nödvändiga för att uppfylla ansvarskommitténs resultat. **Kapitel sju** avslutas med slutsats och egna reflektioner.

---

*Kapitlet om det svenska sjukvårdssystemet är till för att underlätta läsarens förståelse för studieområdet. Kapitlet fokuserar på den svenska sjukvårdens utveckling och organisatoriska struktur idag samt vilka problem som idag påverkar den svenska sjukvården.*

---

## 2. SVERIGES SJUKVÅRDSSYSTEM

### 2.1 Historisk utveckling av det svenska sjukvårdssystemet

Sverige har en lång tradition av offentligt finansierad sjukvård. Sveriges första sjukhus tillkom 1752 i Stockholm och hade då plats för 8 patienter.<sup>5</sup> Idag finns det nio regionsjukhus, cirka 70 stycken läns- och länsdelssjukhus samt runt 1000 vårdcentraler i Sverige.<sup>6</sup>

Sveriges delades in i landsting 1862 och varje landsting försågs med landstingsfullmäktige. Landstingsfullmäktige fick i uppdrag att besluta i viktiga frågor som gällde landstinget och allt mer ansvar flyttades från staten till landstingen.<sup>7</sup> Den svenska sjukhuslagstiftningen tillkom 1862 vilket tvingade landstingen att tillgodose sina invånare med vård.

Efter andra världskriget valde Sverige att i större utsträckning än andra länder ge medborgarna en större beslutsmöjlighet. Uppfattningen var att utfallet skulle bli bättre ifall medborgarna gavs större möjlighet att påverka besluten och därför lades ansvaret att bygga ut välfärden hos landstingen och kommunerna. Efterkrigstidens förbättrade ekonomi bidrog till en expansion av den offentliga sektorn. Riksdagen röstade igenom en nationell sjukförsäkring vilken infördes 1955.<sup>8</sup> Den nationella sjukförsäkringen innebar att medborgarna enbart behövde betala en del av den totala kostnaden för mediciner, läkarbesök och behandlingar.<sup>9</sup>

Sverige har genomgått två stora kommunreformer. Den första genomfördes 1952 och orsaken var att befolkningsflyttningar hade varit stora under 1860-1950 samtidigt som urbaniseringen hade ökat. Detta bidrog till att allt fler kommuner hade ett för litet befolkningsunderlag samtidigt som kraven på samhällsservice ökade. Den första kommunindelningen ansågs dock otillräcklig vilket ledde till att socialdemokraterna år 1969 tvångsgenomförde en ytterligare indelning som minskade ner antalet kommuner till 284 stycken. I och med denna indelning fick också landstingen en tydligare ansvarsfördelning. 1970 tog landstingen över ansvaret för öppenvården från de offentliga sjukhusen genom införandet av "sjukronorsreformen".<sup>10</sup> Sjukronorsreformen skapade större möjligheter för

---

<sup>5</sup> Ghatnekar O, Hjortberg C (2001) "Health care systems in transition Sweden, European Observatory on Health Care Systems." Volym 3 Nr. 8. Sid. 6

<sup>6</sup> "Hälso- och sjukvårdens organisation och resurser", [www.regeringen.se](http://www.regeringen.se) Socialdepartementet 5 oktober 2007 Socialdepartementet 2008-08-18

<sup>7</sup> Ghatnekar O, Hjortberg C (2001) "Health care systems in transition Sweden, European Observatory on Health Care Systems." Volym 3 Nr. 8. Sid. 6

<sup>8</sup> Byrkjeflot H, Neby S (2004) "The Decentralized Path Challenged? Nordic Health Care Reforms in Comparison" Stein Rokkan for Social Science, Unifob AS. Sid. 14

<sup>9</sup> Ibid. Sid.14

<sup>10</sup> Ghatnekar O, Hjortberg C (2001) "Health care systems in transition Sweden, European Observatory on Health Care Systems." Volym 3 Nr.8 Sid. 8

låginkomsttagare att söka läkarvård eftersom endast sju kronor per läkarbesök var tvunget att betalas av patienterna själva, resten täcktes av den nationella sjukvårdsförsäkringen.<sup>11</sup>

Både ”hälso- och sjukvårdslagen” och ”lagen om rätt till lika vård” tillkom 1982.<sup>12</sup>

Ädelreformen infördes 1992 och innebar att landstinget lämnade över en stor del av ansvaret för äldreården till kommunerna. Innan kommunerna tog över ansvaret för sjukhem och andra vårdinrättningar för somatisk långtidssjukvård var medicinavdelningarna överbelagda. Tanken med reformen var att frångå sjukhusens behandling vilken skulle ersättas med hemtjänst och andra billigare alternativ. Det övergripande målet med reformen var att öka kvalitén och möjligheten för självbestämmande bland de äldre samt skapa en tydligare ansvarsfördelning. Vårdtiderna minskade kraftigt i och med reformen eftersom färdigbehandlade patienter flyttades ut från sjukhusen till kommunala inrättningar eller fick hjälp av hemtjänst.<sup>13</sup> Ädelreformen följdes av både handikapp- och psykiatrireformen. Dessa reformer innebar att samordningsansvaret för handikappade och psykiskt sjuka också flyttades från landstinget till kommunerna.<sup>14</sup> Reformerna medförde att antalet upptagna sjukhussängar inom landstinget minskade betydligt samtidigt som ansvarsfördelningen mellan landstingen och kommunerna blev tydligare. Det minskade behovet av vårdplatser ledde till ett flertal rationaliseringar. Exempelvis minskade antalet mindre sjukhus genom att de antingen lades ner eller slogs ihop till större enheter.<sup>15</sup>

Vårdgarantin infördes också 1992 vilken garanterade att patienter endast skulle behöva vänta tre månader på behandling. I de fall det egna landstinget inte lyckades behandla patienten inom tre månader så hade patienten rätt att söka sig till ett annat landsting eller en annan vårdgivare utanför landstinget. Vårdgarantin omfattar dock inte alla behandlingar utan främst tolv behandlingar där långa värdköer länge hade varit ett problem. Vårdgarantin behölls dock bara fram till 1994 då socialdemokraterna återtog makten och istället införde en annan reform. Den nya reformen innebar att landstinget istället skulle införa generella väntetider för alla behandlingar vilka skulle ange den maximala väntetiden. Ungefär samtidigt kom också en läkemedelsreform som flyttade över ansvaret för läkemedel från den nationella sjukförsäkringen till landstinget. Reformen infördes för att försämra läkemedelsindustrin möjlighet att driva upp kostnaderna för mediciner samtidigt som patienternas egen del av läkemedelskostnaderna ökade.<sup>16</sup> Den 1 oktober 2002 infördes ytterligare press på läkemedelsföretagen genom att apoteket numera är skyldigt att regelmässigt byta till det billigaste läkemedlet.<sup>17</sup>

---

<sup>11</sup> Byrkjeflot H, Neby S (2004) *”The Decentralized Path Challenged? Nordic Health Care Reforms in Comparison”* Stein Rokkan for Social Science, Unifob AS. Sid.14

<sup>12</sup> Ibid. Sid.16

<sup>13</sup> SOU 1999:66 *”God vård på lika villkor? – Om statens styrning av hälso- och sjukvården”*

<sup>14</sup> Ghatnekar O, Hjortberg C (2001) *”Health care systems in transition Sweden, European Observatory on Health Care Systems.”* Volym 3 Nr.8 Sid.9

<sup>15</sup> *”Hälso- och sjukvårdens organisation och resurser”*, [www.regeringen.se](http://www.regeringen.se) Socialdepartementet 5 oktober, 2007 2008-08-18

<sup>16</sup> Ghatnekar O, Hjortberg C (2001) *”Health care systems in transition Sweden, European Observatory on Health Care Systems.”* Volym 3 Nr.8 Sid.9

<sup>17</sup> *”Hälso- och sjukvårdens organisation och resurser”*, [www.regeringen.se](http://www.regeringen.se) Socialdepartementet 5 oktober, 2007 2008-08-18

## 2.2 Hälso- och sjukvårdens organisation

Ansvar för det svenska sjukvårdssystemet fördelas mellan tre nivåer; Staten, landstinget och kommunerna. De olika nivåernas respektive ansvarsområden regleras i Hälso- och sjukvårdslagen (HSL). Det övergripande ansvaret ligger på staten men lagen är utformad på det viset att den ger landstingen och kommunerna stor frihet att själva planera och organisera det egna hälso- och sjukvårdsarbetet.<sup>18</sup> Sjukvårdens mål är en likvärdig och god vård för hela befolkningen och på statlig nivå är det socialdepartementet som ska se till att sjukvårdssystemet sköts effektivt och att målen efterlevs utifrån de lagar och regler som finns.<sup>19</sup> Den svenska hälso- och sjukvården kan delas in i nivåerna;

- regionsjukvård (inkluderat rikssjukvården)
- länsjukvård
- primärvård.<sup>20</sup>

Huvuduppgiften för Sveriges 18 landsting och 2 regioner (Västra Götaland och Skåne) samt Gotlandskommun<sup>21</sup> är hälso- och sjukvården, vilken till 71 procent finansieras via landstingskatten (2005).<sup>22</sup> Övriga inkomster får landstinget från patientavgifter samt försäljning av tjänster. Staten bidrar också med generella och riktade statsbidrag vilka är till för att öka tillgängligheten i vården eller till läkemedelsförmåner. Enligt siffror från 2005 gick 90 procent av landstingets totala budget till hälso- och sjukvård samt tandvård.<sup>23</sup>

Det är landstingsfullmäktige som styr landstingen. Landstingsfullmäktige fungerar som självständiga parlament på regional nivå och består av folkvalda politiker som väljs på 4 år. I de flesta landsting finns också en sjukhusstyrelse som bestämmer hur sjukhuset ska styras och organiseras utifrån gällande lagar och regler. Det är landstingsfullmäktige tillsammans med sjukhusstyrelsen som aktivt arbetar fram aktivitets- och finansieringskontrakt som anger hur sjukhuset ska finansieras, samt vilken form av ersättning som ska gälla för det specifika landstinget. De vanligaste ersättningsmodellerna är Diagnos relaterade grupper (DRG), Fee for service eller en överenskommen rambudget.<sup>24</sup>

Det är den offentliga sektorn som har huvudansvaret för den svenska sjukvården men det finns ett fåtal privata aktörer på marknaden. Dessa privata aktörer regleras dock av landstingen genom att de måste ha kontrakt med ett landsting för att få inkluderas i det nationella sjukförsäkringssystemet.<sup>25</sup>

---

<sup>18</sup> "Hälso- och sjukvårdens organisation och resurser", [www.regeringen.se](http://www.regeringen.se) Socialdepartementet 5 oktober, 2007 2008-08-18

<sup>19</sup> Ghatnekar O, Hjortberg C (2001) "Health care systems in transition Sweden, European Observatory on Health Care Systems." Volym 3 Nr. 8. Sid. 11, 13

<sup>20</sup> "Hälso- och sjukvårdens organisation och resurser", [www.regeringen.se](http://www.regeringen.se) Socialdepartementet 5 oktober, 2007 2008-08-18

<sup>21</sup> "Om landsting och regioner" <http://www.skl.se/artikel.asp?C=444&A=283>, Sveriges kommuner och landsting 2008-08-23

<sup>22</sup> Ibid. 2008-08-23

<sup>23</sup> Ibid. 2008-08-23

<sup>24</sup> Ghatnekar O, Hjortberg C (2001) "Health care systems in transition Sweden, European Observatory on Health Care Systems." Volym 3 Nr. 8. Sid. 74-75

<sup>25</sup> Ibid. Sid.16

Offentligt anställda läkare får sin lön utbetalad av landstingsfullmäktige medan privatläkare får betalt enligt vårdavtal med sitt landsting. Ansvar för de patienter som befinner sig på sjukhus ligger hos landstinget medan ansvaret för utskrivna patienter, äldreomsorgen samt funktionshindrade ligger hos kommunerna.<sup>26</sup>

Kommunerna och landstingen varierar i både storlek och invånarantal och för att dessa ska ges samma förutsättningar att kunna erbjuda en likartad vård finns det ett bidrags och utjämningsystem. Avsikten med utjämningsystemet är att alla kommuner och landsting ska få samma skatteunderlag per invånare och därmed ges samma förutsättningar att kunna erbjuda sina invånare en likvärdig vård oavsett var någonstans man bor.<sup>27</sup> Kommunernas verksamhet finansieras av kommunalskatten som i likhet med landstingskatten ingår i inkomstskatten.

### **2.3 Problem med Sveriges sjukvårdssystem**

Trots att den svenska befolkningen är internationellt sett vid väldigt god hälsa och svenskarnas förväntade livslängd är en av de högsta i världen så brottas Sveriges sjukvård med dålig tillgänglighet och långa väntetider. Något som enligt ansvarsutredning första delbetänkande tyder på brister i organisationen.<sup>28</sup>

Ett av huvudmålen för den svenska sjukvården är att kunna erbjuda en god tillgänglighet för patienterna samt erbjuda en snabb och effektiv vård. På senare år har dock dessa mål inte kunnat uppfyllas och det har inneburit att allmänheten har riktat massiv kritik mot vården. Det är främst de långa vårdköerna som skapat frustration. Vårdköerna skiljer sig åt mellan landstinget eftersom alla landsting inte har möjligheten att erbjuda vård inom den avsetta väntetiden och därmed strider mot lagen att alla skall ha rätt till samma vård. Långa väntetider är ett politiskt problem och nyligen försökte man komma till rätta med problemet genom att införa en ny utvidgad vårdgaranti. De nuvarande bestämmelserna är att hela den svenska sjukvården ska präglas av 0-7-90-regeln. Detta innebär att den maximala väntetiden för att komma i kontakt med sin vårdcentral ska vara 0 minuter. Inom 7 dagar ska patienten få träffa en läkare och i de fall behandling är behövligt ska denna erbjudas inom 90 dagar. Akuta fall ska naturligtvis erbjudas omedelbar behandling. Vissa landsting har utvidgat sin vårdgaranti till 0-5-30-90 regeln. Detta innebär att besöksgarantin på en vårdcentral minskar till 5 dagar samtidigt som patienten har rätt att träffa en specialist inom 30 dagar.<sup>29</sup>

Många av de förändringar som har genomförts under 1990-talet har varit till för att stärka patientens position inom vården. Trots detta är patienternas möjlighet att klaga på missförhållanden fortfarande begränsad och informationen till patienten är i många fall bristfällig. Kritiken riktas dock inte mot vårdpersonalen som upplevs som mycket engagerad och kompetent utan bristerna tros snarare ligga i organisationen.

---

<sup>26</sup> "Hälso- och sjukvårdens organisation och resurser", [www.regeringen.se](http://www.regeringen.se) Socialdepartementet 5 oktober, 2007 Socialdepartementet 2008-08-18

<sup>27</sup> "Utjämningsystemet" <http://www.regeringen.se> Finansdepartementet 28 april, 2008 2008-05-08

<sup>28</sup> "Utvecklingskraft för hållbar välfärd", SOU 2003:123. Sid. 25

<sup>29</sup> "Vad är vårdgarantin" [http://www.sns.sll.se/t/Page\\_143.aspx?epslanguage=SV](http://www.sns.sll.se/t/Page_143.aspx?epslanguage=SV) 2008-05-08

---

*I teorikapitlet presenteras de nationalekonomiska teorier som hjälper läsaren att förstå den svenska sjukvårdens uppbyggnad och karaktär. Dessa teorier har också påverkat ansvarsutredningen i deras förslag på organisatoriska förändringar inom sjukvården.*

---

## 3. EKONOMISK TEORI OM HÄLSO- OCH SJUKVÅRDEN

### 3.1 Varför bör det finnas en offentlig sektor?

Den svenska sjukvården utgör en av de största delarna inom den offentliga sektorn. En offentlig sektor motiveras enligt ekonomisk teori av tre uppgifter:

- Upprätthålla samt definiera vilka grundläggande spelregler som ska gälla i samspel mellan olika individer, både juridiskt och ekonomiskt.
- Möjliggöra och verkställa kollektivt agerande i de fall de har inverkan på ett stort antal människor samt innebär en vinst för alla inblandade.
- Rimlig fördelning av samhällets resurser.<sup>30</sup>

### 3.2 Hälsa- och sjukvården som vara

Den traditionella fria marknaden är ett arrangemang av producenter och konsumenter vilka samspelar med varandra genom utbyten av varor och tjänster. När fria marknader får agera under fullständig konkurrens uppstår paretooptimalitet.<sup>31</sup> Hälsa- och sjukvården skiljer sig dock från traditionella marknader och dess möjlighet att styras av de ”fria marknadskrafterna” försvåras främst av nedanstående förhållanden.

