



Valfrihet och konkurrens i sjukvården

RED:

Göran Arvidsson Bengt Jönsson

SNS FÖRLAG

Valfrihet
och
konkurrens
i sjukvården

RED:

Göran Arvidsson Bengt Jönsson

Valfrihet och konkurrens i sjukvården

SNS FÖRLAG

SNS FÖRLAG
Box 5629
114 86 Stockholm
08-23 25 20

- SNS Studieförbundet Näringsliv och Samhälle
Center for Business and Policy Studies
- SNS vill sprida kunskap om ekonomiska och sociala förhållanden samt vara ett obundet forum för öppet utbyte av idéer i ekonomiska och sociala frågor mellan personer i näringsliv, politik och offentlig förvaltning, intresseorganisationer, medier, universitet och högskolor.
- SNS verkar genom forskning och utredningar, bokutgivning seminarier och konferenser samt möten i lokala grupper i Sverige och utlandet. Verksamheten finansieras genom medlemsavgifter, företagsabonnemang, forskningsanslag, uppdragsarvoden och bokförsäljning.
- SNS är fristående i förhållande till politiska partier och intressegrupper, men har nära kontakt med universitet och högskolor samt motsvarande forskningsorganisationer i andra länder.
- SNS grundades 1948 som en oberoende sammanslutning av personer i näringslivet med intresse för samhällsfrågor. Organisationen har för närvarande 4 000 individuella medlemmar i 44 lokalgrupper (varav 10 i utlandet) samt ca 150 företagsabonnenter, däribland svenska börsbolag och banker, utlandsägda och kooperativa företag samt statliga företag och myndigheter.

Valfrihet och konkurrens i sjukvården
Red: Göran Arvidsson och Bengt Jönsson

1:a upplagan
1:a tryckningen

© 1991 Författarna och SNS Förlag
Omslag och typografi: Rickard Frölich
Sättning och tryckning: Kristianstads Boktryckeri AB, 1991

ISBN 91-7150-407-9

Innehåll

Förord 7

Författarpresentation 8

Introduktion 9

Göran Arvidsson och Bengt Jönsson

DEL I Vad säger forskningen?

1. Effekter av konkurrens i offentlig tjänsteproduktion 13

Ernst Jonsson

2. Den tredje vägen – interna marknader 31

Lennart Hansson

3. Styrd konkurrens inom hälso- och sjukvården 51

Bengt Jönsson

4. Politisk styrning och marknadskrafter i sjukvården 63

Casten von Otter

Del II Modeller under prövning

5. Dalamodellen – ett första steg mot en ny hälso- och sjukvårdsstruktur 78

Toivo Heinsoo

6. På väg mot en ny styrmodell för effektivare sjukvård inom Bohuslandstinget 92

Lars Roslund

7. Greppet – Stockholmsmodellen 104

Göran Rådö

8. Sjukvården i Malmöhus 116

Göran Forsblad och Rita Jedlert

Sammanfattande kommentarer 131

Göran Arvidsson och Bengt Jönsson

Förord

I debatten om förnyelsen av den svenska hälso- och sjukvården efterlyses med allt större eftertryck dels att vårdmonopolet bryts upp och att konkurrens skapas, dels att patienterna ges ökad valfrihet. Man pekar på konkurrensens hälsobringande verkan när det gäller förnyelse och effektivitet och på valfrihetens betydelse när det gäller att tillgodose varierande behov och önskemål. Till en del har sådana tankar redan omsatts i handling. Inom landstingen pågår försök med att öka konkurrensen och valfriheten – hittills i huvudsak inom den bestående landstingsmodellens ram. Krav på mer långtgående systemförändringar förs allt oftare fram.

Den här boken har två syften. Det första är att sammanfatta vad forskning kring valfrihet och konkurrens i offentlig tjänsteproduktion kommit fram till och att föra över resonemang och slutsatser till sjukvården. Dessa kapitel har skrivits av ekon. dr. Lennart Hansson, Lunds universitet, och professorerna Ernst Jonsson, Stockholms universitet, Bengt Jönsson, Handelshögskolan i Stockholm, och Casten von Otter, Arbetslivscentrum. Det andra syftet är att presentera och kommentera de försök som nu pågår i fyra av de i detta sammanhang mest progressiva landstingen: Dalarna, Bohus, Stockholm och Malmöhus. Beskrivningarna har gjorts av ledande företrädare för respektive landsting. Forskningsöversikterna och ett av fallen bygger på föredrag som hölls vid en konferens anordnad av Institutet för Kommunal Ekonomi vid Stockholms universitet. För kommentarerna svarar undertecknade.

Arbetet har utförts inom ramen för SNS forskningsprojekt *Nya spelregler för hälso- och sjukvården*. Projektet finansieras av Salénstiftelsen och följande företag: Apoteksbolaget, Astra, Folksam, LIC Care, LIF, Länsförsäkringsbolagen, PT-Vård, Praktikertjänst, Procordia, Rufi, SAS Service Partner, Skandia, Trygg-Hansa och Wasa Försäkring.

Stockholm i maj 1991

Göran Arvidsson Bengt Jönsson

Författarpresentation

Göran Arvidsson är docent i företagsekonomi, forskningsledare vid SNS och projektledare för SNS forskning om hälso- och sjukvården.

Bengt Jönsson är professor i hälsoekonomi vid Handelshögskolan i Stockholm och vetenskapligt huvudansvarig för SNS forskning om hälso- och sjukvården.

Ernst Jonsson är professor och chef för Institutet för Kommunal Ekonomi vid Stockholms universitet.

Lennart Hansson är ekon. dr. och forskare vid Institutet för ekonomisk forskning, Lunds universitet.

* *Casten von Otter* är professor vid Arbetslivscentrum.

Toivo Heinsoo är landstingsdirektör i Dalarna.

Lars Roslund är landstingsdirektör i Bohuslandstinget.

Göran Rådö är sjukvårdsdirektör vid Danderyds sjukhus, tidigare tf sjukvårdsdirektör i Stockholms läns landsting.

Göran Forsblad är landstingsdirektör i Malmöhus läns landsting.

Rita Jedlert är utredningssekreterare i Malmöhus läns landsting.

Introduktion

Göran Arvidsson och Bengt Jönsson

Den svenska sjukvården har främst kritiserats för bristande anpassning till konsumenternas (patienternas) önskemål och för ett ineffektivt resursutnyttjande. Undersökningar visar att sjukvården är ett av de områden där medborgarna upplever sig ha minst inflytande. Offentlig finansiering och offentlig produktion, genom landstingen, är ingen garanti för konsumentinflytande. Samtidigt tyder många studier på att produktionen av sjukvårdstjänster inte ökat i samma takt som resurserna. Det innebär en försämrad produktivitet. Hur mycket produktiviteten sjunkit är svårt att exakt mäta, eftersom sjukvårdens prestationer ständigt förändras. Köer och oförklarliga kvalitets- och kostnadsskillnader mellan sjukhus, kliniker osv. tyder emellertid på att resursfördelning och arbetsorganisation på många håll är ineffektiva.

Det finns alltså starka indikationer på att det finns betydande möjligheter att öka såväl den allokativa effektiviteten, dvs. hur väl resurserna fördelas mellan olika ändamål, som kostnadseffektiviteten eller produktiviteten, dvs. utbytet av de tillgängliga resurserna.

På en marknad utgör valfrihet och konkurrens viktiga inslag för att åstadkomma både lyhördhet för konsumenternas önskemål och ett effektivt utnyttjande av resurserna. Valfriheten innebär att resurserna fördelas till de områden konsumenterna prioriterar och till de producenter som svarar upp mot konsumenternas önskemål. Konkurrensen har två huvuduppgifter. Den ena är att tvinga producenterna att minimera kostnaderna för den valda produktionen. Producenter med för höga kostnader slås ut från marknaden. Den andra är att stimulera till produktutveckling. Genom fritt tillträde till marknaden utmanas hela tiden de

existerande producenterna och produkterna. Det tvingar producenterna till förnyelse av både produktionsteknologi och produktsortiment.

Det är naturligt att diskussionen kring sjukvårdens problem och förnyelse kommit att kretsa kring möjligheterna att utnyttja dessa marknadsmekanismer för att åstadkomma konsumentinflytande och kostnadseffektivitet inom sjukvården. Debatten har dock knappast varit särskilt konstruktiv. De två vanligaste ståndpunkterna har länge varit ett totalt avvisande respektive en entusiastisk tilltro till privatisering och marknader utan närmare analys av konsekvenserna.