1. **Genuin osäkerhet.** Patienter har inte möjlighet att själva uppskatta sannolikheten att de ska bli sjuka och behöva sjukvård, vilket innebär att de oftast underskattar sitt eget vårdbehov. Deras betalningsvilja är otillräckligt och därför behöver sjukvården en tredje finansiär för att kunna erbjuda ett tillräckligt försäkringsskydd.
2. **Informationsasymmetri.** Vårdgivaren har bättre kunskap om olika behandlingsmetoder och vårdkostnader än vårdtagaren vilket kan leda till att vårdgivaren utnyttjar patienten genom att rekommendera onödigt dyra vårdmetoder eller onödigt långdragna behandlingsmetoder (*supplier induced demand*). Vårdtagaren (agenten) har i sin tur ett informationsövertag gentemot en oinformerad försäkringsgivare (principalen) genom att agenten har större förutsättningar att avgöra sin sjukdomsrisk. Trots detta ska principalen utforma ett försäkringskontrakt

---

<sup>30</sup> Andersson Fredrik (2002) ”Konkurrens på kommunala villkor” Svenska Kommunförbundet Stockholm 2002. Sid. 13

<sup>31</sup> Paretooptimal – Ingen får det bättre utan att någon annan får det sämre.

(incitamentsmekanism) för att på det sättet styra agentens aktiviteter efter principalens önskemål (*principal-agent teorin*).<sup>32</sup>

3. **Externaliteter.** Insatser inom sjukvården får enbart effekter om de erbjuds till större delen av befolkningen (vacciner och preventivprogram). Patientens nytta och betalningsvilja understiger den kollektiva nyttan av handlingen och kan därför bara genomföras och upprätthållas via kollektiva arrangemang.<sup>33</sup>

### 3.2.1 Försäkringskontrakt

Individer har väldigt begränsad förmåga att avgöra både när och i vilken utsträckning de kommer att behöva vård i framtiden och därför har stor ansträngning ägnats åt att minska riskelementet, som finns när olika beslut ska fattas inom sjukvården.<sup>34</sup> Patientens begränsade förmåga att uppskatta sin egen sannolikhet att bli sjuk innebär att ett individuellt sparande vore ineffektivt för att lösa riskproblemet. Det finns stor risk att patienten sparar för lite eller för mycket, så att sparkapitalet antingen inte räcker till eller blir över.<sup>35</sup> Sjukvården präglas av risk och osäkerhet och för att lösa riskproblemet har sjukvården valt att införa ett *försäkringskontrakt*. Ett försäkringskontrakt innebär att en försäkrare mot en viss ersättning övertar en del av eller hela risken från en försäkrad.<sup>36</sup> I Sverige är försäkringen offentlig genom att den finansieras via landstingsskatten, vilket också gäller i Norge, Danmark och Finland.

### 3.2.2 Principal-agent teorin

Trots att patienten har begränsad möjlighet att avgöra sannolikheten att bli sjuk så är deras egen möjlighet att avgöra sannolikheten större än för försäkringsbolagen. Det går att dra vissa slutsatser utifrån sina egna levnadsvanor, såsom matvanor och graden av motion. Och därför kan sannolikheten för sjukdom benämnas individernas *privata information*. Patientens förutsättning (trots att den är begränsad) att avgöra sannolikheten att bli sjuk skapar ett informationsövertag gentemot försäkringsgivaren och är utgångspunkten för *principal-agent teorin*.<sup>37</sup> Principal-agent teorin belyser problemet när en oinformerad principal, vilket i detta fall representeras av försäkringsbolaget, skall utforma en incitamentsmekanism, ett försäkringskontrakt, åt en bättre informerad agent (försäkringstagare/patient). Principalen kan inte direkt styra agenten och därför måste incitamentsmekanismen utformas så att den styr agenten. Försäkringskontraktet måste vara utformat så att den försäkrade köper det kontrakt som är utformat för den risktypen.<sup>38</sup>

### 3.2.3 Asymmetrisk information

Problemet för försäkringsbolagen är dock att de inte har fullständig information om varje individs levnadsvanor samt sjukdomstillstånd. På privata försäkringsmarknader försöker

---

<sup>32</sup> Dufwenberg Martin, Isacson Marie-Louise & Lundholm Michael (2000) "*Tillämpad mikroekonomi*" Studentlitteratur, Lund Sid.189

<sup>33</sup> Jonsson Pia Maria, Agardh Emelie & Brommels Mats (2006) "*Hälso- och sjukvårdens strukturreformer*" Medical Management Centre Karolinska Institutet, Stockholm Sid. 84-85

<sup>34</sup> Dufwenberg Martin, Isacson Marie-Louise & Lundholm Michael (2000) "*Tillämpad mikroekonomi*" Studentlitteratur, Lund Sid.179

<sup>35</sup> Ibid. Sid.181

<sup>36</sup> Ibid. Sid.179

<sup>37</sup> Ibid. Sid.189

<sup>38</sup> Ibid. Sid.189

försäkringsbolagen lösa problemet genom att kategorisera sina försäkringstagare genom att de får betala olika premier (En 18 årig nybliven förare får betala en högre bilförsäkring än en 50 årig rutinerad förare), men differentiering kan inte alltid ske utan kostnader. Det är mycket kostsamt för försäkringsbolagen att ta reda på riskerna för de försäkrade, liksom att administrera och hantera differentierade försäkringslösningar och att sälja försäkringslösningar som är utformade för en begränsad grupp risker. <sup>39</sup>

*”Andelen icke försäkringsmässiga kostnader ökar när differentieringen av villkoren ökar.”*<sup>40</sup>

De höga differentieringskostnaderna bidrar till att försäkringsbolagens indelning aldrig kan bli fullständig och eftersom de inte kan identifiera olika individer och deras risker så erbjuds en likartad försäkring till alla, satt utifrån medelriskpatienten. Problem uppstår när försäkringstagaren har högre eller lägre risk än den genomsnittlige försäkringstagaren i gruppen. Detta leder till att högriskpatienter finner premien förmånlig och försäkrar sig medan lågriskpatienter upplever att premien är för hög och avstår från försäkring. *”En dubbel nyttoförlust uppstår i och med att de personer som tecknar försäkring får en högre premie samtidigt som de som avstår från att teckna en försäkring står oförsäkrade”.*<sup>41</sup> Nyttoförlusten uppstår också för försäkringsbolagen då de får betala sjukvård för högriskpatienter även om premien är satt efter medelriskpatienten. Informationsasymmetrin leder på en privat marknad till *adverse selection*.<sup>42</sup> I Sverige begränsas *adverse selection* genom att alla invånare ingår i den obligatoriska sjukförsäkringen.

### 3.2.4 Moral hazard

Incentiven till *moral hazard* är mer framträdande i Sverige än *adverse selection*. *”Moral hazard innebär att sannolikheten för förlust inte är given utan beror på agentens beteende”.*<sup>43</sup> Moral hazard ”*ex ante*” är beteendet som patienten hade innan försäkringen tecknades. När patienten har tecknat sin försäkring sjunker det preventiva beteendet och individens riskbenägenhet ökar. Patienten utsätter sig för högre risk än vad som hade varit fallet som oförsäkrad och individens konsumtion av vård ökar när försäkringspremien väl är betald (moral hazard). Försäkringsgivaren vill belöna en mer försiktig försäkringstagare genom mer fördelaktiga villkor men eftersom graden av försiktighet hos agenten inte kan observeras är detta omöjligt. Försäkringsbolagen försöker istället komma till rätta med överkonsumtion genom att införa en självrisk. Självrisk minskar patientens incitament att utnyttja systemet då de måste stå för en viss del av behandlingskostnaden själva.<sup>44</sup> För den svenska sjukvården är begränsning av överkonsumtion genom självrisk svårt eftersom alla patienter omfattas av den nationella sjukförsäkringen. I Sverige kan patientavgifterna, vilka betalas av patienterna själva, till viss del begränsa vårdkonsumtionen. Patientavgifterna är dock i förhållande till

<sup>39</sup> Dufwenberg Martin, Isacson Marie-Louise & Lundholm Michael (2000) *”Tillämpad mikroekonomi”* Studentlitteratur, Lund Sid.188

<sup>40</sup> Ibid. Sid.188

<sup>41</sup> Leim Frida, Mörk Linnéa & Norberg Hansen Camilla *”Det svenska och amerikanska sjukvårdssystemet”* NEK 661 Offentlig ekonomi HT 2005.

<sup>42</sup> **Adverse selection** utgår från teorin om asymmetrisk information och avser den snedvridning av urval som uppstår då en part har information/egenskaper som påverkar utfallet för en annan (oinformerad) part. En förutsättning är att egenskapen ej är observerbar

Rosen, Harvey S. (2002) *”Public Finance”* 6th edition McGraw-Hill Boston. Sid.201

<sup>43</sup> Dufwenberg Martin, Isacson Marie-Louise & Lundholm Michael (2000) *”Tillämpad mikroekonomi”* Studentlitteratur, Lund Sid.195

<sup>44</sup> Rosen, Harvey S. (2002) *”Public Finance”* 6th edition McGraw-Hill Boston. Sid.202



behandlingskostnad mycket låga och därför är det nog snarare andra ”verktyg” som används för att begränsa vårdkonsumtionen. Exempel på detta diskuteras i kapitel sex.

Hälso- och sjukvården har inte bara marknadsmisslyckanden att ta hänsyn vid utformandet av nya reformer. Vilken ansvarsfördelning som ska gälla mellan stat, landsting och kommun har också betydelse.

### **3.3 Fiskal federalism**

Ett federalt system är uppbyggt av olika beslutsnivåer och fiskal federalism studerar relationen mellan de olika nivåerna, deras roll samt hur de är relaterade till varandra. Fiskal federalism försöker förstå vilka beslut och funktioner som bäst fattas på central kontra decentraliserad nivå.<sup>45</sup> Ansvarsområden som innefattar hela landet såsom försvar, rättsväsende, utrikes, stabiliserings och omfördelnings politik tillhandahålls vanligast på den centrala nivån.<sup>46</sup> Graden av decentralisering eller centralisering skiljer sig mycket åt mellan olika länder. Sverige är ett land med en hög grad av decentralisering. I Sverige är beslutsnivåerna fördelade mellan stat, landsting och kommuner.

Det som talar för decentralisering är att det på ett enklare sätt går att skraddarsy utbudet efter lokala förhållanden och preferenser. En decentraliserad nivå skapar informationsfördelar samtidigt som det främjar innovationer och konkurrens. Decentralisering ger fler aktörer möjlighet att testa nya idéer vilket gör det enklare att studera, ta efter och lära av varandra. Detta skapar positiva externa effekter då det bidrar till omflyttning mellan landstingen. Problem med decentralisering är dock att det kan uppstå skillnader i skattebörd mellan landstingen vilket innebär att förmågan att tillhandahålla offentlig sjukvård mellan de olika landstingen skiljer sig åt, något som kan vara svårt för medborgarna att acceptera. För att komma till rätta med olikheter har Sverige ett skatteutjämningsystem som ska fördela resurserna mer jämt över landet. Decentralisering kan också bidra till ineffektivitet och brist på stordriftsfördelar.

Det som talar för ökad centralisering är jämlikhetsaspekten då staten har andra förutsättningar än kommun och landsting att tillhandahålla offentliga varor. Den centrala nivån kan förändra beslut som lokalt är effektiva men som är ineffektiva ur ett nationellt perspektiv. På en central nivå går det också att enklare tillgodogöra sig stordriftsfördelar i produktion och skatteindrivning.<sup>47</sup>

#### **3.3.1 Stordriftsfördelar**

Stordriftsfördelar är de extra vinster som uppstår till följd av storskalig produktion. Den genomsnittliga kostnaden per producerad enhet sjunker när antalet producerade enheter ökar.

Det uppstår en tilltagande skalavkastning vilket kan uppdelas i två typer.

---

<sup>45</sup> Rosen, Harvey S. (2002) *“Public Finance”* 6th edition McGraw-Hill Boston. Sid.472

<sup>46</sup> Ibid.505

<sup>47</sup> Hansson Åsa *”Fiskal federalism”*

<http://www.nek.lu.se/NEKAHA/hemsida/offentlig%20ekonomi%202006/F%C3%B6rel%C3%A4sning%208%20Fiskal%20federalism.pdf> 2008-04-17

1. **Interna stordriftsfördelar.** Den genomsnittliga kostnaden per enhet påverkas av företagets storlek eller dess produktion av den aktuella produkten
2. **Externa stordriftsfördelar,** tillgodogörs på industrinivå. Det innebär att det enskilda företagets AC sjunker i takt med företagets utvidgning. Externa stordriftsfördelar uppstår när det är enkelt att överföra teknisk kunskap eller när ett företags produktionsfördelar sänker kostnaden för andra företag.

Det går att finna stordriftsfördelar vid produktion av offentliga varor. Förmågan att kunna tillgodogöra sig skalfördelar skiljer sig dock åt beroende på om man studerar den optimala storleken hos ett bibliotek eller upptagningsområdet för en brandstation.<sup>48</sup> Förmågan att tillgodogöra sig stordriftsfördelar inom sjukvården är omtvistad. Dock väljer de nordiska länderna inklusive ansvarskommittén att lägga stor vikt vid stordriftsfördelar vid utformandet av sina respektive strukturreformer inom sjukvården. Exempel på detta beskrivs i kommande kapitel.

Ansvarskommittén lägger i likhet med sina nordiska grannar fokus på regionens utformning. Det kan vara svårt att avgöra vilken fördelning mellan central eller decentraliserad nivå som vore optimal. För att belysa möjligheten att komma fram till optimala regioner inom hälso- och sjukvården används Buchanans klubbteori.

### **3.4 Optimala regioner**

#### **3.4.1 Privata och kollektiva varor**

För att förstå Buchanans klubbteori krävs att man först redogör för teorin om privata och kollektiva varor och tjänster.

Distinktionen mellan kollektiva och privata varor publicerade ekonomen Paul A Samuelsson under mitten av 1950-talet. *Privata* varor och tjänster karaktäriseras av att det bara är en eller ett fåtal personer som kan konsumera varan. Detta innebär att det helt går att utesluta andra personer från konsumtion. Ett äpple är en privat vara. Det är omöjligt för Lisa att äta ett äpple som Anna redan har ätit upp. Möjligheten att utesluta andra från konsumtion bidrar också till att det förekommer rivalitet vid konsumtion av privata varor. När det gäller privata varor är ett individuellt agerande tillräckligt för att kunna tillgodogöra sig varan. Att Anna äter upp sitt äpple kräver inte några andra medverkanden eftersom konsumtionen uteslutande är hennes. En paretooptimal jämviktslösning uppstår genom att det enbart är Annas egen efterfrågan som skall balanseras mot utbudet.

En rent *kollektiv* vara kännetecknas istället av ickerivalitet. Det innebär att en persons konsumtion av varan inte medför några begränsningar för andra att konsumera varan/tjänsten. Ren luft är exempel på en rent kollektiv vara. Det är omöjligt för Lisa att exkludera Anna från att andas luften utan båda har tillgång till varan på lika villkor. En rent kollektiv vara kan i princip utnyttjas av hur många konsumenter som helst. Vid kollektiva varor måste man ta hänsyn till varje enskild individs betalningsvilja för att kunna få fram en paretooptimal

---

<sup>48</sup> Rosen, Harvey S. (2002) "Public Finance" 6th edition McGraw-Hill Boston. Sid.479

lösning vilket innebär att försörjningen med kollektiva varor förutsätter kollektivt agerande. Kollektiva varor tillhandahålls därför effektivast av staten.<sup>49</sup>

I verkligheten är det dock få varor som är antingen rent kollektiva eller rent privata utan de flesta varor och tjänster återfinns någonstans däremellan. Den renodlade distinktionen är dock viktig att ta hänsyn till när det gäller att förstå varför människor ibland agerar individuellt och ibland kollektivt.

### **3.4.2 Buchanans klubbteori**

Klubbteorin presenterades av James M Buchanan första gången 1965. Orsaken var att han upplevde uppdelningen mellan rent kollektiva och rent privata varor som otillfredsställande. Buchanan intresserade sig mer för de varor som befann sig mellan de rent privata och rent kollektiva och studerade dessa utifrån prisbildning samt den optimala produktionens och konsumtionens omfattning.<sup>50</sup>

Buchanan intresserade sig främst för klubbar där medlemmarna tvingades betala medlemsavgift för att få delta. Det intressanta för Buchanan var individers vilja att tillsammans organisera och distribuera en gemensamt ägd resurs.