Denna bok har en annan utgångspunkt, nämligen – för det första – att valfrihet och konkurrens behövs inom hälso- och sjukvården för att åstadkomma effektivitet i såväl konsumtionen som produktionen och – för det andra – att både valfrihet och konkurrens låter sig väl förenas med hälso- och sjukvårdens övergripande målsättningar om befolkningens hälsa och vård på lika villkor.

Denna ståndpunkt har på den allra senaste tiden fått åtskilliga anhängare i den svenska hälso- och sjukvården. Den har också börjat omsättas i praktisk handling. *Dalamodellen* är det mest omtalade exemplet. Både valfriheten och konkurrensen har dock hittills i allt väsentligt begränsats till att förekomma inom det offentliga systemet.

Valfrihet och konkurrens kan utformas på många olika sätt. Det är svårt att direkt urskilja det bästa sättet. Det finns risk att ogenomtänkta modeller förs in bara för att demonstrera handlingskraft.

En övergång från administrativ, hierarkisk styrning av hälso- och sjukvård till styrning via valfrihet och konkurrens är dessutom en komplicerad process, som det endast finns begränsade erfarenheter av. Strukturförändringar är aldrig enkla att genomföra. De försvåras ofta av att de skapar vinnare och förlorare, där de senare har starka incitament att förhindra eller försvåra processen. I en verksamhet med en så komplicerad ekonomisk och politisk struktur som sjukvården blir stora förändringsprocesser med nödvändighet både tröga och svårförutsägbara. Man får räkna med att en strukturreform av hälso- och sjukvården blir en komplicerad process vars alla konsekvenser inte kan överblickas

när den startar. Det är dessutom viktiga värden – liv och hälsa – som står på spel. Processen får inte urarta. Därför bör även systemförändringar i sjukvården bygga på *vetenskap och beprövad erfarenhet*.

Kunskapsöverföring, diskussion och kritisk prövning är således nödvändiga inslag i reformer av det slag som hälso- och sjukvården står inför. SNS sjukvårdsprojekt tar fasta på detta. Syftet med den föreliggande boken är dels att redovisa resultat och argument från den akademiska diskussionen om valfrihet och konkurrens inom den offentliga sektorn, och speciellt sjukvården, dels att presentera och kommentera de större organisationsförändringar som nu görs i några av landstingen.

Boken har två delar. I den första delen diskuterar fyra forskare principerna för valfrihet och konkurrens. De bygger resonemangen på internationell, teoretisk och empirisk forskning. Ernst Jonsson går igenom vad forskningen visar om effekterna av att utsätta offentlig tjänsteproduktion för konkurrens. Han avslutar med att peka på några risker för oavsedda effekter av konkurrens i sjukvården. Lennart Hansson analyserar den organisationsmodell som innebär att man skiljer på beställare och utförare. Han hämtar flertalet exempel från primärkommunal verksamhet, där erfarenheterna är fler än inom landstingen. Bengt Jönsson beskriver och diskuterar rollfördelningen och samspelet mellan patienter, producenter och finansärer. Hans slutsats är att det behövs styrd konkurrens i sjukvården. Casten von Otter utgår från några generella problem i offentlig välfärdsproduktion och granskar olika organisationsmodeller med skiftande inslag av politik och marknadskrafter. Han presenterar en modell för offentlig konkurrens.

I bokens andra del presenteras fyra olika modeller för en ny sjukvårdsorganisation på landstingsnivå. Modellerna beskrivs av företrädare för de landsting där man prövar de nya modellerna: *Dalamodellen* beskrivs av Toivo Heinsoo, *Bohusmodellen* av Lars Roslund, *Stockholmsmodellen* (Greppet) av Göran Rådö och *Malmöhusmodellen* av Göran Forsblad och Rita Jedlert.

Modellerna återspeglar delvis de idéer och principer som diskuteras i den första delen men också vad som varit politiskt möjligt och önskvärt att genomföra i respektive landsting. Erfarenheterna från dessa experiment kommer att bli betydelsefulla

både för den framtida utvecklingen av den svenska sjukvården och för den akademiska diskussionen och forskningen om valfrihet och konkurrens inom sjukvården.

I ett avslutande kapitel sammanfattas några huvuddrag i forskarnas resonemang. Med hjälp av dem kommenteras de fyra landstingsmodellerna – både vad de innehåller och vad de inte innehåller.

1. Effekter av konkurrens i offentlig tjänsteproduktion

Ernst Jonsson

Konkurrens är den viktigaste mekanismen för att maximera konsumentens nytta och för att begränsa makten hos monopol.

(Beesley & Littlechild, 1988)

Hur kan kommunal eller annan offentlig förvaltning göras effektivare? Den ekonomiska teori som går under beteckningen Public Choice-skolan har ett bestämt svar på den frågan. Man utgår från tesen att ju större konkurrensen är på en marknad, desto effektivare är företagen att hålla kostnaderna nere och att tillverka det som kunderna efterfrågar (s.k. inre respektive yttre effektivitet – jfr. Vickers & Yarrow, 1988). Gör de inte det, riskerar de att slås ut.

Samtidigt visar Public Choice-skolan att kommunal förvaltning i regel har monopol på att tillhandahålla en viss service (t.ex. gatuunderhåll, brandskydd eller sjukvård). Bristen på konkurrens gör att kommunal förvaltning inte har samma press på sig att vara effektiv som privata företag. Den är inte föremål för alternativa kostnadsjämförelser och saknar incitament att reducera kostnader och att förbättra kvalitet. Eftersom förvaltningen har monopol inom sitt område, har någon utomstående inte heller möjlighet att visa att servicen kan produceras på ett mer kostnadsbesparande sätt. För att främja effektivitet rekommenderar man konkurrens mellan privata och kommunala producenter om vem som ska få tillhandahålla en viss typ av service (Niskanen, 1971, Borchering m.fl., 1982, Heald, 1984).

Hur kan man undersöka om konkurrens främjar effektivitet?

Kännetecknande för konkurrens är att det finns flera medtävlare på marknaden och att det är fritt tillträde till denna för nya företag (Beesley & Littlechild, 1988). Konkurrens verkar som en urvalsmekanism, som slår ut mindre effektiva företag. Företag som överlever är att de som klarar urvalstestet (Vickers & Yarrow, 1988). För att bedöma om konkurrens främjar effektivitet är olika slag av jämförelser tänkbara. Privata företag, som är utsatta för olika grad av konkurrens, kan för det första jämföras sinsemellan. Effektiviteten och dess förändring kan som exempel jämföras mellan å ena sidan företag på en konkurrensmarknad och å andra sidan företag, som verkar på en marknad med starkt begränsad konkurrens. Det är främst jämförelser av detta slag (dvs. mellan ruta A och C i tabellen) som Public Choice-skolan refererar till.

TABELL. Indelning av företag efter driftform och grad av konkurrens

	Privat drift	Offentlig drift
Konkurrens	A	B
Ej konkurrens	C	D

För det andra kan jämförelse göras mellan privat och offentlig drift. Public Choice-skolans rekommendation har inte minst varit en bidragande orsak till att sådana jämförelser gjorts. I princip är tre olika slag av jämförelse tänkbara:

- mellan privat och offentlig drift, som är utsatta för olika grad av konkurrens (dvs. jämförelse mellan ruta A och D eller mellan ruta B och C)
- mellan privat och offentlig drift, som båda verkar en konkurrensmarknad (dvs. jämförelser mellan ruta A och B)
- mellan privat och offentlig drift, där båda verkar på en marknad med starkt begränsad konkurrens (dvs. jämförelser mellan ruta C och D).

Även om offentlig drift i regel har monopolställning, kan den undantagsvis vara utsatt för konkurrens, exempelvis via anbud. Av det skälet kan för det tredje offentlig drift utan och med konkurrens jämföras sinsemellan (dvs. jämförelser mellan ruta B och D).

För att isolera konkurrensens inverkan är alltså olika slag av jämförelser tänkbara. Oavsett vilka jämförelser som görs måste de göras på likartade villkor. För att en jämförelse mellan t.ex. privat och kommunal drift ska vara rättvisande måste man fråga sig:

- Har den kommunala enheten några andra, icke-kommersiella mål (t.ex. social) än den privata enheten? Måste av det skälet den kommunala enheten tjäna alla samtidigt som den privata enheten kan inrikta sig på den mest lönsamma delen av marknaden?
- Tillhandahåller den kommunala och den privata enheten service av likartad kvalitet?
- Arbetar den kommunala enheten i övrigt under andra villkor än den privata (jfr. Heald, 1984)?

Om de jämförda enheterna skiljer sig på annat sätt än vad gäller grad av konkurrens, är det följaktligen nödvändigt att ta hänsyn till det i jämförelserna.

Vad säger de jämförelser som gjorts?

Under årens lopp har det genomförts en lång rad vetenskapliga utvärderingar, de flesta från USA, av privat visavi offentlig drift. Av dessa utvärderingar framgår inte alltid vilket slag av jämförelser som gjorts. Den allra största delen av dem synes dock gälla mellan privat drift med konkurrens och offentlig drift utan konkurrens (dvs mellan ruta A och D). Som exempel kan nämnas en klassisk studie från Columbia-universitetet, som jämförde hushållets årskostnad för sophämtning i ett slumpmässigt urval av 1 378 amerikanska kommuner. Inledningsvis fann forskarna att denna kostnad i medeltal var 15 % högre vid kommunal än vid privat drift. Samtidigt kunde man konstatera att sevicenivån tenderade vara något högre i kommunal än i privat drift:

- Soporna hämtades i genomsnitt 1,59 gånger per vecka i kommunal regi jämfört med 1,52 gånger i privat regi.
- Soporna hämtades inne på gården (snarare än vid gatan) i något högre grad vid kommunal än vid privat sophämtning.

Förutom dessa skillnader i servicenivå fanns det andra kostnadspåverkande faktorer att ta hänsyn till (t.ex. regionala löneskillnader, sopornas totala volym och vikt, befolkningstäthet, temperatur, frekvens och lokalisering av soptunnor, avstånd till sopanläggning). För att isolera dessa faktorer kostnadspåverkande effekt genomförde forskarna en s.k. multipel regressionsanalys. Med hjälp av den kostnadsfunktion som skattades kunde de sedan särskilja driftsformens kostnadsinverkan. Enligt denna grundliga analys var privat sophämtning billigare än kommunal i kommuner med mer än 50 000 invånare. I kommuner med en mindre folkmängd än så förelåg det inte någon kostnadsskillnad. Enligt forskarnas tolkning var antalet potentiella konkurrenter alltför litet i sådana kommuner för att föra med sig någon reell konkurrens (Savas, 1977 a).

I ovannämnda studie jämfördes alltså privat sophämtning under en viss kontraktsperiod (följd av förnyad anbuds konkurrens) och sophämtning, som av tradition sköttes i kommunal regi (dvs. jämförelse mellan ruta A och D). I en liknande studie, som omfattade 102 städer i Schweiz, fann Pommerehne (1976) att privata företag, som vunnit en anbuds konkurrens, var 20 % billigare än kommunal drift, som inte varit utsatt för anbuds konkurrens. Med utgångspunkt från kostnadsdata om sophämtning i 126 kommuner i Canada år 1981 och 1982 kom McDavid (1985) fram till liknande resultat. Detsamma påvisades i analys av kostnader för sophämtning i 305 kommuner i England och Wales för år 1983/84 och 1984/85. Den sjättedel av kommunerna, som hade tillämpat anbuds konkurrens, hade i medeltal 20 % lägre kostnader (utan att samtidigt ha lägre servicekvalitet) än övriga kommuner. Detta gällde oavsett om den privata eller kommunala anbudsgivaren vunnit anbudet. Det fanns inte heller något som tydde på att besparingarna ifråga hade vunnits genom förlustbringande anbud (Domberger m.fl., 1986, 1987).

Det finns även forskare, som gjort en sammanfattande utvärdering av ett stort antal genomförda jämförelser mellan privat

och offentlig drift. Som exempel har Borcharding m.fl. (1982) gått igenom ett femtiotal sådana jämförande studier (gällande t.ex. buss- eller flygtrafik, sophämtning, städning, elverk, brandväsen, sjukhus). Efter denna genomgång drar de slutsatsen att de flesta studierna (=fyra av fem) visar att enhetskostnaden är högre i offentlig än i privat drift.

Millward och Parker (1983) har likaså gjort en sammanfattande utvärdering av nära ett tjugotal jämförelser mellan privat och offentlig drift. Dessa jämförelser gällde bl.a. flyg- och järnvägs- trafik, brandväsen, vattenverk, elverk och sophämtning. Enligt Millward och Parker finns det inte några systematiska bevis för att offentlig drift är mindre kostnadseffektiv än privat. De drar alltså en helt annan slutsats av sin genomgång än Borcharding m.fl. Detta förhållande synes sammanhånga med att Borchardings m.fl. genomgång i högre grad (till 80 %) avser jämförelser mellan privat drift med konkurrens och offentlig drift utan konkurrens (dvs. jämförelse mellan ruta A och D) än vad som är fallet i Millward och Parkers studie. Den sistnämnda studien innefattar i stället fler jämförelser, där den privata och offentliga enheten arbetar i en likartad konkurrenssituation (antingen konkurrens, dvs. ruta A–B eller monopol dvs. ruta C–D). Undantagsvis dessa jämförelser (närapå hälften av de granskade) visar Millward och Parkers studie i själva verket också att privat drift med konkurrens tenderar vara mer kostnadseffektiv än offentlig drift utan konkurrens. I likhet med Borcharding m.fl. fastslår de också uttryckligen att det är konkurrensen, snarare än ägandeformen som sådan, som främjar effektivitet (se även Caves & Christensen, 1980, Knapp, 1984, Bailey, 1986, Domberger m.fl., 1986, Beesley & Littlechild, 1988). Som exempel refererar Millward och Parker till en jämförelse, som gjorts mellan brandväsen i privat och i kommunal regi. De privata brandkårerna, som efter anbuds-konkurrens fått uppdraget för en viss tid, påvisades ha signifikant lägre kostnader än de kommunala, som var skyddade från konkurrens (Ahlbrandt, 1973).

De jämförelser, som gjorts mellan privat och offentlig drift under likartade konkurrensförhållanden, tyder likaså på att privat drift i sig inte är effektivare än offentlig. Som exempel finns det ett privat och ett statligt järnvägsföretag i Canada, som konkurrerar med varandra på en alltmör avreglerad marknad. Caves

och Christensen (1980) har inte kunnat påvisa någon skillnad i kostnadseffektivitet mellan dessa båda företag. Det är följaktligen fråga om jämförelse mellan ruta A och ruta B. Davies (1971) kom till ett liknande resultat i en motsvarande jämförelse mellan ett privat och ett statligt flygföretag i Australien. Detsamma framkom vid utvärderingen av ett nytt system för sophämtning baserat på konkurrens, som infördes i Minneapolis år 1971. För ett område inom staden skulle den kommunala sophämtningen svara och för ett annat område skulle ett konsortium av privata företag stå. I början hade den kommunala sophämtningen 10 % högre kostnader än den i privat regi. Efter några år hade den kommunala sophämtningen reducerat sina kostnader till samma nivå som de privata konkurrenterna (Savas, 1977 b).

Det finns även exempel på jämförelser, där såväl den privata som den offentliga enheten inte varit utsatt för konkurrens (dvs. jämförelse mellan ruta C och D). Den privatisering av statliga företag, som ägt rum i Storbritannien, har haft till syfte att förbättra industrins effektivitet genom att ge ett större utrymme åt marknadskrafternas spel (Beesley & Littlechild, 1988). I en utvärdering av denna privatisering framhåller Kay och Thompson (1985) emellertid att, om det är låg grad av konkurrens, reglerade privata företag inte är effektivare än reglerade offentliga, företag. Av det skälet ifrågasätter de (liksom Bishop & Kay, 1988) värdet av en privatisering, som går ut på att enbart ersätta ett statligt monopol med ett privat sådant. Det finns nämligen inte, framhåller de, några empiriska bevis för att privata företag i sig är effektivare än offentliga. Effektiva och ineffektiva företag finns i både den privata och i den offentliga sektorn. Det finns däremot övertygande bevis för att alla företag, privata som offentliga, är mer effektiva om de utsätts för konkurrens än om sådan saknas. Så gott som alla studier om avreglering bekräftar det. På en konkurrensmarknad är det dessutom svårare för ineffektiva företag att överleva än på en marknad, som saknar konkurrens. Marknadskrafterna är effektiva när det gäller att slå ut illa skötta företag inom den privata sektorn. En sådan mekanism saknas inom den offentliga, icke konkurrensutsatta sektorn (Kay & Thompson, 1985, Bishop & Kay, 1988). Hartley (1987) fastslår likaså att ägandeformen inte har någon nämnvärd betydelse för effektiviteten. Det är snarare graden av konkurrens på varumarknaden,

företagsledningens incitament och risken att gå omkull eller att tas över, som sägs vara avgörande. Även om offentligt ägda företag är utsatta för konkurrens, vill Bishop & Kay för sin del dock inte helt frånta ägandeformen betydelse. När privata företag drabbas av dålig lönsamhet på en konkurrensmarknad, utlöser det efterhand åtgärder för att vända utvecklingen. För offentligt ägda företag, som är konkurrensutsatta, är det inte, framhålls det, samma garanti för att sådana åtgärder sätts in.