Enligt Buchanans definition är en klubbvara väldigt lik en kollektiv vara, men skillnaden är att den är exkluderbar och rivaliserande. Medlemskapet i en klubb skiljer sig från kollektiva varor genom att det är frivilligt. En klubb har heller inte ett obegränsat medlemsantal vilket betyder att vissa medlemmar inte kan eller får tillträde. Buchanan studerade fenomenet om den optimala klubbstorleken och kom fram till att det går att finna en optimal storlek, denna varierar dock beroende på vilken vara som undersöks. Detta exemplifierar han genom att beskriva simbassänger där medlemmar har betalat en avgift för att få bada. Alla medlemmar antas ha samma preferenser. (De värderar nyttan och värdet av bassängen på samma sätt).<sup>51</sup>

---

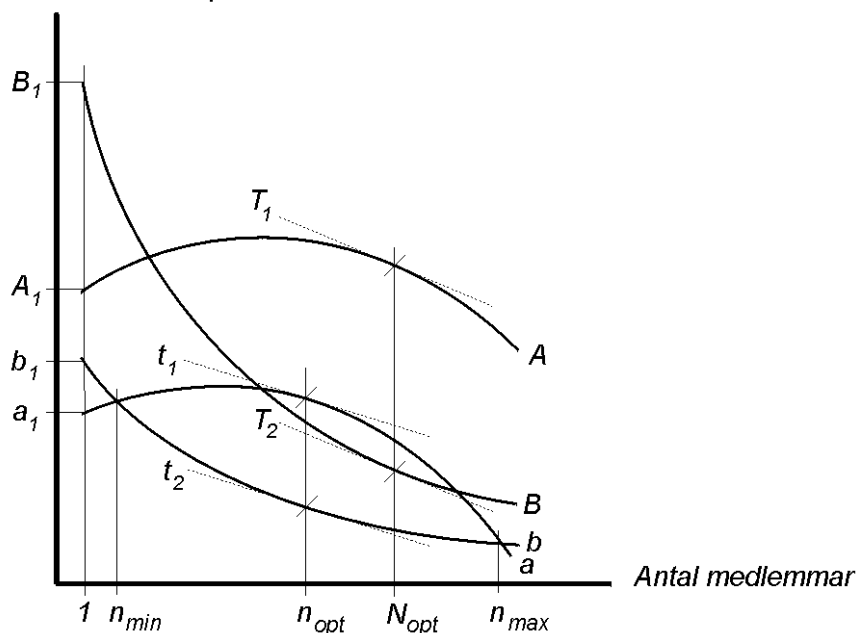
<sup>49</sup> Moberg Erik (1994) "Offentliga beslut - En introduktion till den ekonomiska teoribildningen inom statsvetenskapen" Mobergs publikationer AB Kapitel 8 <http://www.mobergpublications.se/offentliga/atta.htm> 2008-06-10

<sup>50</sup> Ibid. 2008-06-10

<sup>51</sup> Ibid. 2008-06-10

FIGUR 1

Kostnad och värde per medlem



Källa: Moberg Erik (1994) "Offentliga beslut En introduktion till den ekonomiska teoribildningen inom statsvetenskapen" Mobergs publikationer AB Kapitel 8 <http://www.mobergpublications.se/offentliga/atta.htm>

På den vågräta axeln anges antalet medlemmar i klubben medan den lodräta axeln anger medlemskostnaden samt den enskildes nytta av att vara medlem. Skulle klubben enbart bestå av en medlem så skulle denne få stå för alla kostnader för simbassängen,  $b_1$ . Ökar medlemsantalet kommer dock kostnaden per medlem att sjunka, vilket representeras av den avtagande kostnadskurvan  $b$ . Hur värderar då medlemmarna sin vistelse i bassängen? Skulle bassängen enbart ha en medlem skulle dennes nytta vara  $a_1$ . Även i de fall medlemsantalet skulle öka kan det till en början öka den ende medlemmens nytta eftersom det kanske är roligare att bada tillsammans än ensam. Skulle dock medlemsantalet fortsätta att stiga skulle nyttan till slut minska då ökningen leder till trängsel i bassängen. Nyttokurvan kommer därmed först att stiga för att sedan sjunka, vilket visas genom nyttokurva  $a$ .<sup>52</sup>

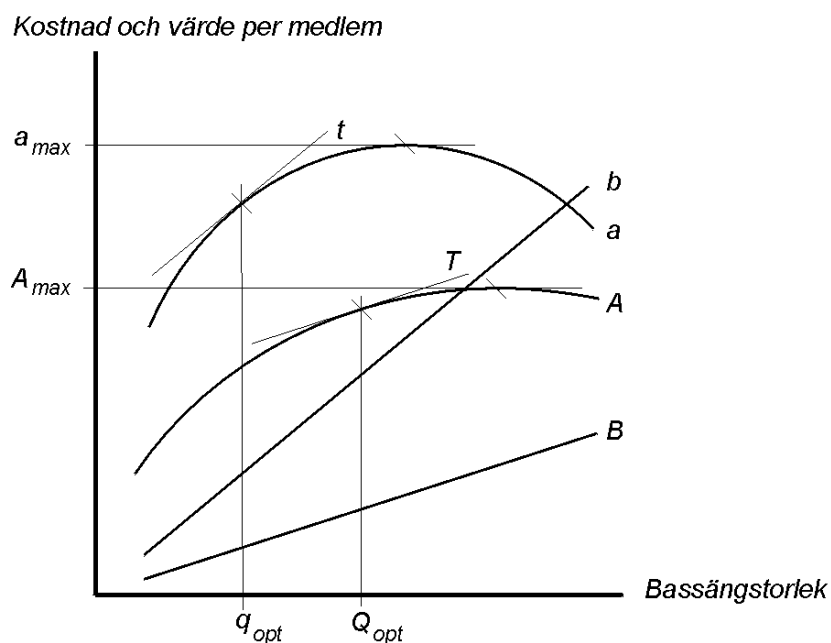
Figuren visar att klubbar med färre medlemmar än  $n_{min}$  eller fler än  $n_{max}$  inte är möjliga eftersom kostnaden för att vara medlem är större än nyttan av att vara med. De klubbar som är

<sup>52</sup>Moberg Erik (1994) "Offentliga beslut En introduktion till den ekonomiska teoribildningen inom statsvetenskapen" Mobergs publikationer AB Kapitel 8 <http://www.mobergpublications.se/offentliga/atta.htm> 2008-04-10

intressanta är därmed de som ligger mellan intervallet  $n_{min}$  till  $n_{max}$ . En optimal klubbstorlek infaller vid  $n_{opt}$  där båda kurvorna har samma lutning, det vill säga tangenterna  $t_1$  och  $t_2$  är parallella. Ligger medlemsantalet under eller över  $n_{opt}$  så tjänar klubben på att antingen välja att tillåta fler medlemmar eller att försöka minska medlemsantalet, eftersom kostnaden eller nyttan inte är optimal för de övriga medlemmarna.<sup>53</sup>

Samma resonemang går att föra på en större bassäng än den i föregående fall vilken representeras i figuren av kostnadskurvan  $B$  och nyttokurvan  $A$ . En ensam medlem skulle precis som i föregående exempel behöva stå för alla kostnader själv och därmed uppnå  $B_1$  samt få ut nyttan  $A_1$ . Den optimala klubbstorleken inträffar vid  $N_{opt}$  där tangenterna  $T_1$  och  $T_2$  är parallella. I en större klubb blir den optimala storleken precis som väntat större. I detta exempel är bassängstorleken given och det är enbart antalet badare som kan variera. Exemplet kan också göras tvärtom, genom att istället anta ett givet medlemsantal  $q$  och utifrån det välja den optimala storleken på bassängen. Något som illustreras i figur 2 nedan.

**FIGUR 2**



Källa: Moberg Erik (1994) "Offentliga beslut - En introduktion till den ekonomiska teoribildningen inom statsvetenskapen" Mobergs publikationer AB Kapitel 8 <http://www.mobergpublications.se/offentliga/atta.htm>

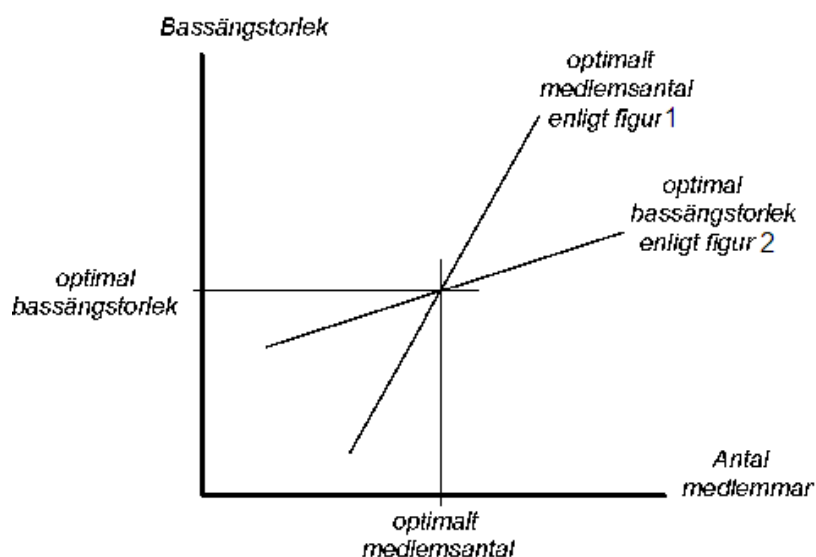
Kostnaden och nyttan per medlem varierar med bassängstorleken. Bassängens totala kostnad antas vara proportionell med bassängens storlek, vilket innebär att kostnaden per medlem stiger proportionerligt med bassängens storlek. Detta illustreras av kurvan  $b$ . Kurvan  $a$  anger nyttan per medlem vilken först ökar i takt med att bassängen blir större. Det är till en början trevligare att bada ju större bassängen är. Storleken på bassängen har dock ett maximum genom att det tillslut skulle bli alldeles för ensligt att bada i de fall bassängen skulle fortsätta

<sup>53</sup>Moberg Erik (1994) "Offentliga beslut En introduktion till den ekonomiska teoribildningen inom statsvetenskapen" Mobergs publikationer AB Kapitel 8 <http://www.mobergpublications.se/offentliga/atta.htm> 2008-04-10

att öka. Den optimala bassängstorleken infaller vid  $q_{opt}$  där tangenten till nyttokurvan  $t$  och kostnadskurvan är parallella. I det andra fallet är medlemsantalet  $Q$  större vilket innebär att fler medlemmar delar på kostnaden. Detta är orsaken till att kostnadskurvan  $B$  ligger under  $b$  och är mindre brant. I detta fall blir,  $Q_{opt}$  större än  $q_{opt}$  i och med att de är fler som nu ska bada i bassängen.

I figur 1 fick vi fram det optimala medlemsantalet för en given bassängstorlek. I Figur 2 får vi fram en optimala bassängstorlek givet ett fast medlemsantal. Sammanfogar man dessa två "kurvor" får man fram både ett optimalt medlemsantal och en optimal bassängstorlek. Marginella förändringar från det optimala skulle innebära försämringar för den enskilde. Buchanans exempel med bassänger går att tillämpa på i stort sett alla nyttigheter som kan delas mellan människor, dock i större eller mindre utsträckning. Kostnadsbesparingar till följd av att man är fler som delar är kanske den största fördelen med att tillhöra en klubb men också gemenskapen skapar stor nytta.

**FIGUR 3**



Källa: Moberg Erik (1994) "Offentliga beslut En introduktion till den ekonomiska teoribildningen inom statsvetenskapen" Mobergs publikationer AB Kapitel 8 <http://www.mobergpublications.se/offentliga/atta.htm>

Enligt klubbteorin finns det både privata, offentliga, begränsade eller öppna klubbar beroende på vilken vara som klubbmedlemmarna delar. Privatägda klubbar är frivilliga och ger icke-medlemmar valfriheten att avstå klubben och därmed vara oberoende av huruvida klubben existerar eller inte. Medlemmarna väljer enbart att ansluta sig till klubben om de utifrån sin nyttofunktion kan förvänta sig en högre nytta av att delta än att stå utanför. Detta är konsekvent med Ostroms förutsättning för gemensam handling. "Nytan av samarbetet måste

överstiga nyttan från individuellt agerande”<sup>54</sup> En klubbvara är dock varken fullkomligt privat eller fullkomligt kollektiv. En fullkomligt offentlig vara applicerar inte frivilligt medlemskap eftersom individer är beroende av resursen. Kostnaden att stå utanför vore för stor för den enskilde individen.

Klubbar innebär gemensamt ägande och gemenskap men kan utan reglering leda till överutnyttjande av klubbvaran. För att undvika ”freeriderproblemet” har de flesta klubbar en avgränsning och en uteslutningsmekanism. Kostnaden för att uteslutas måste vara mindre än den förväntade nyttan av att delta. Detta för att klubben inte ska inkludera ickemedlemmar men samtidigt inte felaktigt utformas så att den exkluderar medlemmar.

Uteslutningsmekanismen gör det möjligt att reglera vem som använder resursen och i vilken utsträckning. Den kan också avgöra hur en individs närvaro påverkar en annan. Enligt klubbteori kan du medvetet optimera och reglera antalet individer som har rätt att använda en resurs. Klubbteori gör utnyttjandet långsiktigt hållbart och ger medlemmarna en högre nyttoavkastning genom organiserat samarbete än vad som vore möjligt genom individuellt agerande.

De ekonomiska teoriernas betydelse för ansvarskommitténs utredning diskuteras i kapitel sex. Kapitel fyra och fem beskriver dels genomförda strukturförändringar inom hälso- och sjukvården i Norge, Danmark och Finland samt Ansvarskommitténs förslag.

---

<sup>54</sup>Ostrom, Elinor. (1995) *“Local Commons and Global Interdependence – Heterogeneity and Cooperation in Two Domains”* Sage Publications

---

*En beskrivning av strukturförändringar inom hälso- och sjukvården i Norge, Danmark och Finland. Kapitlet visar på olikheter och likheter i deras respektive reformer. Kapitlet är till för att ge läsaren en större förståelse för ansvarskommitténs förslag vilket presenteras i nästkommande kapitel.*

---

## 4. STRUKTURFÖRÄNDRINGAR I NORGE, DANMARK OCH FINLAND

### 4.1 Norges struktur och ansvarsfördelning inom hälso- och sjukvården

Norge har en befolkning på cirka 4,7 miljoner invånare (2007).<sup>55</sup> Av dessa är 4,4 % 80 år eller äldre. Personer över 80 år är den åldersgrupp som är mest vård och omsorgskrävande.<sup>56</sup> Kostnaden för sjukvården uppgick 2003 till 10,3 % av landets totala BNP. I likhet med Sverige är sjukvården i huvudsak offentlig. Före reformen 2002 delades ansvaret för den norska sjukvården av staten, 19 fylken (landsting) och 435 kommuner.<sup>57</sup> Ett fåtal sjukhus ägdes av staten medan resterande ägdes av fylkena, vilka också ansvarade för specialistvården. 10-15 procent av de totala utgifterna för den norska sjukvården täcks av patientavgifter, resterande är offentligt finansierat. Kostnaden för sjukvården har ökat kraftigt de senaste åren och låg år 2003 på 3807 US dollar per invånare vilket innebär att Norge har högre kostnader för hälso- och sjukvården än de flesta andra OECD länder, USA undantaget.<sup>58</sup> Norges höga kostnader kan främst förklaras genom deras rekrytering av välbetald arbetskraft.

Norges strukturförändring inom hälso- och sjukvården genomfördes 2002 då staten övertog huvudmannskapet för sjukhusen, från fylkena. Den norska staten har numera både lagstiftande, drift och finansieringsansvar för specialistvården samt sjukhusen. Ansvaret för tandvård och primärvård ligger dock kvar hos fylkena respektive kommunerna. Hälso- och sjukvården är efter reformen indelade i fem regionala hälsoföretag med sjukhus som dotterbolag. Inom varje dotterbolag ingår det oftast flera sjukhus. Varje hälsoföretag ansvarar för att befolkningen i sitt geografiska område har tillgång till specialistvård. Varje sjukhus samt hälsoföretagen leds av en styrelse. Hälsoföretagen är formellt fria att bedriva hälso- och sjukvård men det är staten som styr verksamheten genom lagstiftning, styrelse-/företagsmöten och årliga styrningsdokument (direktiv).<sup>59</sup> Staten har efter 2002 tagit över det hela ansvaret för finansiering av sjukhusen och ersättningen går främst till de regionala hälsoföretagen. Staten har också det övergripande ansvaret för att kvalitén i vården uppfylls samt budgetering och policyformuleringar. Tillsyn och kontroll av hälso- och sjukvården delar *Statens*

---

<sup>55</sup> Världens faktabank "Norge" Utrikespolitiska institutet [http://www.ui.se/default.aspx?continent\\_id=0](http://www.ui.se/default.aspx?continent_id=0)

<sup>56</sup> Klevmarken Anders & Lindgren Björn "Fyrtioålisterna tredubblar våra sjukvårdskostnader" Dagens Nyheter 29 juli, 2008 <http://www.dn.se/DNet/road/Classic/article/0/jsp/print.jsp?&a=809317> 2008-08-20

<sup>57</sup> Jonsson Pia Maria, Agardh Emelie & Brommels Mats (2006) "Hälso- och sjukvårdens strukturreformer" Medical Management Centre Karolinska Institutet, Stockholm Sid.25

<sup>58</sup> Ibid. Sid.26

<sup>59</sup> Ibid. Sid.25



*Helsetilsyn med Helse- och omsorgsdepartementet.*<sup>60</sup> De flesta norska sjukhus är offentliga men det finns ett fåtal som drivs privat. Allmänläkare/husläkare fungerar som egna företagare och skriver kontrakt med kommunerna. Ersättningen till allmänläkare betalas ut av Rikstrygdeverket både per capita och per prestation. Reformen har bidragit till att fylkenas roll försvagats och därför pågår det en diskussion om deras framtida roll och uppgifter.