Konkurrensens gynnsamma inverkan bekräftas också av jämförelser, som gjorts mellan offentlig drift med respektive utan konkurrens (dvs. jämförelser mellan ruta B och D). Ashworth & Forsyth (1984) har jämfört effektiviteten hos olika flygföretag. De fann att det statligt ägda Air Canada var det mest effektiva i deras urval. Det likaså statligt ägda British Airways befanns däremot ha låg effektivitet. Enligt de båda forskarna förklaras skillnaden i effektivitet av att Air Canada verkar på den nordamerikanska marknaden, som är starkt konkurrensutsatt, medan British Airways arbetar på en starkt reglerad marknad. Låg effektivitet synes därför vara ett resultat av den omgivning, som företaget arbetar i, snarare än av vem som äger företaget (Kay & Thompson, 1985).

En studie av Primeaux (1977), som gällde kommunala elverk i USA, pekar i samma riktning. I 49 amerikanska städer är det kommunala elverket utsatt för konkurrens från andra elverk, huvudsakligen privata. I vissa av dessa städer kan konsumenterna dessutom när som helst övergå från det ena elverket till det andra. I andra av dessa städer kan nya konsumenter i stället fritt välja vilket elverk de vill ansluta sig till. Sedan de valt är de bundna. Primeaux jämförde kostnaden hos dessa kommunala elverk med motsvarande kostnader hos kommunala elverk, som har monopol inom kommunen. De jämförda elverken köpte in elkraft från samma kraftställe och verkade i kommuner av samma storlek. Primeaux tog även hänsyn till skillnader i försäljningsnivå, kapacitet, bränslekostnad, elkonsumentens storlek och det geografiska områdets egenskaper. Efter standardisering för sådana faktorer påvisades kostnaden vara signifikant lägre i de kommuner, där elverken var utsatta för konkurrens. Enligt Primeaux blev dessa elverk mer kostnadsmedvetna, vilket mer än väl uppvägde den extra överkapacitetskostnaden av att ha två

elverk i en och samma kommun (Millward & Parker, 1983).

En annan jämförelse, som gällt offentlig produktion med respektive utan konkurrens, redovisas av Mehay & Gonzalez (1985). I Kalifornien har kommunala myndigheter möjlighet att köpa service från regionala kommuner i stället för att producera själv. Av de 53 regionala kommuner som jämfördes tillhandahöll 15 en väsentlig del av sin service på kontraktbasis för andra kommuner. Dessa regionala kommuner måste kunna producera denna service till en kostnad, som är lägre än vad den egna kommunen kan göra. De regionala kommuner, som till väsentlig del producerar på kontrakt, påvisades ha 20 % lägre kostnad för sin service (polisväsen och trafikövervakning) än de regionala kommuner, som inte gjorde det.

Vad händer om anbudskonkurrens införs?

Är det någon skillnad i effektivitet mellan enheter, som är utsatta för olika grad av konkurrens? Det är den frågan, som ovannämnda jämförelser söker ge svar på. För att isolera effekterna av konkurrens kan man alternativt ställa sig följande fråga: Hur påverkas den kommunala förvaltningens effektivitet om anbudskonkurrens införs? Enligt Millward & Parker (1983) visar de flesta studier att sådan konkurrens för med sig lägre kostnader. I en genomgång av erfarenheter från USA drar Hatry (1983) samma slutsats. I de få fall, som visar motsatt resultat, har det, framhåller han, troligtvis inte förelegat någon verklig konkurrens. Under 1980-talet har det främst i Storbritannien genomförts en rad utvärderingar som bekräftar vad som tidigare påvisats.

Enligt en engelsk studie från år 1983 hade var sjätte kommun prövat anbudskonkurrens, huvudsakligen inom områdena renhållning, sophämtning, städning och fastighetsförvaltning. Det var främst konservativt styrda kommuner, som gjort det. Vid oförändrad kvalitet hade besparingar på i medeltal 20 % uppnåtts, oavsett om anbudet vunnits av den privata eller den kommunala anbudsgivaren. Bakom besparingarna låg färre anställda, fler deltidsanställda, lägre frånvaro, bättre organisation, mer och modernare kapitalutrustning, lägre löner eller sämre förmå-

ner. I de fall, som löner eller förmåner reducerats, hade främst de lägst avlönade drabbats (Hartley & Huby, 1985, Hartley, 1987, Audit Commission, 1989).

För städning, tvätt och matlagning är hälso- och sjukvården i Storbritannien sedan år 1983 ålagda att tillämpa anbudskonkurrens.

I mars 1989 hade praktiskt taget all städning och tvätt varit föremål för sådan konkurrens. Detsamma gällde 3/4 av all matlagning inom hälso- och sjukvården (Harrison, 1989). År 1986 genomfördes en utvärdering av 670 fall med anbudskonkurrens om denna kringsservice. I 80 % av dessa fall vanns anbudet av den offentliga enheten. I medeltal uppgick besparingarna till 20–25 % (Hartley, 1987, Key, 1988). Dessa resultat bekräftas av andra studier:

- I en studie vid universitetet i York riktade man sig till alla kommuner och sjukvårdsmyndigheter i England. För att få garanti för att lika jämfördes med lika studerade man anbudsfall, där en viss kvantitet service skulle tillhandahållas till samma kvalitet som tidigare. Sammanlagt utvärderades 57 sådana fall. Av dem hade 70 % vunnits av den offentliga enheten. Vid oförändrad servicekvalitet uppgick den genomsnittliga besparingen till 26 % (Hartley & Huby, 1985).
- En annan studie från Storbritannien har visat att införandet av anbudskonkurrens kan chocka den kommunala enheten till ökad produktivitet, ledande till årliga besparingar på 20 % (Hartley, 1987, jfr Domberger m.fl., 1987).

Dessutom har den statliga myndigheten för förvaltningsrevision av kommunerna i England och Wales undersökt tre områden (sophämtning, fordons- respektive byggnadsunderhåll), inom vilka anbudskonkurrens förekommer. Inom vart och ett av dessa tre områden är det entydiga bevis för:

- att kostnaderna för skattebetalarna är högre om det inte förekommer någon anbudskonkurrens. Den genomsnittliga kommunala enheten har därigenom en högre kostnad än vad som är fallet för den genomsnittliga privata enheten
- att de mest konkurrenskraftiga kommunala enheterna har en kostnad, som är lägre än den genomsnittliga privata anbudsgivarens

- att besparingar på 20 % kan uppnås om alla kommuner reducerar sina kostnader till den nivå, som den mest framgångsrika fjärdedelen av kommunerna har
- att privat drift med andra ord inte är nödvändig för att uppnå effektivitet. Däremot kan hot om privat drift (dvs. anbudskonkurrens) vara det (Audit Commission, 1984, 1987, 1989).

Även utvärderingar i Skottland visar att de kommunala enheterna i hög grad vunnit den anbudskonkurrens, som introducerats. Enligt Alexander (1990) har denna framgång för de kommunala enheterna inte varit oväntad. För det första har de en konkurrensfördel i att vara förtroagna med den kommunala servicen. För det andra har många privata företag, som haft för avsikt att inträda på marknaden på ett senare stadium, deltagit mer som observatörer än som seriösa medtävlare. Att de kommunala enheterna hittills vunnit större delen av anbuderna får därför rimligtvis inte tolkas som ett uttryck för att kommunal drift, som utsätts för konkurrens, är effektivare än privat drift. Anbudskonkurrens för inte bara med sig besparingar utan även vissa kostnader. För en kommun, som börjar med anbudskonkurrens, uppkommer engångskostnader på 4–6 % av anbudssumman. För att ta in anbud och övervaka den vinnande anbudsgivarens skötsel av verksamheten blir det dessutom återkommande kostnader på i genomsnitt 4 % av anbudssumman. I de allra minsta kommunerna är det risk för att dessa administrativa kostnader överstiger de besparingar, som anbudskonkurrens kan föra med sig. I regel synes kostnaderna emellertid vara betydligt mindre än besparingarna. Av det skälet kan anbudskonkurrens vanligtvis förväntas leda till en nettobesparing på 5–25 % (Audit commission, 1987, 1989).