#### **4.1.1 Norges allmänläkarreform 2001**

Norge införde i juni 2001 en reformering av organisationen för allmänläkarvård. Tanken med reformen var att garantera alla invånare en fast familjeläkarkontakt. Modellen för reformen var en privatiserad modell. Syftet var dock att den skulle fungera inom ramen för offentligt organiserad och finansierad hälso- och sjukvård samtidigt som den skulle skapa bättre och jämnare vårdkvalitet, ökad tillgänglighet, trygghet och kontinuitet. Den norska befolkningen var skyldig att lista sig hos en allmänläkare. Ersättningen till allmänläkarna bygger till 30 procent på kapitering (kommunerna betalar läkare per listad patient) 40 procent är prestationsbaserat vilket betalas ut av Folketrygden och resterande är patientavgifter.<sup>61</sup> Det är allmänläkarreformen som är den nordiska reform som blivit föremål för flest utvärderingar och uppföljningar. År 2003 hade 98 procent av den norska befolkningen valt sin egen allmänläkare.<sup>62</sup> Mellan åren 2000-2002 ökade de statliga utgifterna för allmänläkarna med 42 procent. Två tredjedelar av de berörda läkarna har ställt sig positiva till förslaget, vilket främst tros bero på förbättrade ekonomiska villkor. Läkarnas fokus har främst varit ökad servicekvalitet och att hålla patienterna nöjda.<sup>63</sup>

#### **4.1.2 Norges sjukhusreform 2002**

Den norska staten övertog ansvaret för specialistvården 2002 vilket inkluderade både drifts- och finansieringsansvar. Reformen har analyserats av Møller Pedersen som menar att det främsta syftet med reformen inte var att öka effektiviteten utan snarare komma till rätta med bristande effektivitet såsom *”finansiella problem i hälsosektorn, växande köer och väntetider, personalbrist, geografiska ojämlikheter i utbudet av hälso- och sjukvårdstjänster samt observerade stora skillnader i resursutnyttjande mellan sjukhus.*”<sup>64</sup> Det var främst en oklar ansvarsfördelning mellan staten och de olika länen som gjorde att staten tog över ägandet av landets sjukhus. Statens förhoppning med reformen var att ett centraliserat ägande skulle minska vårdens väntetider, skapa ett effektivare resursutnyttjande och bidra till en tydligare ansvarsfördelning.<sup>65</sup> Reformen gav sjukhusen företagsstatus med eget ansvar för personal, drift och ekonomi vilket innebär att de själva förfogar över sitt eget kapital utan att kunna gå i konkurs. Hälsoföretagens får ersättning dels från statliga bidrag (ramanslag) men också en aktivitetsbaserad ersättning, vilken grundar sig på antalet insatser samt insatsen utformning.<sup>66</sup>

Det är fortfarande för tidigt att utvärdera effekterna av Norges sjukhusreform eftersom antalet utvärderingar och uppföljningar av reformen fortfarande är begränsade. En slutsats går dock

---

<sup>60</sup> Jonsson Pia Maria, Agardh Emelie & Brommels Mats (2006) *”Hälso- och sjukvårdens strukturreformer”* Medical Management Centre Karolinska Institutet, Stockholm Sid.26

<sup>61</sup> Ibid. Sid.30

<sup>62</sup> Ibid. Sid. 30

<sup>63</sup> Ibid. Sid.31

<sup>64</sup> Ibid. Sid.32

<sup>65</sup> Ibid. Sid.32

<sup>66</sup> Ibid. Sid.33

att dra och det är att de fem hälsoföretagen valt en likartad företagsstruktur. De har alla valt att integrera flera sjukhus till stora geografiska områden, vilket kan ses ”som ett tecken på att man eventuellt bedömt fördelarna med stordrift – kostnads- och/eller kvalitetsmässiga – som större än fördelarna med konkurrens mellan olika sjukhus och enheter”.<sup>67</sup>

## **4.2 Danmarks struktur och ansvarsfördelning inom hälso- och sjukvården**

I Danmark bor cirka 5,5 miljoner invånare (2007)<sup>68</sup>. Fyra procent av befolkningen är 80 år eller äldre. Kostnaden för sjukvården uppgår till 9 procent av BNP och ansvaret för hälso- och sjukvårdssystemet har tidigare delats mellan nationell (Folketinget), regional (14 amter) och lokal nivå (275 primärkommuner). I stort sett all finansiering av hälso- och sjukvården skedde tidigare på regional och lokal nivå. Hälsoministeriet och finansdepartement har tillsammans med Lanstingsförbundet och Kommunförbundet deltagit i budgetförhandlingar gällande hälsoutgifterna. Amterna stod tidigare för både ägande och drift av sjukhus och mödravårdcentraler på regional nivå medan kommunerna ansvarade för service såsom hemhjälp, sjukhem, skolhälsovård etc. på lokal nivå.<sup>69</sup> De flesta sjukhus i Danmark är offentligt ägda och det är staten som har lagstiftande, finansierings och driftansvar. Ett fåtal privata och vinstdrivande sjukhus finns men de står för en obetydlig andel av vården samt utför oftast ingen akutvård. Kontrakt skrivs mellan de danska allmänläkarna och kommunerna då de fungerar som egna företagare. Ersättningen sker till 30 procent via kapitering och resterande per prestation. 16 procent av de danska totalkostnaderna för hälso- och sjukvården täcks av patientavgifter.<sup>70</sup> Danmark har under de senaste åren genomgått en omfattande omstrukturering där antalet kommuner har minskat och amterna avskaffats. Idag är amterna ersatta av fem regioner och antalet kommuner minskade till 98 stycken.

### **4.2.1 Den danska kommunreformen 2007**

Tanken på en strukturförändring inom sjukvården började i Danmark sommaren 2002 och redan 2007 genomfördes reformen.<sup>71</sup> Den 1 januari 2007 avskaffades de danska amterna och ersattes av fem regioner samtidigt som antalet kommuner reducerades ner från tidigare 275 stycken till 98. De nya regionerna ansvarar för sjukhusen, specialistvård och allmänpraktiserande läkare medan staten och kommunerna sköter resterande områden. Kommunerna får utvidgat ansvar för förebyggande hälsoarbete, vägar och miljövård medan staten övertar det kommunala beskattningsarbetet.<sup>72</sup> De nya regionerna styrs av direktvalda politiker. Ansvaret för primärvården ligger fortfarande kvar hos kommunerna. Staten har i och med reformen tagit över ansvaret för finansieringen. Tanken med reformen är att sätta ”medborgaren i centrum” samt skapa ett mer lättöverskådligt och enklare system. Förhoppningen är att reformen ska skapa stora rationaliseringsvinster, ökade besparingar

---

<sup>67</sup> Jonsson Pia Maria, Agardh Emelie & Brommels Mats (2006) ”Hälso- och sjukvårdens strukturreformer” Medical Management Centre Karolinska Institutet, Stockholm. Sid.33

<sup>68</sup> Världens faktabank ”Danmark”, Utrikespolitiska institutet, [http://www.ui.se/default.aspx?continent\\_id=0](http://www.ui.se/default.aspx?continent_id=0)

<sup>69</sup> Jonsson Pia Maria, Agardh Emelie & Brommels Mats (2006) ”Hälso- och sjukvårdens strukturreformer” Medical Management Centre Karolinska Institutet, Stockholm Sid. 37

<sup>70</sup> Ibid. Sid.38

<sup>71</sup> Groes Nils (2005) ”Decentralisering eller statsstyrning? – den danska kommunreformens innehåll och utmaningar” Ekonomisk debatt Nr. 5 2005 Årgång 33 Sid.77

<sup>72</sup> Ibid. Sid.78

genom stordriftsfördelar, förbättrad service samt undvika dubbeladministration.<sup>73</sup> Regionernas beskattningsrätt är borttagen och ersättningen kommer istället att ske via bidrag från stat och kommun. Ersättningen från staten sker till 75 procent genom ett ramanslag och 5 procent genom ett aktivitetsbaserat anslag. Kommunerna har ett dels ett 10 procentigt grundbidrag till sjukhusverksamheten samt ett 10 procentigt aktivitetsberoende bidrag. Regionerna finansieras indirekt av skatter men det är staten och kommunerna som har vetorätt. Detta innebär att man har skiljt beslutsfattandeansvaret från det ekonomiska.<sup>74</sup> Kommunernas ansvarsområde har utökats i och med reformen och antalet invånare per kommun är minst 30000. Reformen bidrar till att statens kontroll över kommunerna förstärks *”Tron på olikheterna och kommunernas egna val av servicenivå och skattesats har ersatts av Folketingets krav på likriktning i den offentliga servicen”*.<sup>75</sup>

En tänkbar utveckling av reformen genom att beskattningsrätten fråntas regionerna är att det kan främja privata alternativ. Orsaken är att det i storstadsregionerna funnits en högre betalningsvilja samt en bättre förmåga att betala för hälso- och sjukvård än vad som är fallet i övriga Danmark. När staten i framtiden fördelar resurserna grundat på objektiva utgiftsbehov finns risk för att vissa områden (främst storstäderna) inte finner den offentliga hälsovårdssektorn tillräcklig. Kommunernas får årligen ett 20 procentigt ramanslag från staten till hälsovårdsändamål. Ramanslaget ska täcka utgifterna för medborgarnas sjukhusbehandling (kommunerna betalar dels ett grundbidrag samt ersättning per behandling) samt läggas på hälsoförebyggande arbete. Det ska vara billigare för kommunerna att erbjuda öppenvårdbehandling än att skriva in patienterna hos hälsoregionernas sjukhus. Tanken med en sådan kostnadsskillnad är att öka kommunerna incitament för förebyggande vård av livstidssjukdomar.<sup>76</sup> Kommunernas förmåga att påverka medborgarnas hälsa är dock väldigt liten eftersom det är läkare, vilka avlönas av regionerna, som avgör vilken behandling som är aktuell för patienten. Kommunernas oförmåga att kunna påverka medborgarnas hälsa och en ökad risk för Supplier Induced demand (SID) kan innebära att en kostnadsskillnad i det långa loppet varken gynnar samhällsekonomin eller bidrar till en bättre hälsa utan istället leder till ökade hälsoutgifter och större administrationskostnader.<sup>77</sup>

### **4.3 Finlands struktur och ansvarsfördelning inom hälso- och sjukvården**

3,7 procent av Finlands totala befolkning på 5,3 miljoner invånare är 80 år eller äldre.<sup>78</sup> Finland är indelat i fem storlän och 444 kommuner. Kommunerna ansvarar för hälso- och sjukvården samt skolan. Sjukvården utgör 7,4 procent av landets totala BNP. Primärvården drivs av hälsocentraler och Finland använder sig av ett ”egenläkarsystem” där en läkare inom primärvården tillsammans med ett vårdlag ansvarar för en geografiskt avgränsad befolkning.<sup>79</sup> Patientens möjlighet att själv välja sjukhus eller läkare är mycket begränsad. Företagsvården i

---

<sup>73</sup> Groes Nils (2005) *”Decentralisering eller statsstyrning? – den danska kommunreformens innehåll och utmaningar”* Ekonomisk debatt Nr. 5 2005 Årgång 33 Sid.77

<sup>74</sup> Ibid. Sid.78

<sup>75</sup> Ibid. Sid.80

<sup>76</sup> Ibid. Sid.83

<sup>77</sup> Ibid. Sid.83

<sup>78</sup> Världens faktabank *”Finland”*, Utrikespolitiska institutet, [http://www.ui.se/default.aspx?continent\\_id=0](http://www.ui.se/default.aspx?continent_id=0)

<sup>79</sup> Jonsson Pia Maria, Agardh Emelie & Brommels Mats (2006) *”Hälso- och sjukvårdens strukturreformer”* Medical Management Centre, Karolinska Institutet, Stockholm Sid. 45

Finland ses av många yrkesverksamma som ett alternativ då den erbjuder både hälso- och sjukvård. Företagshälsovården har fått kritik för att den erbjuder den yrkesverksamma befolkningen bättre tillgång till allmänläkarvård än övriga befolkningsgrupper.

Läkaren inom primärvården har oftast månadslön medan läkarna i ”egenläkarsystemet” får en kombinerad ersättning där lön utgör 60 procent, kapitering 20 procent, fee-for-service 15 procent samt en kommunal ersättning på 5 procent.<sup>80</sup> Sjukhusen drivs i offentlig regi. Ansvar för hälso- och sjukvården ligger hos kommunerna vilka står för 42 procent av de totala kostnaderna dock delas ansvaret för specialistvården med kommunalförbundet (sjukhusdistrikt). Varje kommun förhandlar årligen med sitt sjukvårddistrikt om volymer och priser. Förhandlingarna resulterar i en årlig totalkostnadsram samt anger hur stor andel som kommunerna själva ska stå för.<sup>81</sup> Kommunerna får ersättning dels från staten vilket motsvarar 18 procent, 15 procent täcks av den nationella försäkringen och 20 procent av de totala sjukvårdskostnaderna täcks av patientavgifter. Cirka 10 procent av den finska befolkningen har valt att teckna privata försäkringar. Staten har valt minska sin detaljstyrning av vården och styr idag främst genom ramlagar, information samt olika försöksprojekt.<sup>82</sup>

Finland har relativt låga hälso- och sjukvårdskostnader vilket kan förklaras av att lönenivån för sjukvårdspersonal ligger relativt lågt samt att Finland för en annorlunda statistik över sina utgifter för institutionsvård än de flesta andra OECD länder.

#### **4.3.1 Den finska vårdgarantin 2005**

Den finska vårdgarantin trädde i kraft 1 mars, 2005 och tanken var att förbättra tillgängligheten i vården samt utjämna regionala skillnader i tillgänglighet och medicinsk praxis. Vårdgarantin innebar att en vårdsökande inom tre dagar skulle erbjudas undersökning på en vårdcentral.

#### **4.3.2 Det finska kommun- och servicestrukturprojektet 2005-2006**

Finland har under de senaste åren genomfört en omfattande utredning av kommun och servicestrukturen. Utredningen försöker komma tillrätta med hur man reformerar kommun- och servicestrukturen så att kommunerna i framtiden är tillräckligt stabila för att kunna garantera sina invånare kvalitet, resultat, effektivitet och tillgänglighet.<sup>83</sup> Det är främst tre olika modeller som har diskuterats: primärkommunmodellen, distriktsmodellen och regionkommunmodellen. I *Primärkommunmodellen* ska invånarantalet vara minst 20000 till 30000 och kommunerna ska tillhandahålla tjänster samt ansvara för finansieringen. En primärkommun ska präglas av representativ demokrati och direkt medborgarinflytande. Vid behov av specialiserade sjukvårdstjänster får kommunerna vända sig till sjukvårdsdistrikt eller andra tjänsteproducenter, vilket ger dem en möjlighet att utnyttja konkurrensutsättning. Tanken med modellen är att minska antalet sjukvårdsdistrikt samt koncentrera den högspecialiserade vården till fem universitetssjukvårdsdistrikt.<sup>84</sup>

---

<sup>80</sup> Jonsson Pia Maria, Agardh Emelie & Brommels Mats (2006) ”Hälso- och sjukvårdens strukturreformer” Medical Management Centre, Karolinska Institutet, Stockholm Sid.45

<sup>81</sup> Ibid. Sid.45-46

<sup>82</sup> Ibid. Sid.46

<sup>83</sup> Ibid. Sid.50

<sup>84</sup> Ibid. Sid.50

Tanken med *Distriktsmodellen* är att rationalisera verksamheten och höja produktiviteten genom att integrera socialvården, primärvården och specialvården i samma organisation. ”Social- och hälsovårdsdistrikten” övertar ansvaret och tillhandahållandet av tjänsterna och invånarantalet ska ligga på minst 100 000. Distrikten ska dels kunna erbjuda egen service men också ges möjlighet att beställa in tjänster då högspecialiserad vård koncentreras till ett fåtal nationella enheter. Distriktens finansiering ska främst bygga på ”befolkningsbaserade kommunala betalningsandelar” vilka fastställs i förväg samt från statsbidrag.<sup>85</sup>

Den tredje modellen som utvärderats är *regionkommunmodellen* vilken resulterar i 20-25 regionkommuner. De nuvarande kommunerna kommer att fungera som närkommuner. Regionkommunerna ansvarar för att tillhandahålla sjukvårdstjänster men tjänsterna ska produceras utifrån lokala förutsättningar och behov och regionkommunerna har rätt att delegera en del av uppgifterna till närkommunerna. Regionkommunerna finansierar sin verksamhet genom skatter och statsbidrag. Regionkommunerna och närkommunerna styrs av fullmäktige som väljs via direkta val.<sup>86</sup>

I nästkommande kapitel tydliggörs ansvarskommitténs förslag. Komparativ analys mellan länderna samt vilka faktorer som påverkat valet av ökad centralisering diskuteras i kapitel sex.

---

<sup>85</sup> Jonsson Pia Maria, Agardh Emelie & Brommels Mats (2006) ”Hälso- och sjukvårdens strukturreformer” Medical Management Centre, Karolinska Institutet, Stockholm Sid.51

<sup>86</sup> Ibid. Sid.52

---

Kapitlet om ansvarskommittén tydliggör kommitténs förslag samt vilka resultat som de anser uppfylla med förslaget.

---

## 5. ANSVARSKOMMITTÉN

### 5.1 Ansvarskommitténs utredning

Våren 2007 presenterade ansvarskommittén sin SOU 2007:10 *”Hållbar samhällsorganisation med utvecklingskraft”*. Ansvarskommitténs uppdrag var att analysera dagens samhällsorganisation och utifrån det lägga fram förslag på struktur- och uppgiftsförändringar, inom de offentliga verksamheterna, som ansågs nödvändiga för att skapa en bättre samhällsorganisation med hänsyn taget till framtida demografiska förändringar, teknisk- och vetenskaplig utveckling, nya värderingar, bättre informerade medborgare och nya politiska frågor.<sup>87</sup>

Ansvarskommitténs arbete inleddes redan våren 2003 och delar av arbetet presenterades i december 2003 i delbetänkandet *”Utvecklingskraft för hållbar välfärd”*, SOU 2003:123. I delbetänkandet fokuserade kommittén främst på vilka offentliga insatser som skulle behöva öka till följd av framtida demografiska förändringar, teknisk och vetenskaplig utveckling, nya värderingar, bättre informerade medborgare och nya politiska frågor.<sup>88</sup> I juni 2004 beslutade dock regeringen att kommittén skulle fortsätta sitt arbete genom ett tilläggsdirektiv. Utredningens fokus har varit att utgå från ett medborgarperspektiv och lägga vikt vid behovet av likvärdighet. *”Det innebär en medveten strävan att betrakta de offentliga verksamheterna som de ser sig utifrån den enskildes perspektiv, snarare än utifrån olika sektors- eller producentperspektiv.”*<sup>89</sup> Kommittén har i sin slutrapport enbart lämnat förslag på förbättringar i de fall förändringar av uppgiftsfördelning och struktur kan leda till en bättre samhällsorganisation.<sup>90</sup>

### 5.2 Regionindelning

Ansvarskommittén föreslår i sin utredning att dagens landsting ska göras om till regionkommuner. Regionkommunerna ska ta över landstingets uppgifter, beskattningsrätt och konstitutionella ställning för att på det sättet få ett sammanhållet regionalt utvecklingsuppdrag.<sup>91</sup> En ny regionindelning är nödvändig för att uppnå en väl fungerande struktur och ansvarsfördelning.<sup>92</sup>

Ansvarskommitténs argument för regionindelning är att den inte bara ska lösa dagens problem utan framförallt kunna hantera de utmaningar som kan förutses på ett par, tre decenniers

---

<sup>87</sup> *”Hållbar samhällsorganisation med utvecklingskraft”* Statens offentliga utredningar, Ansvarskommittén SOU 2007:10. Sid.13

<sup>88</sup> Ibid. Sid.13

<sup>89</sup> Ibid. Sid.57

<sup>90</sup> Ibid. Sid.13

<sup>91</sup> Ibid. Sid.22

<sup>92</sup> Ibid. Sid.283

sikt.<sup>93</sup> Ansvarskommittén anser att en ny regionindelning är en förutsättning och kommittén har tagit fram sex kriterier som ska ligga till grund för utformningen av de nya regionerna och som behöver uppfyllas för att regionerna ska fungera på ett bra sätt.

- En gemensam läns- och regionindelning
- Ett invånarantal på mellan 500 000 -2 miljoner människor, där antalet inte får understiga 500 000 invånare utan starka skäl.
- Ett regionsjukhus inom varje regionkommun eller om det inte är möjligt ett etablerat institutionaliserat samarbete med en annan regionkommun som har ett regionsjukhus.
- Varje regionkommun bör ha minst ett universitet med betydande fasta forskningsresurser.
- Arbetsmarknadsregionerna (som de beräknas se ut 2030) ska utgöra byggstenar i läns- och regionkommunindelningen och endast delas om mycket starka skäl föreligger.
- En indelning som i så stor utsträckning som möjligt avgränsas så att medborgarna känner tillhörighet dit.<sup>94</sup>

En uppdelning enligt Ansvarskommitténs förslag kommer att resultera i sex till nio regioner.<sup>95</sup> Regionerna bör vara förhållandevis jämnstora för att hälso- och sjukvården på lång sikt ska kunna bibehålla utvecklingskraft samt underlätta kunskapsstyrning inom sjukvården.<sup>96</sup>

### **5.3 Ansvarskommittén och hälso- och sjukvården**

Ansvarsutredningens uppdrag har varit att analysera och bedöma hur strukturen och uppgiftsfördelningen mellan stat, landsting och kommuner påverkar förutsättningarna att styra hälso- och sjukvården. Kommittén har i sin slutrapport kommit med förslag på hur den nuvarande strukturen och uppgiftsfördelningen skulle förändras för att därigenom skapa bästa möjliga förutsättningar för att utveckla vårdens kvalitet, tillgänglighet och effektivitet. Perspektivet har varit långsiktigt och kommitténs huvuduppgift har varit att arbeta fram en struktur som underlättar samspelet mellan de olika delarna inom hälso- och sjukvårdssystemet mellan de olika nivåerna inom samhällsorganisationen samt mellan de närliggande välfärdssystemen. Hälso- och sjukvårdssystemet ska vara heltäckande och vården ska ges efter behov. Kommittén skulle endast ta hänsyn till förändringar i ansvar och åtaganden som gäller fördelningen mellan stat, landsting och kommuner. Förslagen ska vara anpassade för att kunna gälla under lång tid framöver.

Ansvarskommittén slår fast att ett decentraliserat hälso- och sjukvårdssystem där olika huvudmän ges möjlighet att pröva olika lösningar främjar både utvecklingskraft och effektivitet. Det är dock av betydelse att huvudmännen har en viss storlek för att kunna klara framtida utmaningar, främst vad gäller kunskapsbildning, kunskapsspridning och långsiktigt utvecklingsarbete. Kommittén föreslår därför att landstingets uppgifter övertas av mer jämnstora och väsentligt färre regionkommuner.<sup>97</sup> Dessa direktvalda regionkommuner skall ha ett sammanhållet ansvar för regional utveckling och hälso- och sjukvård. Ombildningen sker enklast i samband med allmänna val.<sup>98</sup> Utredningen föreslår också att den statliga styrningen

---

<sup>93</sup> "Hållbar samhällsorganisation med utvecklingskraft" Statens offentliga utredningar, Ansvarskommittén SOU 2007:10 Sid.2

<sup>94</sup> Ibid. Sid.283

<sup>95</sup> Ibid. Sid.23

<sup>96</sup> Ibid. Sid.122

<sup>97</sup> Ibid. Sid.16

<sup>98</sup> Ibid. Sid.23

av vården enbart bör renodlas mot normering. Antalet styrformer av sjukvården ska begränsas och då främst styrformer som kan upplevas otydliga såsom överenskommelser, handlingsplaner och tillfällig projektfinansiering. Staten bör istället fokusera på medborgarnas rätt till lika vård samt stärka sjukvården genom inrättandet av ett ramverk för kunskapsstyrning av sjukvården.<sup>99</sup> Den statliga styrningen ska ge huvudmännen ett väldefinierat ansvar med utrymme för handlingsfrihet.<sup>100</sup> Staten ska se till att kunskapsutveckling och kunskapsförmedling samordnas för att på det sättet öka tydligheten gentemot kommuner och landsting. Regionala kunskapscentra ska bildas och rollfördelningen mellan stat, kommun och landsting bör bli tydligare för hälso- och sjukvården. Kommittén föreslår också att den nationella uppföljningen av hälso- och sjukvårdens kvalitet och resultat blir bättre.<sup>101</sup> Medborgarna ska ges möjlighet att ta del av information om hälso- och sjukvårdens resultat, processkvalitet och effektivitet i allt större utsträckning.<sup>102</sup>

Ansvar för äldreomsorg, psykiatri och funktionshindrade ska fortsätta ligga hos kommunerna.<sup>103</sup> Ansvarskommittén har också gett förslag till en ny patientlag<sup>104</sup> i utredningen.

Ansvarskommittén fokuserar främst på två principer som ska ligga till grund för uppgift och ansvarsfördelning inom hälso- och sjukvården. Den första är hushållning och effektivitet och innebär att de offentliga resurserna ska användas effektivt och ändamålsenligt. Den andra fokuserar på likvärdighet och innebär att sjukvårdens verksamhet ska ge samma nytta över hela landet.<sup>105</sup>

---

<sup>99</sup> "Hållbar samhällsorganisation med utvecklingskraft" Statens offentliga utredningar, Ansvarskommittén SOU 2007:10 Sid.16

<sup>100</sup> Ibid. Sid.165

<sup>101</sup> Ibid. Sid.16-17

<sup>102</sup> Ibid. Sid.17-18

<sup>103</sup> Ibid. Sid.123

<sup>104</sup> Ibid. Sid.25-54

<sup>105</sup> Ibid. Sid.122



---

*I detta kapitel analyserar författaren ansvarskommitténs förslag. Författaren väljer också att föra ett eget resonemang samt ge konkreta förslag på hur den svenska sjukvården bör förändras för att uppnå ansvarskommitténs resultat.*

---

## 6. ANALYS AV ANSVARSKOMMITTÉNS FÖRSLAG

### 6.1 Ekonomiska konsekvenser

Ansvarskommitténs uppdrag har varit att presentera en samhällsorganisation tillräckligt rustad för att klara framtida utmaningar. I utredningen presenteras ett fåtal åtgärder som ska leda till förbättrade framtidsutsikter men dessa följs inte av några konkreta förslag på *hur* man skall uppnå detta. Ansvarskommitténs främsta förslag är egentligen att större regionkommuner med ett likartat befolkningsunderlag i sig är lösningen. Bristen på konkreta åtgärder gör förslaget svårt att utvärdera och bidrar till att utredningen till viss del känns ofullständig. Trots att nedanstående resonemang inte enbart påverkar hälso- och sjukvården så genomsyrar bristen på förslag hela utredningen och därför anser jag att det har relevans för uppsatsen.

Utredningen konstaterar i det avslutande kapitel "*Konsekvensbedömning*" att det inte varit möjligt att göra tillförlitliga och exakta kostnadsberäkningar av förslaget.<sup>106</sup> Orsaken enligt kommittén är att deras arbete inte varit inriktat på sakpolitik samtidigt som utredningen utgår från ett långsiktigt framtidsperspektiv.<sup>107</sup> Kommittén väljer istället att föra ett mer övergripande resonemang om vilka ekonomiska effekter som förslaget medför istället för att presentera tydliga beräkningar eller känslighetsanalyser. Bristen på konkreta förslag gör det svårt att bedöma effekterna av förslaget. Det är svårt att finna tydliga faktaunderlag som styrker kommitténs förslag när det inte går att beräkna kostnader och ställa dessa mot förväntad nytta för medborgarna.

*"Förslagen i betänkandet kan medföra vissa initiala och övergångsvisa kostnader, men att nyttan av reformen samt på sikt minskade kostnader motiverar ett genomförande"*<sup>108</sup>

Kommittén säger i ovanstående citat att nyttan i sig är ett tillräckligt argument för att genomföra reformen eftersom det på sikt kommer att leda till bättre beslut och minskade kostnader. Det framgår dock inte *vad* det är som leder till minskade kostnader. Så länge kommittén inte presenterar några konkreta och utvärderingsbara förslag finns det inga belägg som stärker deras slutsatser. Det faktum att ansvarskommittén avslutar sitt arbete med en förhoppning om att reformen ska bidra till ökad nytta, effektivitet och kostnadsbesparing eftersom det helt enkelt var syftet med utredningen, upplever jag som tunt och bristfälligt. En annan förvånande aspekt är att ansvarskommittén inte närmare belyser de förvaltningsekonomiska och samhällsekonomiska effekterna med förslaget.

---

<sup>106</sup> "*Hållbar samhällsorganisation med utvecklingskraft*" Statens offentliga utredningar, Ansvarskommittén SOU 2007:10 Sid. 304

<sup>107</sup> Ibid. Sid.303

<sup>108</sup> Ibid. Sid.304

## **6.2 Komparativ analys av hälso- och sjukvårdens strukturreformer i Norge, Danmark, Finland och Sverige**

Både Sverige, Norge, Danmark och Finland brottas med liknande problem inom hälso- och sjukvården. Demografisk utveckling, ekonomiska förutsättningar, befolkningens ökade förväntningar och medicinteknologisk utveckling delas av samtliga länder och har varit orsak till reformering av hälso- och sjukvården.<sup>109</sup> För att delvis lösa marknadsmisslyckanden har länderna valt offentlig finansiering och offentlig sjukförsäkring. ”Allas rätt till lika vård” är de fyra ländernas främsta mål inom sjukvården och därmed deras starkaste argument för att alla invånare ska omfattas av en nationell sjukförsäkring. Graden av decentralisering har varit hög i alla länderna under efterkrigstiden fram till 2000-talet. Problem med långa vårdköer och skiftande kvalitet inom vården har de senaste åren skapat stort medialt intresse och missnöje hos befolkningen. Skiftande förmåga att kunna erbjuda sina patienter en likvärdig vård är den faktor som främst motiverat strukturreformer i Norge och Danmark samt bidragit till utredningar i Sverige och Finland. Både Norge och Danmark har i allt större utsträckning valt att centralisera ansvaret för hälso- och sjukvården.

### **6.2.1 Ska styrning av sjukvården ske på central eller lokal nivå?**

Sökandet efter den optimala balansen mellan lokal närdemokrati och homogen tjänsteproduktion över hela landet pågår i samtliga fyra länder och frågan är; Hur stora lokala och regionala skillnader i vårdproduktion och vårdkvalitet kan accepteras? Både Norge och Danmark delar uppfattningen om att en ökad central styrning har bättre förutsättningar att garantera vård på lika villkor och därför har länderna valt att flytta ansvaret från den decentraliserade nivån till mer central styrning. Trots att många upplever att närdemokrati och beslutsmöjlighet för befolkningen har stor betydelse så kan ett rent decentraliserat system inte maximera social välfärd.<sup>110</sup> Det är av betydelse att staten tillhandahåller områden som är av intresse för hela befolkningen såsom utrikeshandel, rättsväsende och försvar. Motivet för ökad statlig inblandning beror oftast på att man vill skapa bättre effektivitet, jämlikhet och stabilisering. Stabiliseringspolitik och omfördelningspolitik genomförs effektivast på statlig nivå eftersom det gäller att skapa likartade förutsättningar över hela landet. Offentliga varor som skapar nytta för hela befolkningen ska tillhandhållas av staten medan beslut som enbart rör en mindre grupp bör tas på lokal nivå, då det enklare går att anpassa efter lokala preferenser.<sup>111</sup>

Argumentet för att ökad decentralisering skapar förutsättningar för anpassning till lokala preferenser har numera ersatts av krav på likriktning och därmed ökad centralisering.<sup>112</sup> Trots att det finns en risk för att Norges och Danmarks utökade regioner minskar väljarnas möjlighet att påverka samt politikernas möjlighet att anpassa sjukvårdsutbudet så väger behovet av jämn tillgänglighet och kvalitet högre. Uppfattningen är att ökad centralisering är

---

<sup>109</sup> Jonsson Pia Maria, Agardh Emelie & Brommels Mats (2006) ”Hälso- och sjukvårdens strukturreformer” Medical Management Centre, Karolinska Institutet, Stockholm Sid.64

<sup>110</sup> Rosen, Harvey S. (2002) ”Public Finance” 6th edition McGraw-Hill Boston. Sid.483

<sup>111</sup> Ibid. Sid.505

<sup>112</sup> Groes Nils (2005) ”Decentralisering eller statsstyrning? – den danska kommunreformens innehåll och utmaningar” Ekonomisk debatt Nr. 5 2005 Årgång 33 Sid.83

att föredra för att optimera kvalitet, produktivitet och kostnadseffektivitet inom hälso- och sjukvården.<sup>113</sup>

Ansvarskommitténs förslag har både likheter och skillnader med strukturreformerna i Danmark och Norge. (Bortser i detta fall från Finland då deras strukturförändringar ännu inte implementerats.) Det svenska förslaget framhåller betydelsen av ett decentraliserat hälso- och sjukvårdssystem och väljer därför inte i samma utsträckning som Norge att centralisera verksamheten. Ansvarskommitténs förslag bygger dock på att landstingen avskaffas till förmån för större regioner, vilket kan jämföras med Danmarks avskaffande av amterna och införandet av fem hälsoregioner. Det svenska förslaget skiljer sig från både Norges och Danmarks på en betydande punkt. Regionerna ska behålla sin beskattningsrätt och statens styrning ska begränsas till normering. Ansvarskommitténs förslag är enligt min tolkning otydligt. Styrningen av sjukvården ska fortsätta på decentraliserad nivå samtidigt som statens uppgift blir att garantera att sjukvårdens verksamhet ger samma nytta över hela landet. Enligt kommitténs förslag ska statens styrmöjligheter begränsas. Det är intressant att ställa sig frågan *hur* ansvarskommittén har tänkt att staten ska kunna garantera en likvärdig vård över hela landet utan att ges möjlighet att kunna använda verktyg såsom fördelningspolitik och subventioner? Hur ska staten kunna garantera likvärdighet när regionerna har beskattningsrätt och därmed kan välja olika skattesatser? Ovanstående frågor är inget som diskuteras i utredningen.