Förutom nettobesparingar har anbudskonkurrens även påvisats föra med sig bestående effekter på den kommunala organisationen. Processen med att specificera krav på prestationer, kvalitet och resultat har åtföljts av viktiga förändringar i attityder och arbetssätt. I synnerhet har konkurrensen påskyndat den process, genom vilka medborgarna inte längre ses som passiva mottagare av service utan som aktiva konsumenter. Frånsett en ökad mål- och kundorientering har det dessutom blivit ett större behov än tidigare av att ha en koppling mellan lön och produktivitet. Där-

för har det också genomförts experiment med prestationsbaserade löner och mer flexibla anbudskontrakt. För att snabbare kunna införa ny teknologi har det dessutom lämnats större frihet från kapitalrestriktioner för konkurrensutsatta enheter i kommunerna. De omfattande förändringar som genomförts begränsar sig inte enbart till de kommunala enheter, som direkt berörs av anbudskonkurrensen. Indirekt synes organisationskulturen ha förändrats i angränsande kommunala enheter. Det gäller även när den kommunala enheten vunnit anbudet. Dess relationer med den övriga kommunala organisationen tycks ha styrts alltmer av det faktum att kontraktet skall fullföljas än av de traditionella styrformerna i kommunen. I konsekvens med detta tenderar den konkurrensutsatta kommunala enheten att sätta press på interna serviceproducenter (t.ex. dataavdelningar, jurister) att visa att de kostnader de påför är berättigade i förhållande till den service de tillhandahåller (Beeton m.fl., 1988, Bailey & Trinder, 1989, Alexander, 1990, Stoker, 1990). En annan bestående förändring synes inträffa för de kommunala enheter, som i anbudsprocessen fungerar som beställare av service. Genom att dessa enheter frikopplas från de dagliga problemen med att tillhandahålla service, kan de ägna större uppmärksamhet än tidigare åt att ifrågasätta om servicen svarar mot medborgarnas behov (Audit Commission, 1988).

Vilket utrymme finns det för en ökad anbudskonkurrens?

Som en konsekvens av de goda erfarenheterna är kommunerna i Storbritannien ålagda att från och med år 1989 tillämpa anbudskonkurrens inom följande sex områden: gaturenhållning, sophämtning, städning, matlagning, fordonsunderhåll samt skötsel av parker och idrottsplatser (Harrison, 1989). Syftet med att introducera anbudskonkurrens är att uppnå lägre kostnader och priser vid oförändrad kvalitet, inte att ersätta offentlig produktion med privat sådan. En privatisering är för övrigt inte heller någon garanti för att det uppstår konkurrens (Audit Commission, 1987).

Enligt Hartley (1987) finns det stora möjligheter att experimentera med anbudskonkurrens på olika nivåer inom den offentliga sektorn. Om sådan konkurrens istället begränsas till den service (t.ex. städning, matlagning), som produceras av främst lågutbildade, kommer besparingarna i form av t.ex. färre anställda att uppnås på bekostnad av uteslutande de lägst avlönade i samhället. Ineffektivitet hos professionella grupper (t.ex. administratörer, läkare, forskare) kommer i så fall inte att beröras (Hartley, 1987).

Även inom den kommunala sektorn i Sverige tycks det föreligga ett förhållandevis stort utrymme för att införa mer anbudskonkurrens. Som exempel visar en aktuell kartläggning att ingen anbudskonkurrens alls förekommer hos 15 av de 24 landstingen. Enbart i ett landsting är det ofta förekommande (von Otter m.fl., 1989).

Hur ska anbudskonkurrens läggas upp för att få avsedd effekt?

För att anbudskonkurrens ska ha avsedd effekt får man inte ha för bråttom när den ska tillämpas. Som framhålls i flera av de gjorda utvärderingarna måste man i förväg tänka igenom och noggrant förbereda anbudskonkurrensens uppläggning, genomförande och uppföljning. Med ledning av utvärderingarna är det även möjligt att rikta några råd till den som överväger att tillämpa anbudskonkurrens:

- För att det skall kunna bli fråga om en äkta konkurrens bör det helst vara minst 5–6 anbudsgivare.
- För att få till stånd en effektiv konkurrens mellan anbudsgivarna måste det finnas möjlighet för nya företag att inträda på marknaden. Saknas den möjligheten finns det risk för kartellbildning eller andra överenskommelser mellan anbudsgivarna. I så fall kan resultatet bli att ett offentligt monopol ersätts av ett privat. Genom att i ökad utsträckning ha öppen konkurrens kan man uppmuntra nya företag att träda in på marknaden. Dessutom bör företag, som inte tillhör lokala branschföreningar, inbjudas att komma med anbud. Genom att ha

återkommande anbudskonkurrens (t.ex. vart tredje år) förebygger man vidare uppkomst av permanenta monopol (Hartley & Huby, 1985, Hartley, 1987, Audit Commission, 1987).

- För att hindra anbudsgivare att göra upp inbördes bör ingivna anbud annonseras eller på annat sätt publiceras offentligt.
- I förväg bör det uttryckligen klargöras att antaget anbud under inga omständigheter kommer att kunna omförhandlas under den löpande kontraktperioden. Därmed kan man förhindra att anbudsgivare agerar taktiskt och ger ett lågt anbud i hopp om att vinna och längre fram begära omförhandlingar i syfte att höja anbudet.
- Kontraktstiden bör inte vara för lång, högst tre år. I annat fall är det risk för att den, som får kontraktet, känner sig trygg och säker.
- Om en kommunal serviceenhet i sin helhet övergår i privat drift, kommer kommunen kanske inte längre att kunna vara med som medtävlare. I så fall ökar risken för att ett kommunalt monopol övergår i ett privat sådant. För att minska den risken kan det vara önskvärt att kommunen bibehåller en del av sin interna kapacitet. Därigenom skapar man också förutsättningar för att den privata anbudsgivaren förblir konkurrenskraftig.
- Innan anbud begärs in, måste man noggrant precisera hur servicenivå och kvalitet ska mätas. Beträffande t.ex. gräsklippning anger servicenivån hur ofta gräsmattan ska klippas och servicekvaliteten hur väl uppgiften utförs. Som mått på kvaliteten kan man exempelvis använda frekvens av klagomål eller andelen nöjda kunder.
- Anbud bör avges för olika servicenivåer eller kvalitetsnivåer. På så sätt blir det möjligt att för kommunen att ta ställning till om den nuvarande servicen eller kvaliteten ska behållas, höjas eller sänkas.
- För att garantera att förväntad nettobesparing uppnås måste man löpande följa upp hur kontraktet efterlevs. Oavsett vilket anbud som vinner bör kontraktet innefatta klausuler om sanktioner i händelse att servicenivån eller kvaliteten blir lägre än vad som överenskommit. Som exempel kan ersättningen reduceras efter en i förväg bestämd skala om anbudsgivaren inte håller vad som lovats (jfr. Beeton m.fl., 1988).

- Det är viktigt att i förväg klargöra hur de förväntade nettosparingarna ska användas. Som exempel bör syftet inom hälso- och sjukvården vara att förbättra vården och inte att gynna etablerade producentgrupper, t.ex. läkare, administratörer (Hartley & Huby, 1985, Hartley, 1987, Audit Commission, 1987).

Risk för negativa bieffekter av konkurrens inom sjukvården

Sjukvård skiljer sig i ett väsentligt avseende från annan kommunal service. Vad gäller t.ex. sophämtning och barnomsorg är konsumenten tämligen välinformerad: han vet sina behov och kan någorlunda bedöma vilken typ av service, som bäst svarar mot hans behov. Sjukvårdskonsumenten befinner sig däremot i ett underläge i förhållande till producenten (t.ex. läkaren). Konsumenten har svårt att bedöma vilka vårdbehov han har och vilken behandling eller vård som krävs. Eftersom sjukvården helt eller i hög grad finansieras via skatt eller försäkring (dvs. gratis eller till starkt subventionerade priser), är konsumenten inte heller nämnvärt priskänslig. Av båda dessa skäl kan införandet av konkurrens inom sjukvården föra med sig negativa bieffekter. Beroende på hur sjukvårdsproducenterna betalas kan, enligt gjorda utvärderingar, dessa bieffekter vara av helt olika slag (se t.ex. Robinson, 1990).