### **6.3 Hur ska ansvarskommittén lösa problemen inom svensk sjukvård?**

En marknad präglad av fullständig konkurrens leder till effektivitet och i de flesta fall paretooptimalitet. Sjukvårdsmarknaden präglas dock av marknadsmisslyckanden (Informationsasymmetri, moral hazard, supplier induced demand, externaliteter och styrningsproblemet, som illustreras genom principal-agent problemet.)<sup>114</sup> Ansvarskommittén väljer att inte diskutera marknadsmisslyckanden påverkan på effektiviteten, utan skriver enbart att förslaget leder till bättre effektivitet, likvärdighet och konkurrens. Ekonomisk litteratur påvisar ofta att effektivitet och kvalitet till stor del påverkas av den konkurrenssituation som producenten befinner sig i, och att det gynnas av konkurrens. *”Skillnaderna mellan olika aktörers effektivitet och kvalitet tenderar att vara små när de tvingas konkurrera med varandra.”*<sup>115</sup> Kommittén väljer dock att inte ta ställning till ifall effektivitet och kvalitet ska uppnås genom ökad konkurrens. Vidare diskussion om konkurrens inom vården finns att läsa i avsnitt 5.5 Jag får delvis känslan av att ansvarskommittén bortser från sjukvårdens problem och enbart presenterar resultat som låter fint på pappret. Det finns dock ett fåtal åtgärder som kan skapa positiva effekter.

#### **6.3.1 Kunskapsdatabas**

Ett utav ansvarskommitténs förslag skulle delvis skapa positiva effekter gällande problemet med informationsasymmetri. Ansvarskommittén betonar i sin utredning vikten av att ha en väl fungerande databas för information, behandlings- och forskningsresultat. Databasen ska vara

---

<sup>113</sup> Jonsson Pia Maria, Agardh Emelie & Brommels Mats (2006) *”Hälso- och sjukvårdens strukturreformer”* Medical Management Centre, Karolinska Institutet, Stockholm Sid.73

<sup>114</sup> Se kapitel 3 Ekonomisk teori om hälso- och sjukvården

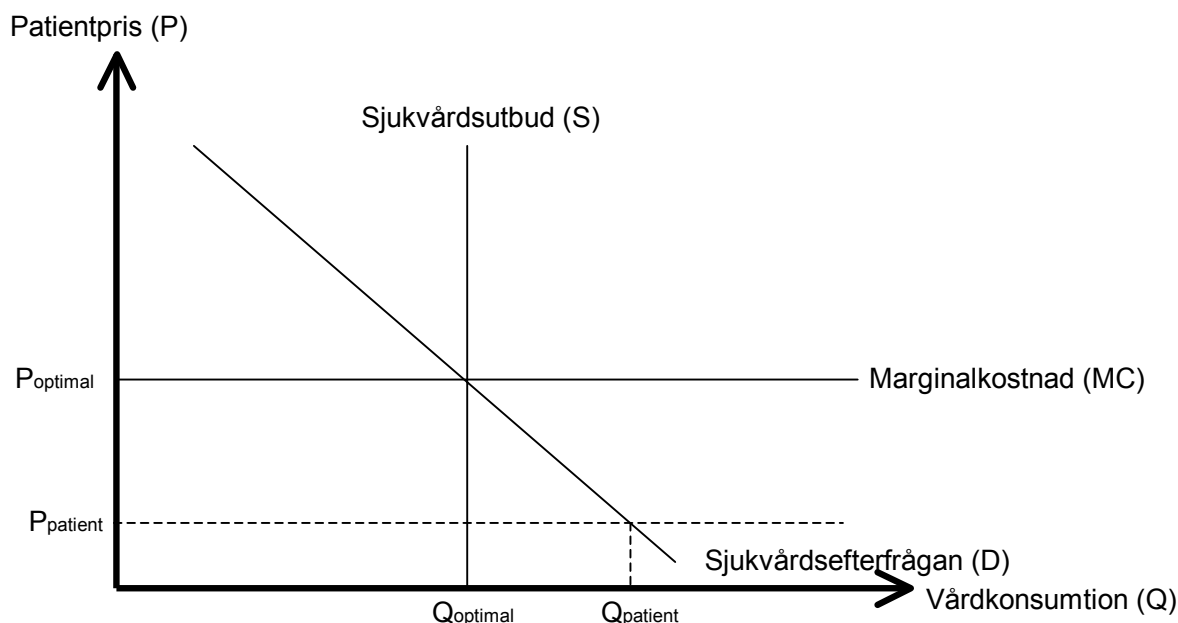
<sup>115</sup> Söderström Lars & Lundbäck Mattias *”Stor & Liten – om vårdeffektiva sjukhus”* Reforminstitutet Bromma 2002 Sid.19

tillgänglig för både politiker, läkare och patienter. En offentlig databas skulle minska incitamentet för supplier induced demand eftersom patienterna ges möjlighet att dels ”utvärdera” sin läkare samtidigt som de kan jämföra resultatet för olika behandlingsalternativ. En mer kunskapsbaserad vård skapar också bättre förutsättningar för läkare då de kan bedöma aktuell medicinsk forskning och på grundval av sådan information erbjuda bästa möjliga vård. Principal-agent problemet skulle begränsas eftersom läkare skulle ges bättre förutsättningar att studera den enskilde patienten och på grundval av detta ta ställning till vilken behandling som vore lämplig. En väl utvecklad databas skulle underlätta konkurrens eftersom det skulle vara möjligt att tydligt kunna utvärdera olika vårdproducenter samt olika sjukhus.<sup>116</sup>

### 6.3.2 Vårdköer

Sverige brottas i likhet med de övriga nordiska länderna med växande vårdköer. Problemet med vårdköer har varit en bidragande orsak till de strukturförändringar som genomförts i både Norge, Danmark och Finland.<sup>117</sup> Enligt ansvarskommittén beror dålig tillgänglighet och långa vårdköer på brister i organisationen.<sup>118</sup> Indirekt säger ansvarskommittén att vårdköerna kommer att minska om deras förslag antas eftersom de anser att deras förslag presenterat i SOU 2007:10 ”Hållbar samhällsorganisation med utvecklingskraft” utgör en bättre organisation. Ansvarskommittén diskuterar inte det faktum att vårdköer till viss del är oundvikliga och att det finns ett ”behov” av köer för att minska överkonsumtion inom vården.

Nedanstående resonemang tydliggör ”behovet” av vårdköer i länder med obligatorisk sjukförsäkring. Resonemanget tydliggörs med en figur.



Källa: Inspirerad av Rosen, Harvey S. (2002) ”Public Finance” 6th edition McGraw-Hill Boston. Sid.202

<sup>116</sup> Söderström Lars & Lundbäck Mattias ”Stor & Liten – om vårdeffektiva sjukhus” Reforminstitutet Bromma 2002 Sid. 68

<sup>117</sup> Jonsson Pia Maria, Agardh Emelie & Brommels Mats (2006) ”Hälsa- och sjukvårdens strukturreformer” Medical Management Centre, Karolinska Institutet, Stockholm Sid.66

<sup>118</sup> ”Utvecklingskraft för hållbar välfärd”, SOU 2003:123 Sid.25

Patientpriset (P) återfinns på den lodräta axeln och vårdkonsumtion (Q) på den vågräta axeln. Antag att marginalkostnaden (MC) för produktion av medicinska tjänster är konstant. Utbudskurvan (S) utgörs av en lodrät linje. Jämviktsläget uppstår där utbudskurvan skär efterfrågekurvan och kostnadskurvan, vilket ger en samhällsekonomisk optimal vårdkonsumtion vid  $Q_{\text{optimal}}$  till det optimala patientpriset  $P_{\text{optimal}}$ . I Sverige omfattas alla av den nationella sjukförsäkringen vilket innebär att patientens avgifter för sjukvård blir lägre än vad som vore optimalt.  $P_{\text{patient}}$  blir det pris som patienten måste betala och det innebär att patientens efterfrågan på vård ökar. Patienten efterfrågar  $Q_{\text{patient}}$  vilket är mer än vad som vore samhällsekonomiskt optimalt. Eftersom samhällets resurser inte är obegränsade väljer politikerna att avsätta resurser i storleksordning med det optimala utfallet, vilket visas genom den lodräta utbudskurvan (S). S anger det utbud av sjukvård som erbjuds patienterna, trots att deras efterfrågan är högre. Prioriteringen av vem eller vilka som ges rätt att utnyttja vården läggs på läkaren som har en viss exkluderingsmöjlighet genom att han kan välja vilka patienter som får remiss till specialistvården. Vårdköer ses från politiskt håll som ett problem då de frambringa missnöje och frustration hos patienterna. Dock kan ovanstående resonemang till viss del förklara och motivera uppkomsten och behovet av vårdköer. Patienternas efterfrågan kommer alltid att vara högre än vad som vore samhällsekonomiskt optimalt, eftersom priset till följd av försäkringen blir lägre. Det finns ett "behov" av vårdköer eftersom patientens efterfrågan och samhällets kostnader skiljer sig åt, något som inte diskuteras av ansvarskommittén.

Det främsta argumentet för stora enheter är möjligheten att tillgodogöra sig stordriftsfördelar, och externaliteter medan argumentet för små enheter istället betonar homogenitet och individens förbättrade möjlighet att delta i beslutsprocessen. Enligt Matz Dahlberg mfl. artikel "*Har kommunernas storlek betydelse för den lokala demokratin*" så har små kommuner lättare att ställa sina politiker till svars och att dialogen mellan väljare och politiker fungerar bättre.<sup>119</sup> Argumentet för stora enheter, baseras främst på ekonomiska grundvalar medan argumentet för små enheter grundar sig på politiska.<sup>120</sup>

#### **6.4 Leder de nordiska reformerna till stordriftsfördelar?**

Ansvarskommitténs förslag bygger på att Sveriges landsting görs om till större regionkommuner. Enligt ansvarskommittén är mer jämnstora regioner nödvändiga för att det inte ska skapas alltför stora ojämlikheter mellan regionsjukhusen samtidigt som större regionkommuner förbättrar förutsättningarna för en kunskapsstyrd hälso- och sjukvård.<sup>121</sup> Ansvarskommitténs tilltro till stordriftsfördelar delas som tidigare nämnts av våra nordiska grannar. *Frågan är dock ifall de nya nordiska reformerna leder till ekonomiska stordriftsfördelar?*

Det är fortfarande för tidigt att säkerställa några ekonomiska vinster med de nordiska reformerna eftersom dokumentationen fortfarande är för begränsad. Hälso- och sjukvården är ett komplext system och effekterna av olika reformer påverkas starkt av hur de olika delarna av det aktuella sjukvårdssystemet ser ut. Det saknas ännu systematiska uppföljningar och

---

<sup>119</sup> Dahlberg Matz, Mörk Eva & Ågren Hanna (2005) "*Har kommunens storlek någon betydelse för den lokala demokratin?*" Ekonomisk debatt Nr. 5 2005 Årgång 33 Sid.34

<sup>120</sup> Ibid. Sid.34

<sup>121</sup> "*Hållbar samhällsorganisation med utvecklingskraft*" Statens offentliga utredningar, Ansvarskommittén SOU 2007:10 Sid.162

utvärderingar av de olika nordiska reformerna. Detta försvårar möjligheten att utvärdera för- och nackdelar med de olika organisationsförändringarna och studera ifall de uppfyllt sin målsättning med reformen.

Nils Groes, professor i utbildningsekonomi, valde 2005 att studera den danska strukturreformen och han skriver att det enligt tidigare studier finns indikationer på att kommuner med under 10 000 invånare kan tillgodogöra sig ekonomiska stordriftsfördelar genom sammanslagningar med större kommuner. Vid sammanslagningar på mellan 18-25 000 invånare är dock stordriftsfördelarna begränsade och för kommuner över 40 000 invånare finns direkta stordriftsnackdelar såsom ökade driftskostnader per invånare (korrigerat för servicebehov, inklusive ålder och socio-ekonomiska faktorer). Större kommuner ger större omkostnader per invånare.<sup>122</sup>

Stordriftsfördelarna skiljer sig också åt mellan olika driftsområden. Exempelvis är stordriftsfördelar inom äldreområdet svåra att tillgodogöra sig. *”Kostnaden för personer över 65 stiger oavbrutet för kommuner över 10000 invånare.”*<sup>123</sup> Enligt Nils Groes är det missvisande att jämföra kommunernas kostnadsstruktur för olika områden. Det finns idag en stor press på kommunerna att hålla en likartad skattenivå vilket gör att kommunernas skattesats i allt större utsträckning setts oberoende av kommunens storlek. Detta innebär att fattigare kommuner anpassar sina olika serviceområden efter minskade skatteintäkter. Detta innebär att exempelvis äldreomsorg erbjuds med färre förmåner än vad som är fallet hos de större och rikare kommunerna. Vissa författare menar att det går att tillgodogöra sig administrativa stordriftsfördelar, genom exempelvis en ökad teknologisk utveckling samt möjligheten att lägga ut delar av verksamheten på entreprenad. Dock verkar åsikterna kring detta skilja sig åt. Det är nog snarare andra faktorer såsom makt och regionalt inflytande som påverkar en utökad regionstorlek.<sup>124</sup> Enligt Groes är det viktigt att en ny reform ges möjlighet att fungera, visa sina brister och bedömas innan man kan göra en fullvärdig utvärdering och eventuellt förändra eller bygga upp ett nytt system. *”Det finns långt större rationaliseringsvinster att hämta genom ett ändrat beteende i den givna strukturen än genom att ändra strukturen utan att ändra beteendet.”*<sup>125</sup>

De beräkningar som presenterats fokuserar främst på en optimal kommunstorlek. De kommunala ansvarsområdena skiljer sig från hälso- och sjukvården och det är därför svårt att direkt applicera resultaten på hälso- och sjukvården. De studier inom hälso- och sjukvården som jag har tagit del av berör en optimal sjukhusstorlek (För mer information läs Lars Söderström & Mattias Lundbäcks *Stor & Liten – om vårdeffektiva sjukhus*) och inte hur stort befolkningsunderlag som vore optimalt för en sjukvårdsregion.

Det är fortfarande för tidigt att säkerställa om större regionkommuner verkligen kommer att leda till önskade stordriftsfördelar. Lars Söderström och Mattias Lundbäck skriver att det inte finns något generellt samband mellan storlek och kvalitet. *”Det går inte generellt att säga att*

---

<sup>122</sup> Groes Nils (2005) *”Decentralisering eller statsstyrning? – den danska kommunreformens innehåll och utmaningar”* Ekonomisk debatt Nr. 5 2005 Årgång 33 Sid.88

<sup>123</sup> Ibid. Sid.89

<sup>124</sup> *”Hållbar samhällsorganisation med utvecklingskraft”* Statens offentliga utredningar, Ansvarskommittén SOU 2007:10 Sid.90

<sup>125</sup> Groes Nils (2005) *”Decentralisering eller statsstyrning? – den danska kommunreformens innehåll och utmaningar”* Ekonomisk debatt Nr. 5 2005 Årgång 33 Sid.92

större är bättre.<sup>126</sup> ”Det finns inga övertygande bevis för generella stordriftsfördelar inom sjukvården.”<sup>127</sup>

Enligt min uppfattning väljer den nationalekonomiska litteraturen att fokusera på hur förändringar i konkurrenssituationer och nya ersättningsformer ska leda till kostnadsbesparingar inom sjukvården. Och att förbättringarna till följd av ökad storlek inte är särskilt märkbara. Intresset för alternativa styrmodeller som delvis kan ersätta traditionell offentlig verksamhet är mer framträdande.

Ansvarskommittén skriver i sin utredning att ett likartat befolkningsunderlag per region främjar både utvecklingskraft och likvärdighet. Samtidigt ökar sjukhusens konkurrenskraft vid utvidgningen genom att kontaktytorna och patientunderlaget blir större. Ständig utveckling bäddar för både konkurrens och samarbete genom att huvudmännen ges möjlighet att jämföra sig med varandra. Bättre jämförelser leder till ömsesidigt lärande vilket utvecklar hela sjukvårdssystemet.<sup>128</sup>

## 6.5 Konkurrensutsättning av svensk sjukvård

Syftet med konkurrensutsättning är oftast sänkta kostnader, ökad valfrihet och ökad kvalitet.<sup>129</sup> Förr var det främst kostnadsbesparingar som motiverade konkurrensutsättning. Idag ligger fokus mer på kvalitetsförbättringar.<sup>130</sup> Ansvarskommittén betonar i sin utredning vikten av konkurrens, effektivitet, kvalitet samt ökat patientfokus i utredningen, men det framkommer inte hur dessa faktorer skall uppfyllas. ”Huvudmännens möjlighet att jämföra sig med varandra bäddar både för konkurrens och samarbete”<sup>131</sup>

Som jag tidigare nämnt är det största problemet med kommitténs slutrapport deras oförmåga att precisera **varför** deras förslag verkligen kommer att leda till ökad likvärdighet, ökad effektivitet och konkurrens. Är det enbart regionkommunernas möjlighet att kunna jämföra sig med varandra som leder till ökad konkurrens eller är det ansvarskommitténs ambition att sjukvården ska implementera andra faktorer, vilka kan öka konkurrensen inom sjukvårdsektorn? Bör vården i större utsträckning privatiseras eller är det specialisering mellan sjukhusen som i större utsträckning ska bidra till detta? Enligt min tolkning av rapporten menar kommittén att konkurrens uppstår först när regionkommunerna får en mer likartad storlek och ett mer likartat patientunderlag, eftersom de då ges bättre förutsättningar att kunna jämföra sig med varandra. En orsak till kommitténs brist på konkreta förslag kan vara att konkurrensutsättning inom vården är en politisk ”hetpotatis”. Samtidigt är det intressant att ställa sig frågan hur kommittén har tänkt uppnå sina mål utan att precisera konkreta förslag?

---

<sup>126</sup> Söderström Lars & Lundbeck Mattias (2000) ”Stor & Liten – om vårdeffektiva sjukhus” Reforminstitutet Bromma 2002 Sid.54

<sup>127</sup> Jonsson Pia Maria, Agardh Emelie & Brommels Mats (2006) ”Hälso- och sjukvårdens strukturreformer” Medical Management Centre, Karolinska Institutet, Stockholm Sid.66

<sup>128</sup> ”Hållbar samhällsorganisation med utvecklingskraft” Statens offentliga utredningar, Ansvarskommittén SOU 2007:10 Sid.126

<sup>129</sup> Andersson Fredrik (2002) ”Konkurrens på kommunala villkor” Svenska Kommunförbundet Stockholm 2002. Sid. 9

<sup>130</sup> Ibid. Sid.10

<sup>131</sup> ”Hållbar samhällsorganisation med utvecklingskraft” Statens offentliga utredningar, Ansvarskommittén SOU 2007:10 Sid.126

Jag har funnit det intressant att studera problemen men också möjligheterna med att i större utsträckning konkurrensutsätta svensk sjukvård. Den svenska sjukvården har väldigt få privata aktörer och därför handlar mitt resonemang inte om fullständig privatisering utan mer om vilka privata incitament som kan vara till fördel för den svenska sjukvården. Jag har valt att undersöka Fredrik Anderssons rapport ”*Konkurrens på kommunala villkor*” och försökt att applicera hans resonemang på den svenska sjukvården.

Det är viktigt att först skilja på privatisering i produktion och privatisering av finansiering. Det är vanligare inom offentlig verksamhet att man privatiserar produktionen, genom att då lägga ut delar av verksamheten på entreprenad, men fortsätter att kontrollera finansieringen. En fullständig övergång till både privatisering i finansiering och produktion skulle innebära att man övergick till en marknadslösning utan offentlig inblandning, vilket inte är aktuellt i detta fall.<sup>132</sup> Jag kommer därför enbart fokusera på privat produktion. Det finns också en viktig skillnad mellan privat konsumtion och privat produktion. Privatiserad konsumtion innebär att det är konsumentens eget val som avgör utformningen av varan eller tjänsten.<sup>133</sup> Privat konsumtion kan innebära att vårdtagaren ges möjlighet att själv välja vilket landsting han vill tillhöra utan att det behöver existera några privata aktörer på marknaden. En sådan valmöjlighet skapar konkurrens mellan de enheter som är tillgängliga för vårdkonsumenten.<sup>134</sup> En privatisering av produktionen sker istället när kontrollen över produktionen flyttar från offentliga till privata aktörer.

### *Produktion*

	Offentlig	Privat
Offentlig	Endast landstingsstyrda sjukhus	Sjukhus på entreprenad Landstinget anger lokaliseringen

### *Konsumtion*

Privat	Fritt val mellan olika landsting	Privata sjukhus, fritt val för vårdtagare
--------	----------------------------------	---

Källa: Inspirerad av Fredrik Anderssons tabell  
Andersson Fredrik (2002) ”*Konkurrens på kommunala villkor*” Svenska Kommunförbundet Stockholm 2002. Sid. 22

Ett flertal metoder har framarbetats med syfte att införa marknadsmässiga relationer mellan vårdgivare och vårdtagare utan att förlora möjligheten till övergripande offentlig styrning. En modell som framarbetades av hälsoekonomen Alain Enthoven döptes till *managed competition* (styrd konkurrens). Huvudidén var att minska vårdgivarens informationsövertag genom att skapa en resursstark tredje part, vilken skulle företräda vårdkonsumenten i dennes

<sup>132</sup> Andersson Fredrik (2002) ”*Konkurrens på kommunala villkor*” Svenska Kommunförbundet Stockholm 2002. Sid.21

<sup>133</sup> Ibid. Sid.21

<sup>134</sup> Ibid. Sid.21



relation till vårdgivaren. Den tredje parten kunde antingen vara en offentlig sjukvårdsmyndighet, ett försäkringsbolag eller en frivillig sammanslutning som skulle företräda patienterna (health maintenance organization). Den tredje partens uppgift var att bedöma patientens behov och utifrån det formulera uppdrag och kontraktera vårdgivaren. En annan modell utformades av Saltman och von Otter och var mer anpassad för att passa offentlig sjukvård och döptes till *public competition*, (offentlig konkurrens). Modellen utgick ifrån patientens valfrihet och ombudet förutsattes vara en offentlig myndighet som ansvarade för finansiering och tydligt företrädde patienten. Konkurrenssituationen blev därmed inte upphandlingssituationen utan istället vårdgivarens konkurrens om patienterna, där patienten hade möjlighet att själv välja vårdgivare.<sup>135</sup> En möjlig utveckling av denna modell vore att erbjuda patienter en vårdvouchert som de sedan kan nyttja på fritt valt sjukhus.

### 6.5.1 Privatisering, anbudsupphandling och kundval

Vid konkurrensutsättning av offentlig verksamhet används främst privatisering, anbudsupphandling i konkurrens eller kundvalsmodellen. Tanken med konkurrensutsättning är att öka den samhällsekonomiska effektiviteten. Att mäta effektivitet är dock väldigt svårt och utvärderingskriterier blir därför kostnad, pris eller produktionsutveckling.<sup>136</sup> Ökad konkurrens i den offentliga sektorn skapar potentiellt en ökning av kundernas valfrihet.<sup>137</sup> Relevant för sjukvården är främst ökat kundval eftersom privatisering och anbudsupphandling är vanligast förekommande vid konkurrensutsättning av hårda kommunala verksamheter, såsom sophantering och vägskötsel.<sup>138</sup> Kundval är lämpligast när det är ökad kvalitet och valfrihet som eftersträvas. "Kundval" innebär att auktoriserade utförare konkurrerar mot varandra oavsett ägarform. Kunderna väljer utifrån sina egna preferenser den utförare som bäst uppfyller deras preferenser. Kvalitetsvariabler har oftast en avgörande funktion vid ökat kundval och utförarens behov av att bli vald motiverar dem att prestera sitt yttersta. Valfrihet blir avgörande vid konkurrensutsättning i de fall landstingen låter fler utförare konkurrera med sina egna utförare gällande en viss verksamhet. Lämpligheten hos alternativa utförare bedöms och de som anses lämpliga jämförs med landstingets egna utförare. Patienterna får sedan tillgång till en voucher och kan själva välja bland privata utförare eller auktoriserade landsting.<sup>139</sup>

Ansvarskommittén betonar på flera ställen att deras förslag kommer leda till kvalitetsförbättringar, trots att de inte ger några förslag på hur de ska uppnås. Kvalitet är mycket svårt att mäta inom offentlig verksamhet. Det är svårt att precisera i ett kontrakt vad som anses vara hög kvalitet i vården jämfört med att precisera god kvalitet hos en ny hushållsassistent.<sup>140</sup> Trots att inte kommittén ger några förslag på hur kvalitet ska uppnås så är min tolkning att de ställer sig positiva till ökat kundval. Dels skriver kommittén att patientens ställning inom vården ska förbättras och dels vill kommittén att en fungerande databas

---

<sup>135</sup> Jonsson Pia Maria, Agardh Emelie & Brommels Mats (2006) "Hälso- och sjukvårdens strukturreformer" Medical Management Centre, Karolinska Institutet, Stockholm Sid. 85-86

<sup>136</sup> Karlsson Maria (2005) "Avregleringar, konkurrensutsättning och ekonomisk effektivitet. – Offentlig eller privat?" Konkurrensverket Sid.4  
<http://www.konkurrensverket.se/upload/Filer/Forskarestudenter/projekt/2004/proj117-2004.pdf> 2008-07-01

<sup>137</sup> Ibid. Sid.6

<sup>138</sup> Ibid. Sid.6

<sup>139</sup> Ibid. Sid.7

<sup>140</sup> Andersson Fredrik (2002) "Konkurrens på kommunala villkor" Svenska Kommunförbundet Stockholm 2002. Sid. 27

utvecklas där patienterna ges möjlighet att jämföra olika behandlingsalternativ. Enligt min uppfattning tyder detta på att ansvarskommittén vill ge patienterna större möjlighet till valfrihet i vården. Samtidigt vill kommittén öka konkurrensen mellan regionerna utan att förändra den offentliga finansieringen. Kundval kan ge upphov till detta då regionerna får konkurrera om patienterna. Kvalitén inom vården ökar till följd av detta, vilket är kommitténs förhoppning med utredningen.

Enligt Fredrik Andersson minskar kundvalsmekanismer kraven på detaljerade kontrakt, men är inte alltid lösningen.<sup>141</sup> Det är svårigheten att koppla kvalitet direkt till den aktuella varan eller tjänsten som skapar problem. För att komma tillrätta med problemet krävs det att man arbetar fram mekanismer som på ett trovärdigt sätt förmedlar information om varan eller tjänstens kvalitet, vilket enligt min uppfattning är ansvarskommitténs syfte genom utveckling av en fungerande kunskapsdatabas. För att kunna styra och garantera kvaliteten i vården krävs det att det finns en väl fungerande databas för insamling av behandlingsresultat och att detta ses som en naturlig del av vårdprocessen. Något som i dagsläget skulle vara möjligt med hjälp av dagens informationsteknik.<sup>142</sup>

Ansvarskommitténs främsta argument är att sjukvårdens förutsättningar förbättras om landets landsting utvidgas till regionkommuner. Nedanstående resonemang applicerar Buchanans klubbteori på sjukvården och diskuterar förutsättningarna att komma fram till en optimal klubb/region.

## **6.6 Optimala regioner**

Sjukvården är ett komplext system som påverkas av både organisationer och aktörer med uppgift att lösa svåra och komplicerade problem. Sjukvården kan ses som en multiprofessionell organisation. Sjukvården ska både vara en service organisation (betjäna patienter och befolkning), produktionsorganisation (där vissa delar är rutinmässiga och lämpade för massproduktion) och kunskapsorganisation (besitta kapacitet för komplex problemlösning).<sup>143</sup>

Sjukvården brottas med problem vid beslutsfattandet eftersom det finns åsiktsskillnader mellan de professionella (läkare, forskare, vårdpersonal) och politiker. *”Den professionella expertens problemlösning och beslutsfattande söker sitt ideal i den vetenskapliga metoden och rationellt beslutsfattande dvs. bästa möjliga måluppfyllelse. Det politiska beslutsfattandet karakteriseras av aktörer som strävar till att främja sina och sina referensgruppers intressen (public choice)”*.<sup>144</sup> Beroende på vilken grupp som tillfrågas kan synen på en optimal sjukvårdsregion skilja sig åt.

Det är inte säkert att enheterna inom sjukvården fått sin storlek utifrån vad som är mest optimalt med hänsyn taget till uppgiften och de anställdas arbetsmiljö, utan mer baserat på

---

<sup>141</sup> Ibid. Sid.27

<sup>142</sup> Söderström Lars & Lundbäck Mattias *”Stor & Liten – om vårdeffektiva sjukhus”* Reforminstitutet Bromma 2002 Sid. 67

<sup>143</sup> Jonsson Pia Maria, Agardh Emelie & Brommels Mats (2006) *”Hälso- och sjukvårdens strukturreformer”* Medical Management Centre, Karolinska Institutet, Stockholm Sid.80

<sup>144</sup> Ibid. Sid.82

den politiska församlingens uppfattning om vad som är det mest effektiva.<sup>145</sup> Den svenska sjukvården är uppbyggd kring en mängd politiskt definierade strukturer såsom primärvård, sekundärvård, öppenvård och slutenvård. Dessa strukturer är kanske inte alltid en funktion av efterfrågan eller de mest produktiva arbetsformerna. En otydlig organisation försämrar möjligheten att på ett optimalt sätt tillgodogöra sig personalens kompetens och engagemang.<sup>146</sup> Brister i organisationen var en av orsakerna till att ansvarsutredningen fick i uppdrag att se över den svenska hälso- och sjukvårdsorganisationen.

Ansvarsutredningen har i sin rapport föreslagit att Sveriges landsting ska göras om till större regionkommuner med ett befolkningsunderlag på 500 000 upp till 2 miljoner invånare i varje regionkommun. *”Den underliggande frågan är dock vad som utmärker en optimal sjukhusstruktur och en optimal regionkommun.”*<sup>147</sup> Det kan vara svårt att avgöra vilken storlek på regionkommunerna som skulle vara optimal och om det överhuvudtaget finns optimala regionkommuner för hälso- och sjukvården? Sjukvården är en mycket mångfacetterad bransch och vilka faktorer som ska ligga till grund för den optimala storleken kan skilja sig åt mellan olika regioner och olika sjukdomar.

### 6.6.1 Buchanans klubbteori

Enligt Buchanan går det att komma fram till en optimal klubbstorlek men klubbstorleken varierar beroende på vilken/vilka varor som undersöks. En optimal regionstorlek enligt ansvarskommittén grundar sig främst på befolkningsunderlaget och bör innefatta 500 000 till 2 miljoner invånare. Enligt deras uppfattning kan en sådan fördelning förse befolkningen med sjukvård på effektivast sätt.<sup>148</sup> Hur de har kommit fram till den uppdelningen är oklart, men utredningen har en gedigen referenslista. De data som presenterats tidigare i uppsatsen berör kommuner och säger att befolkningsantalet hos en optimal kommun ska ligga mellan 10-40 000 invånare.<sup>149</sup> Kommunala ansvarsområden skiljer sig från landstingets ansvarsområden och presenterade siffror kan därför inte ge en tydlig bild över vad som vore en optimal sjukvårdsregion.

Det är svårt att direkt applicera Buchanans teori på sjukvården. För det första är den svenska sjukvården nästan uteslutande offentligt driven och alla svenskar innefattas i den nationella sjukhusförsäkringen. Det gör att exkluderbarheten inom sjukvården inte existerar på samma sätt som för privata varor. Sjukvården är dock ingen rent kollektiv vara eftersom min användning av sjukvårdens resurser påverkar andra individers nyttjande. Sjukvårdsresurserna är inte obegränsade och andras konsumtion bidrar till att jag som vårdkonsument måste vänta längre på behandling eller att jag inte anses vara i behov av den behandling som jag efterfrågar. Läkarna har en begränsad exkluderingsmöjlighet genom att de kan undvika att skicka vissa patienter på remiss. Något som förlänger patientens behandlingstid eftersom de i önskan om specialistvård måste vända sig till remissinstansen själva för att få tid.