Om betalning utgår efter hur mycket och vilken behandling eller vård som ges, kan det föreligga risk för att producenterna ges ekonomiska incitament:

- att konkurrera med kvalitet snarare än pris. För att kunna dra till sig patienter kan varje producent ha intresse av att erbjuda behandling och vård av allt högre kvalitet. Konkurrensen för i så fall med sig högre snarare än lägre vårdkostnader
- att vidta fler åtgärder per patient än vad som är medicinskt befogat
- att välja den för producenten mest lönsamma behandlingen snarare än den, som på rent mediciska grunder är att föredra

- att klassificera behandlingen i en mer kostnadskrävande komplikationsklass än vad som är medicinskt motiverat (s.k. överdebitering).

Denna risk för överkonsumtion av vård föreligger oavsett om producenten får betalt efter sina verkliga kostnader eller efter en i förväg bestämd, fast ersättning per typ av behandling. Risken ifråga kan däremot reduceras om producenten får en fast ersättning per diagnos snarare än per behandling. Vid ett sådant betalningssätt kvarstår dock risken för s.k. överdebitering.

Alternativt kan producenten få en fast ersättning per individ i vårdpopulationen. I gengäld åtar sig producenten att tillhandahålla all nödvändig sjukvård för denna population under den överenskomna kontraktperioden. Vid en sådan betalningsform finns det i stället risk för att producenten ges incitament:

- att ägna sig främst åt låg-risk-patienter på bekostnad av storkonsumenter av sjukvård
- att ge patienten mindre behandling och vård än vad som är medicinskt motiverat
- att reducera behandlingens eller vårdens kvalitet.

Beroende på hur producenten ersätts kan konkurrens alltså föra med sig risker för såväl över- som underkonsumtion av sjukvård. För att minska dessa risker bör det i sjukvårdsproducentens kontrakt uttryckligen klargöras att verksamheten kommer att följas upp i en rad angivna avseenden: sammansättningen av patienter, diagnoser respektive åtgärder, diagnosernas respektive åtgärdernas fördelning på olika komplikationsnivåer, antalet åtgärder per patient, behandlingens eller vårdens resultat kvalitet (t.ex. andelen botade, andelen komplikationer, andelen nöjda patienter). I förebyggande syfte kan missnöjda patienter dessutom ges rätt att byta sjukvårdsproducent.

Sammanfattning

Hur kan den kommunala förvaltningen göras effektivare? Den s.k. Public Choice-skolan rekommenderar för sin del konkurrens mellan privata och kommunala producenter om vem som ska få tillhandahålla en viss typ av service. Under årens lopp har det genomförts en lång rad vetenskapliga utvärderingar av privat visavi offentlig drift. I regel visar de att privat drift med konkurrens är mer kostnadseffektiv än offentlig drift utan konkurrens. De gjorda utvärderingarna tyder samtidigt på att det är konkurrensen, snarare än vem som äger företaget, som främjar effektivitet. På en marknad med konkurrens är det dessutom svårare för ineffektiva företag att överleva än om konkurrens saknas. Av det skälet synes marknadskrafterna vara effektiva på att slå ut illa skötta företag i den privata sektorn jämfört med vad som är fallet i den offentliga sektorn, som i regel inte är utsatt för konkurrens.

Konkurrensens gynnsamma inverkan bekräftas också av de utvärderingar, som gjorts av att införa anbudskonkurrens inom kommunal förvaltning. De visar även att hot om privatisering inte behöver leda till privat drift. Enligt erfarenheterna från Storbritannien har anbuderna nämligen i mycket hög grad vunnits av de kommunala anbudsgivarna. Vid oförändrad kvalitet har vidare nettobesparingar på 5–25 % uppnåtts. Anbudskonkurrensen har dessutom fört med sig positiva effekter på den kommunala organisationen. Förutom en ökad mål- och kundorientering har antalet experiment med prestationsbaserade löner ökat.

I Sverige, liksom i Storbritannien, synes det finnas stort utrymme för ökad anbudskonkurrens. För att den ska få avsedd effekt får kommunen inte ha för bråttom. I stället måste man noggrant förbereda anbudskonkurrensens uppläggning, genomförande och uppföljning. Det gäller inte minst anbudskonkurrens inom sjukvården. Beroende på hur de konkurrensutsatta producenterna betalas, föreligger det nämligen risk för över- eller underkonsumtion av sjukvård. Genom att i förväg uttryckligen klargöra att producentens verksamhet kommer att följas upp i en rad angivna avseenden, kan dessa risker dock i hög grad reduceras.

Referenser

- Ahlbrandt, R., *Efficiency in the provision of fire services*, Public Choice 16:1–15, 1973.
- Alexander, A., *Local services in Scotland*. Ingår i Jackson, P. Terry, F., Public Domain. The Public Services Yearbook, Public Finance Foundation, London, 1990.
- Ashworth, M. H. & Forsyth, P. J., *Civil aviation policy, and the privatisation of British Airways*, IFS Report Series 12, Institute of Fiscal Studies, London, 1984.
- Audit Commission, *Securing further improvements in providing refuse collection*, HMSO, London, 1984.
- Audit Commission, *Competitiveness and contracting out of local authorities services*, Occasional Papers no. 3, HMSO, London, 1987.
- Audit Commission, *Competitive management of parks and green spaces*, Review, HMSO, London, 1988.
- Audit Commission, *Preparing for compulsory competition*, Occasional Papers no. 7, HMSO, London, 1989.
- Bailey, E.E., *Price and productivity changes following deregulation*, The US experiences, Economic Journal, March 1986.
- Bailey, R. & Trinder, C., *Public service pay over two decades*, Public Finance Foundation, Discussion Papers 25, London, 1989.
- Beesley, M. & Littlechild, S., *Privatization: principles, problems and priorities*. Ingår i Johnson, C (ed.), *Privatisation and ownership*, Lloyds Bank Annual Review, volume I, Pinter Publishers, London och New York, 1988.
- Beeton, D., Macrae, G. & Jackson, P., *New ways of providing public services*, Public Finance Foundation, London, 1988.
- Bishop, M. & Kay, J., *Does privatization work? Lessons from U.K.*, London Business School; London, 1988.
- Borcherding, T.E., Burnaby, B.C., Pommerehne, W.W. & Schneider, F., *Comparing the efficiency of privat and public production: the evidence from five countries*, Journal of Economics, 127–156, 1982.
- Caves, D.W. & Christensen, L.R., *The relative efficiency of public and private firms in a competitive environment: the case of Canadian railroads*, Journal of Political Economy, 88:958–76, 1980.
- Davies, D.G., *The efficiency of public versus private firms: the case of Australia's two airlines*, Journal of Law and Economics, 14:149–165, 1971.
- Domberger, S., Meadowcroft, S.A. & Thompson, D.P., *Competitive tendering and efficiency: the case of refuse collection*, Fiscal Studies, vol. 7, no. 4, 1986.
- Domberger, S., Meadowcroft, S.A. & Thompson, D.P., *The impact of competitive tendering on the costs of hospital domestic services*, Fiscal Studies, vol. 8, no. 4, 1987.
- Harrison, A.J., *The control of public expenditure 1979–1989*, Policy Journals, Transaction books, New Brunswick och Oxford, 1989.

- Hartley, K. & Huby, M., *Contracting-out in health and local authorities: prospects, progress and pitfalls*, Public Money, September, London, 1985.
- Hartley, K., *Competitive tendering*. Ingår i Jackson, P. & Terry, F., Public domain 1987. A yearbook for the public sector. Public Finance Foundation, London, 1987.
- Hatry, H.P., *Privatisation: analysing its appeal and limitations*, Fiscal Studies, vol. 5, no. 1, 1984.
- Kay, J.A. & Thompson, D.J., *Privatisation: a policy in search of rationale*, Working Paper 69, The Institute for Fiscal Studies, London, 1985.
- Key, T., *Contracting out ancillary services*. Ingår i Maxwell, R. (ed.), Reshaping the National Health Service, Policy Journals, Transaction Books, New Brunswick och Oxford, 1988.
- Knapp, M., *The economics of social care*, MacMillan, London, 1984.
- McDavid, J.C., *The Canadian experience with privatising residential solid waste collection services*, Public Administration Review, September/October, 1985.
- Mehay, S.L., & Gonzalez, R.A., *Economic incentives under contract supply of local government services*, Public Choice, 46:79–86, 1985.
- Millward, R. & Parker, D.M., *Public and private enterprise: comparative behaviour and relative efficiency*. Ingår i Millward, R., Oarker, D., Rosenthal, L., Sumner, M.T. & Topham, N., Public Sector Economics, Longman, London och New York, 1983.
- Niskanen, W.A., *Bureaucracy and representative government*, Aldine-Altherton, Chicago, 1971.
- von Otter, C., Saltman, R. & Joelsson, L., *Valmöjligheter, konkurrens, entreprenader inom landstingens sjukvård*, Arbetslivscentrum, Stockholm, 1989.
- Pommerehne, W.W., *Private versus öffentliche Müllabfuhr; Ein theoretischer und empirischer Vergleich*, Finanzarchiv 35:272–294, 1976.
- Primeaux, W.J., *An assessment of X-efficiency gained through competition*, Review of Economics and Statistics, 1977.
- Robinson, R., *Competition and Health care. A comparative analysis of UK plans and US experience*, King's Fund Institute, Research report no 6, London, 1990.
- Savas, E.S., a, *Policy analysis for local government: public vs private refuse collection*, Policy Analysis 3:49–74, 1977.
- Savas, E.S., b, *An empirical study of competition in municipal service delivery*, Public Administration Review 37:717–724, 1977.
- Stoker, G., *Local government*, Ingår i Jackson, P. & Terry, F., Public domain. The Public Services Yearbook 1990. Public Finance Foundation, London, 1990.
- Vickers J. & Yarrow, G., *Privatization: an economic analysis*, The MIT Press, Cambridge, Mass. och London, 1988.