---

<sup>145</sup> Söderström Lars & Lundbäck Mattias (2000) ”Vinsten som drivkraft” Industriförbundet, Stockholm 2002 Sid.5

<sup>146</sup> Ibid. Sid.5

<sup>147</sup> Ibid. Sid.7

<sup>148</sup> *”Hållbar samhällsorganisation med utvecklingskraft”* Statens offentliga utredningar, Ansvarskommittén SOU 2007:10 Sid.23

<sup>149</sup> Groes Nils (2005) *”Decentralisering eller statsstyrning? – den danska kommunreformens innehåll och utmaningar”* Ekonomisk debatt Nr. 5 2005 Årgång 33 Sid.88

Landstingen i Sverige har inte möjlighet att exkludera patienter från vård. Alla svenskar omfattas av den nationella sjukförsäkringen oavsett om de betalt medlemsavgift via landstingsskatten eller inte. Landstingen har dock en liten exkluderingsmöjlighet genom att vårdgarantin ger sjukhusen möjlighet att erbjuda sina patienter vård inom en tremånaders period, innan patienten får söka vård på annat sjukhus.

Finns det verkligen en optimal storlek för sjukvården och i så fall vilka faktorer ska ligga till grund för de bestämmelserna. Den optimala storleken måste ju variera beroende på vilka delar inom sjukvården som undersöks. En undersökning av optimal storlek för njurtransplantationer skulle med största sannolikhet skilja sig från en optimal storlek för behandling av bröstcancer. I Sverige finns det idag en specialisering mellan sjukhusen där vissa behandlingar/operationer enbart genomförs på det specifika sjukhuset. Linköpings universitetssjukhus har exempelvis landets främsta brännskadeavdelning medan Lunds universitetssjukhus ansvarar för hjärtoperationer hos barn. Ansvarskommittén väljer att inte diskutera om en sådan specialisering ska fortsätta eller utvidgas. Känslan jag får är snarare att kommitténs ståndpunkt är att varje regionsjukhus ska ges samma förutsättningar dvs. kunna behandla alla typer av åkommor. Något som inte vore kostnadseffektivt på sikt.

Storleken är mer pragmatisk eftersom behovet och resultaten inom varje region ser olika ut. Sjukvårdens strukturer och processer är både situations- och omgivningsberoende och det gör att det inte finns någon ”given bästa lösning”. Organisatorisk framgång skapas genom ständig förändring.<sup>150</sup>

---

<sup>150</sup> Jonsson Pia Maria, Agardh Emelie & Brommels Mats (2006) ”Hälso- och sjukvårdens strukturreformer” Medical Management Centre, Karolinska Institutet, Stockholm Sid.82

---

*Uppsatsen avslutas med att författaren redogör för resultaten och besvarar den inledande frågeställningen. Kapitlet avslutas med författarens egna reflektioner och tankar.*

---

## 7. SLUTSATSER

### 7.1 Slutsatser

Sjukvårdens möjligheter att fungera effektivt begränsas av marknadsmisslyckanden. Individer har mycket begränsade möjligheter att avgöra sin framtida hälsostatus och därför understiger oftast deras betalningsvilja den egentliga kostnaden för vård. För att lösa detta problem är sjukvården utformad som en försäkringsmarknad. Problem som uppstår på försäkringsmarknader är den informationsasymmetri som råder mellan försäkringsgivare (principal) och försäkringstagare (agent). Agenten har ett övertag gentemot principalen eftersom agenten har bättre förutsättningar att bedöma sin egen sjukdomsrisk. Trots att det inte tillförlig går att avgöra sin sjukdomsrisk så spelar mat och motionsvanor stor roll för sannolikheten att bli sjuk. Principal-agent problemet tvingar principalen att utforma kontrakt som kategoriserar människor utifrån deras respektive risknivå. En sådan kategorisering är dock väldigt kostsam och bidrar till att kategoriseringen aldrig blir fullständig. Oförmågan att identifiera olika individers risker leder till att försäkringsgivaren erbjuder en försäkring satt utifrån medelsriskpatienten. Problem uppstår när försäkringstagaren har högre eller lägre risk än den genomsnittlige försäkringstagaren i gruppen. Högriskpatienter finner premien förmånlig och försäkrar sig medan lågriskpatienter upplever premien för hög och avstår försäkring. I Sverige och de nordiska länderna begränsas adverse selection genom att alla invånare ingår i den obligatoriska sjukförsäkringen.

Problemet med moral hazard är mer framträdande i Sverige. Beteendeförändringar leder till att patienten utsätter sig för större risk när väl försäkringen är tecknad. Moral hazard leder till överkonsumtion av vård. Andra problem i vården är supplier induced demand (SID), där läkare utnyttjar sitt informationsövertag över patienterna och rekommenderar dyra och långdragna behandlingsmetoder och externaliteter, positiva effekter uppnås endast när stora delar av befolkningen nyttjar behandlingen.

Syftet med min uppsats har varit att studera ansvarskommitténs SOU 2007:10 *"Hållbar samhällsorganisation med utvecklingskraft"*. Jag har främst valt att studera de bakomliggande orsakerna till utredningen samt de resultat som kommittén anser uppnås med förslaget. Kommittén skriver att ett ombildande från dagens landsting till större regionkommuner löser flera organisatoriska problem samt leder till ökad likvärdighet, effektivitet, konkurrens och ökad kvalitet. Problemet med utredningen har varit att kommittén inte ger några konkreta förslag på *hur* resultaten ska uppfyllas. Bristen på konkreta förslag försämrar mina möjligheter att utvärdera förslaget och gör utredningen tunn och bristfällig. Kommittén väljer att inte diskutera de marknadsmisslyckanden som påverkar sjukvården och hur man ska komma till rätta med problemet.

Enligt min uppfattning är det behovet av ökad likvärdighet mellan regionerna och möjligheten till stordriftsfördelar som drivit fram förslaget. Kommittén lägger stor tilltro till de

stordriftsfördelar som de anser uppfyllas vid ombildandet från landsting till större regionkommuner. Det finns dock inga tydliga tecken på generella stordriftsfördelar inom vården.<sup>151</sup> Genomförda studier diskuterar främst den optimala storleken hos kommuner och enligt Nils Groes kan en kommun under 10000 invånare tillgodogöra sig stordriftsfördelar medan det i en kommun över 40000 finns direkta stordriftsnackdelar.<sup>152</sup> De kommunala ansvarsområdena skiljer sig från ansvarsområdena inom hälso- och sjukvården och presenterade siffror kan inte direkt appliceras på sjukvården. Andra undersökningar som studerats berör den optimala sjukhusstorleken. Lars Söderström och Mattias Lundbäck skriver att det inte finns några indikationer på att större sjukhus fungerar bättre.<sup>153</sup>

Våra nordiska grannar verkar dock i likhet med ansvarskommittén hysa stark tilltro till stordriftsfördelar. Både Norge och Danmark har under 2000-talet genomfört stora sjukvårdsreformer. I Norge övertog staten ansvaret för sjukvården samt införde fem hälsoföretag med eget ansvar för personal, drift och ekonomi. I Danmark särskiljdes ansvaret för finansiering från ansvaret för produktion. Amterna avskaffades till förmån för fem hälsoregioner vilka framtogs beskattningsrätt. I både Danmark och Norge har graden av centralisering ökat genom reformerna. Den främsta orsaken till detta tros vara att kravet på likriktning inom den offentliga servicen väger tyngre än landstingens möjlighet till individuell ”vårdutformning”.<sup>154</sup> Det är ännu för tidigt att analysera och bedöma konsekvenserna av enskilda reformer. Hälso- och sjukvården är ett komplext system och effekterna av olika reformer påverkas starkt av hur de olika delarna av det aktuella sjukvårdssystemet ser ut. Det saknas ännu systematiska uppföljningar och utvärderingar av de olika nordiska reformerna.

Sverige och de nordiska länderna brottas dock med liknande problem som dålig tillgänglighet och långa vårdköer. Vårdköer har varit ett klassiskt problem i samtliga nordiska länder och den främsta orsaken till både utredningar samt genomförda reformer i Norge och Danmark. Behovet av vårdköer kan dock motiveras och är oundvikliga i länder med obligatorisk sjukförsäkring. Patienternas efterfrågan på vård är högre än den samhällsoptimala kostnaden. Politikerna väljer en utbudsnivå som motsvarar den optimala efterfrågan. Obalansen mellan utbud och efterfrågan på vård ger upphov till vårdköer och ”behovet” kan motiveras utifrån ekonomisk teori. Se tydligare resonemang samt figur på sid. 36-37.

Det finns två framträdande förslag i utredningen som skapar positiva effekter för främst problemen med informationsasymmetrin inom hälso- och sjukvården. Ansvarskommittén skriver att det är viktigt att förbättra patientens roll och rättigheter i vården samtidigt som en kunskapsdatabas måste utvecklas där patienter, politiker och läkare kan ta del av behandlings- och forskningsresultat. En sådan databas skulle förbättra patienternas möjlighet att själva avgöra vilken behandling samt var behandlingen ska genomföras. Kommittén diskuterar inte ett ökat kundval inom vården, men min uppfattning är att de ställer sig positiva till detta. Jag ser inte patientens nytta med databasen om de endast ges möjlighet att utvärdera olika

---

<sup>151</sup> Jonsson Pia Maria, Agardh Emelie & Brommels Mats (2006) *”Hälso- och sjukvårdens strukturreformer”* Medical Management Centre, Karolinska Institutet, Stockholm Sid.66

<sup>152</sup> Groes Nils (2005) *”Decentralisering eller statsstyrning? – den danska kommunreformens innehåll och utmaningar”* Ekonomisk debatt Nr. 5 2005 Årgång 33 Sid.88

<sup>153</sup> Söderström Lars & Lundbäck Mattias *”Stor & Liten – om vårdeffektiva sjukhus”* Reforminstitutet Bromma 2002. Sid.54

<sup>154</sup> Groes Nils (2005) *”Decentralisering eller statsstyrning? – den danska kommunreformens innehåll och utmaningar”* Ekonomisk debatt Nr. 5 2005 Årgång 33 Sid.80

behandlingsalternativ utan att själva få möjlighet att nyttja den behandling som efterfrågas. Ett ökat kundval kan enligt min uppfattning stärka patientens roll inom sjukvården genom ökad valfrihet.

Uppsatsen har diskuterat möjligheten att komma fram till en optimal regionstorlek, och resonemanget har grundat sig på Buchanans klubbteori. Enligt Buchanan så finns det en optimal klubbstorlek, denna varierar dock beroende på vilken vara som undersöks. Den optimala regionstorleken för hjärttransplantationer ser annorlunda ut än den optimala storleken för behandling av dialyspatienter. En naturlig specialisering inom sjukvården har skett till följd av detta. Enligt Ansvarskommittén verkar det dock som om varje regionsjukhus ska ges samma förutsättningar att behandla samma typer av åkommor. Det är osäkert om en ökad likvärdighet i detta fall leder till kostnadseffektivitet.

## **7.2 Egna reflektioner**

Sjukvården har problem. Enligt en ny forskningsrapport som presenterades i DN 29 juli, 2008 skriver Anders Klevmarken, professor på Uppsala universitet och Björn Lindgren, professor på Lunds universitet att sjukvårdskostnaderna kommer att öka med 270 procent fram till 2040. Enligt dessa författare skulle en sådan ökning enbart kunna finansieras genom kraftig neddragning av andra offentliga utgifter, betydande skattehöjningar eller ett nytt sätt att finansiera sjukvården.<sup>155</sup>

Ansvarskommitténs utredning genomfördes för att skapa en organisation bättre rustad för framtida demografiska påfrestningar. Det finns förslag i utredningen som jag anser positiva såsom ökat patientfokus och en bättre databas för behandlingsresultat. Trots detta så tycker jag inte att ansvarskommittén lyckas övertyga mig om förslagens positiva effekter, vilket främst beror på att de bara presenterar resultaten utan några konkreta förslag. Det är enkelt att rada upp resultat, det svåra är att motivera hur dessa ska verkställas. Ansvarskommittén har tagit den enkla vägen och gömmer sig bakom uttalandet att deras förslag inte är tänkt för nutid utan att deras resultat kommer att visas på sikt. Utredningen ska fokusera på framtiden men det utesluter inte att kommittén borde ha diskuterat möjliga lösningar på marknadsmisslyckanden inom vården, alternativa ersättningsformer och eventuella skatteutformningar i framtiden. Möjligheten till stordriftsfördelar inom sjukvården är för otydlig och därför tycker jag att kommittén lägger alldeles för stor vikt vid dessa. Utredningen i sig leder inte till ökad effektivitet, likvärdighet, konkurrens och kvalitet. Det är istället ett ökat kundval, förändrade ersättningssystem och förändrad konkurrenssituation som kan leda till detta.

---

<sup>155</sup> Klevmarken Anders & Lindgren Björn "Fyrtioålisterna tredubblar våra sjukvårdskostnader" Dagens Nyheter 29 juli, 2008 <http://www.dn.se/DNet/road/Classic/article/0/jsp/print.jsp?&a=809317> 2008-08-20

# KÄLLFÖRTECKNING

## **Böcker**

Dufwenberg Martin, Isacson Marie-Louise & Lundholm Michael (2000) "*Tillämpad mikroekonomi*" Studentlitteratur, Lund Sid.179-196

Söderström Lars & Lundbäck Mattias (2002) "*Stor & Liten – om värdeeffektiva sjukhus*" Reforminstitutet Bromma 2002

Söderström Lars & Lundbäck Mattias (2000) "*Vinsten som drivkraft*" Industriförbundet Stockholm 2002

Rosen Harvey S (2002) "*Public Finance*" 6th edition McGraw-Hill Boston.

"*God vård på lika villkor? – Om statens styrning av hälso- och sjukvården*" Statens offentliga utredningar, SOU 1999:66

"*Hållbar samhällsorganisation med utvecklingskraft*" Statens offentliga utredningar, Ansvarskommittén, SOU 2007:10 Sid. 13-399

"*Utvecklingskraft för hållbar välfärd*", Statens offentliga utredningar SOU 2003:123

## **Artiklar**

Andersson Fredrik (2002) "*Konkurrens på kommunala villkor*" Svenska Kommunförbundet Stockholm 2002. 7-58

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

Ghatnekar O, Hjortberg C (2001) "*Health care systems in transition Sweden, European Observatory on Health Care Systems.*" Volym 3 Nr. 8.

Groes Nils (2005) "*Decentralisering eller statsstyrning? – den danska kommunreformens innehåll och utmaningar*" Ekonomisk debatt Nr. 5 2005 Årgång 33 Sid.77-95

Jonsson Pia Maria, Agardh Emelie & Brommels Mats (2006) "*Hälso- och sjukvårdens strukturreformer*" Medical Management Centre Karolinska Institutet, Stockholm Sid.7-89



Leim Frida, Mörk Linnéa & Norberg Hansen Camilla ”*Det svenska och amerikanska sjukvårdssystemet*” NEK 661 Offentlig ekonomi HT 2005.

Ostrom, Elinor. (1995) ”*Local Commons and Global Interdependence – Heterogeneity and Cooperation in Two Domains*” Sage Publications

## **Elektroniska böcker och artiklar**

Hansson Åsa ”*Fiskal federalism*”

<http://www.nek.lu.se/NEKAHA/hemsida/offentlig%20ekonomi%202006/F%C3%B6rel%C3%A4sning%208%20Fiskal%20federalism.pdf> 2008-04-17

Karlsson Maria (2005) ”*Avregleringar, konkurrensutsättning och ekonomisk effektivitet. – Offentlig eller privat?*” Konkurrensverket Sid.4

<http://www.konkurrensverket.se/upload/Filer/Forskarestudenter/projekt/2004/proj117-2004.pdf> 2008-07-01

Klevmarken Anders & Lindgren Björn ”*Fyrtioålisterna tredubblar våra sjukvårdskostnader*” Dagens Nyheter 29 juli, 2008

<http://www.dn.se/DNet/road/Classic/article/0/jsp/print.jsp?&a=809317> 2008-08-20

Moberg Erik (1994) ”*Offentliga beslut - En introduktion till den ekonomiska teoribildningen inom statsvetenskapen*” Mobergs publikationer AB Kapitel 8

<http://www.mobergpublications.se/offentliga/atta.htm>

”*Hälso- och sjukvårdens organisation och resurser*”, [www.regeringen.se](http://www.regeringen.se)  
Socialdepartementet 5 oktober 2007 2008-08-18

”*Om landsting och regioner*” <http://www.skl.se/artikel.asp?C=444&A=283> , Sveriges kommuner och landsting 2008-08-23

”*Sjukhusens ersättningsystem*”

<http://www.vgregion.se/upload/Regionkanslierna/hsskansli/Analys/Rapporter/Rapport%20Sjukhus%20ers%20system.pdf>

”*Utvärderingsystemet*” <http://www.regeringen.se>

Finansdepartementet 28 april, 2008  
2008-05-08

”*Vad är vårdgarantin*” [http://www.sns.sll.se/t/Page\\_\\_\\_\\_\\_143.aspx?epslanguage=SV](http://www.sns.sll.se/t/Page_____143.aspx?epslanguage=SV)  
2008-05-08

”*Världens faktabank, Norge, Danmark och Finland*” Utrikespolitiska institutet  
[http://www.ui.se/default.aspx?continent\\_id=0](http://www.ui.se/default.aspx?continent_id=0)