2. *Den tredje vägen – Internna marknader*

Lennart Hansson

Verksamhet i offentlig-regi ifrågasatt

I kommunerna, liksom inom hela den offentliga sektorn, har det under senare år varit möjligt att spåra ett allt större intresse för nya organisationsformer och för nya planerings- och styrsystem kopplade till dessa. Åtminstone i debatten har också lösningar som bara för några år sedan var omöjliga att ens nämna blivit rumsrena. I socialdemokraternas 90-tals program diskuteras och framhävs t.ex. fördelarna med olika marknadslösningar. Målstyrning, decentralisering och utvärdering är honnörord.

Det stora intresset för nya organisatoriska och administrativa former är förmodligen till stor del en följd av den press kommunerna satts under sedan mitten av 70-talet. Från att under en lång tidsperiod befunnit sig i en rik resursmiljö har man hamnat i en nyfattig situation (Leijon m.fl., 1984). En situation där resurserna inte räcker för alla de krav och ambitioner som verksamheten utsätts för. Successivt under 80-talet har också kommunernas finansiella läge försämrats. De prognoser man idag kan göra pekar också på en fortsatt förvärrad finansiell situation (Kommunerna på 90-talet, 1990).

Resursbrist kan vanligtvis under en inledande period hanteras med hjälp av besparingar och smärre omprioriteringar. När resursbristen blir långvarig måste andra och mer genomgripande förändringar vidtagas. Det är då naturligt att intresset vänds mot organisatoriska och administrativa former och de möjligheter som förändringar av dessa ger till effektiviseringar.

Intresset är förmodligen också en följd av den kritik kommunerna utsatts för. Inte minst Kommunförbundet har i olika sam-

manhang kritiserat kommunernas myndighetskultur och pläderat för en ökad marknadsorientering i meningen både ökat politikerinflytande och ökat brukarinflytande. Från olika grupper av marknadsekonomer har också grundläggande kritik riktats mot verksamhet bedriven i offentlig regi. Med utgångspunkt från den s.k. Public Choice-skolan har t.ex. hävdats att frånvaron av konkurrens inom den offentliga förvaltningen medför att organisationerna har låg produktivitet.

För att ta itu med dessa problem är man tvingad att finna nya former för verksamheten. Det är också viktigt att visa omgivningen att man tar itu med problemen. Denna legitimitetsaspekt är central. Att problem inte alltid bemöts med handling i de svenska kommunerna illustreras mycket tydligt i en studie av hur kommunerna bemötte 70-talets resurskris. Det pratades mycket men få reella förändringar genomfördes (Rombach, 1986).

Idag verkar läget vara ett annat än vad det var på 70-talet. Åtminstone pågår runt om i landet en uppsjö av förändringsarbeten och organisationsexperiment där nya former av kommunalorganisation testas. Det är ännu för tidigt att uttala sig kategoriskt om dessa test. Låt oss emellertid se närmare på dem och de idéer dessa bygger på.

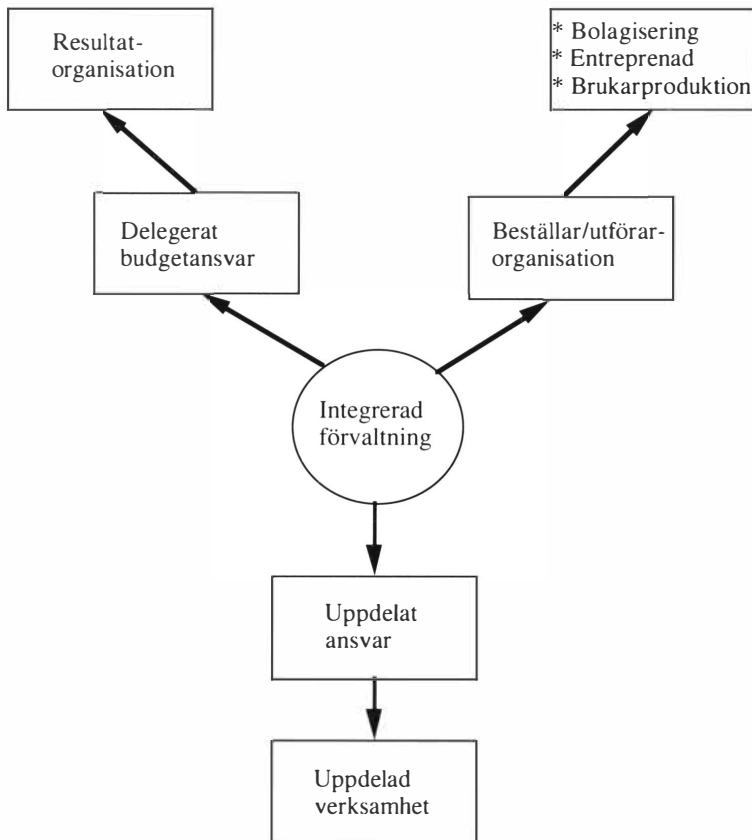
Nya utvecklingstendenser

Kommunerna är av tradition sektoriellt organiserade (Strömberg & Norell, 1982 och Gidlund, 1986). Med utgångspunkt från olika verksamhetsgrenar har den kommunala organisationen delats upp på ett antal sektorer, vanligen benämnda kontor eller förvaltningar. I linje med den sektoriella modellen har också *det odelade ansvarets princip* varit starkt dominerande. Enligt denna princip skall allt beställaransvar för en verksamhetsgren vara samlat till en organisation. Då kommunerna dessutom vanligen valt att bygga upp egna produktionsresurser har följden blivit att verksamheten bedrivits i en integrerad förvaltningsform. Det är denna integrerade förvaltningsform som börjat ifrågasättas i olika former.

Att sammanfatta den flora av organisationsförändringar som

är på gång är inte enkelt. I figuren nedan gör vi ett försök att åtminstone fånga in huvuddragen i de förändringsriktningar som idag övervägs och diskuteras.

FIGUR 1. Några förändringsriktningar.



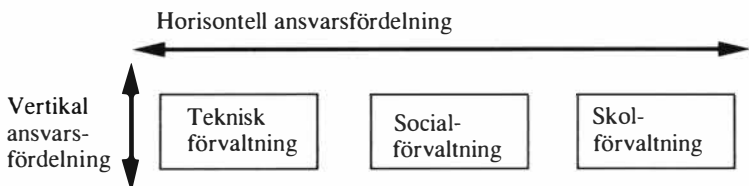
En av de mest diskuterade organisationsförändringarna är decentralisering, dvs. ett överförande av ansvar och befogenheter nedåt inom en organisation (se t.ex. Czarniawska-Joerges, 1988). Decentraliseringen kan drivas olika långt. Vanligen har den avgränsats till att enbart omfatta ett *delegerat budgetansvar*. Inom inte minst tekniska förvaltningar har man även gjort försök som inne-

bär att ansvaret lokalt inte enbart avgränsar sig till att hålla en kostnadsnivå utan även omfattar ett aktivt ansvar för verksamhetens inriktning och resultat, dvs. en *resultatorganisation* (se t.ex. Mot en decentraliserad teknisk förvaltning, 1989).

Ofta har man i samband med decentralisering även ändrat de administrativa systemen. Ett allt större intresse har t.ex. ägnats målstyrning och olika former av ekonomiska belöningsystem.

Decentralisering innebär att den vertikala ansvars- och befogenhetsfördelningen ändras, dvs. befattningshavare på lägre hierarkiska nivåer får ökat inflytande. Även förändringar av fördelningen mellan olika sektorer eller förvaltningar, dvs. den horisontella ansvarsfördelningen, har diskuterats.

FIGUR 2. Horisontell och vertikal ansvarsfördelning inom tjänstemannaorganisationen.



Det mest diskuterade exemplet på förändrad horisontell ansvarsfördelning avser den s.k. kommundelsnämndorganisationen (kdn). Kdn innebär att ansvaret för en verksamhet delas upp geografiskt (se t.ex. Kolam 1987). Vid kdn utgörs principen för avdelningsindelning inte av enskilda verksamhetsgrenar utan av geografiska områden. Organisationsprincipen kan renodlas olika långt. Hittills har flertalet av de genomförda kdn-försöken enbart omfattat ett *uppdelat ansvar*, dvs. beställaransvaret har lagts ut på kdn medan stora delar av produktionsfunktionerna bibehållits i traditionella kommunövergripande fackförvaltningar. I några av de senaste genomförda kdn-reformerna (bl.a. Södertälje, Uppsala och Järfälla) har man emellertid gått längre. Här arbetar man med en helt *uppdelad verksamhet*, dvs. även produktionsfunktionerna har delats upp på olika kdn.

Nu är kdn enbart ett exempel av flera på möjliga förändringar av den horisontella ansvarsfördelningen. En annan möjlighet

som diskuterats är att bibehålla en sektorsorganisation men att omfördela och omdefiniera verksamhetsgrenarna. Ett sådant exempel skulle vara att göra en sektorsindelning efter olika målgrupper t.ex. efter olika åldersgrupper (Stewart, 1988). Det vanligaste exemplet på förändringar av den horisontella ansvarsfördelningen är emellertid när man delar in sina olika verksamheter i kärn- respektive stödverksamheter och placerar beställaransvaret för stödverksamheter på kärnverksamheter. Exempel på verksamheter som ofta klassificeras som stödjande är datatjänster, lokaler och administrativa tjänster.

Decentralisering med eller utan målstyrning, explicita belöningsystem liksom omfördelning av uppgifter mellan kommunala organ kan ses som försök att möta krav på förändring genom utveckling av den traditionella organisationsformen inom ramen för ett bibehållet kommunalt huvudmannaskap. I många fall nöjer man sig emellertid inte med detta utan väljer att även se över och ifrågasätta den kommunala organisationens roll. Skall kommunerna fortsätta att erbjuda de nyttigheter man av tradition erbjudit? Skall kommunerna engagera sig i produktion eller enbart fungera som kravställare och beställare?

I slutet av 80-talet har intresset bl.a. riktats mot de möjligheter en ökad *brukarproduktion* kan erbjuda (se t.ex. SOU 1985:28). Framförallt har detta intresse riktats mot fritidssektorn där idrottsklubbar och föreningar av tradition varit nära inblandade i den kommunala produktionsprocessen. Men även inom den sociala sektorn har man börjat intressera sig för möjligheterna som ligger i att öka brukarnas medverkan i produktionen. Bl.a. delar av barnomsorgen drivs idag i former där föräldrar har en central produktionsroll.

Under 70- och 80-talen har möjligheterna och fördelarna med ökad privatisering varit i centrum för debatten. Med privatisering har då vanligen avsetts att privatägda företag övertar uppgifter som ombesörjs av kommunala organisationer (se Larsen, 1983 och Svensson, 1985). Privatisering i dess mest renodlade former har åtminstone ännu inte fått något större genomslag i praktiken (Offentliga sektorn, 1990). Den form av privatisering som främst fått en tillämpning i praktiken är *entreprenad* dvs. att produktion köps upp från externa producenter men att finansierings-, beställar- och kontrollfunktionerna behålles i kommunal

regi. Men inte heller denna form är av någon avgörande storlek. Enligt de uppskattningar som finns tillgängliga ligger entreprenadandelen inom primärkommunerna i storleksordningen 10%. (Egen regi eller entreprenad i kommunal verksamhet, 1987.) Även om andelen av allt att döma ökat i slutet av 80-talet bedrivs fortfarande den helt övervägande delen av verksamheten i egen regi.

Även om verksamheten bibehålls i egen regi behöver inte nödvändigtvis den traditionella rollfördelningen behållas. Ett alternativ som diskuteras allt mer är att överföra de kommunala produktionsresurserna till *aktiebolagsform*. Framför allt har detta diskuterats inom det tekniska verksamhetsområdet (se t.ex. Kommunala företag, 1987). I t.ex. England har en bolagsliknande form också blivit ett vanligt sätt att möta ökade krav på s.k. Compulsory competitive tendering (se t.ex. Walsh, 1988). Ett alternativ till bolagisering och entreprenad som väckt allt större intresse är den s.k. *beställar/utförar-modellen* (Andersson & Hansson, 1989b).

Benämningen syftar på den integrerade förvaltningens båda huvuduppgifter:

- Beställaruppgiften: tolka politiska och samhälleliga intentioner, besluta om organisationens verksamhetsinriktning, upphandla och övervaka produktion.
- Utföraruppgiften: Utveckla tjänster och metoder samt utföra produktion.

Grundtanken i en B/U-modell är att det finns fördelar med att separera ansvaret för de båda huvuduppgifterna. Separata organisatoriska enheter skall tilldelas uppgifterna. Den beställande enheten får ett ansvar för *vilken* verksamhet som bedrivs. Den utförande enheten får ett ansvar för *hur* verksamheten bedrivs. En grundläggande idé i modellen är också att beställarenheten engageras i styrningen av utförarenheten. Detta uppnås genom att en affärsliknande relation skapas mellan beställar- och utförarenheter.

Interna lösningar bygger på marknadslösningar

Genomgången av olika organisationsalternativ gör inte anspråk på att fullständigt täcka in alla de former av förändringar som diskuteras eller är möjliga. Genom diskussionen har vi enbart velat lyfta fram några huvuddrag i de förändringar som idag diskuteras.

Även om den inte är fullständig visar genomgången att det finns en flora av alternativ. Vi har då enbart diskuterat organisationsformen. Även när det gäller styr- och planeringssystemet sker idag intressanta förändringar. Målstyrning, belöningssystem och återkommande prestationsjämförelser är bara några exempel på företeelser som allt mer diskuteras i offentligt förvaltning. Att diskutera offentligt kontra privat är således inte alldeles enkelt då den i offentlig regi bedrivna verksamheten uppenbart kan ikläda sig många olika skepnader. Då det finns en utveckling är det också svårt att basera jämförelser på historiska data.

Nu är det inte primärt skillnader mellan privat och offentligt driven verksamhet vi intresserar oss för. Det vi finner intressant och som vi vill lyfta fram är den framträdande roll som ingredienser som normalt sammankopplas med marknadslösningar har i de lösningar som idag diskuteras. Det är framför allt två marknadsingredienser som kan spåras:

- marknadsorientering
- konkurrens.

Det intressanta är att man försöker förena ett bibehållet kommunalt huvudmannaskap med dessa marknadsinslag.

Marknadsorientering

En central fördel som vanligen tillskrives marknadslösningar är deras förmåga att på ett enkelt sätt få utbud att anpassas till efterfrågan. En bärande idé i en marknadslösning är att kommunens individuella val skall ha ett avgörande inflytande på ett utbuds inriktning och omfattning. I marknadslösningar förverkligas det-

ta genom att produkter och tjänster åsätts ett pris. I en fungerande marknadslösning måste en organisation som vill överleva vara lyhörd för marknadens signaler och snabbt kunna anpassa sitt utbud efter förändringar. Inom den offentliga sektorn finns ingen osynlig hand utan den verksamhet som bedrivs och de produkter och tjänster som erbjudes är ett resultat av politiskt fattade beslut. Den offentliga sektorn kritiseras också ofta för att vara allt för produktionsorienterad och för att vara oförmögen att tillräckligt snabbt anpassa sig efter förändrade behov.

Nu kan naturligtvis giltigheten i denna kritik, liksom det självklara i att marknadslösningar alltid leder till en acceptabel anpassning, ifrågasättas. Det intressanta är emellertid att strävan att skapa organisationer som är mer känsliga för brukarnas efterfrågan utgör ett centralt tema i organisationsförändringarna. Detta försöker man uppnå inom ramen för ett bibehållet offentligt huvudmannaskap.

Det är främst två organisatoriska vägar för att öka lyhördheten som testas i försöken. En väg som testas är att minska avståndet mellan beslutsfattare och brukare. Vid decentralisering överföres vanligen beslutanderätt till lokalt placerade aktörer. Det är t.ex. en central idé att de som befinner sig närmast kunderna också skall ha intresse och möjlighet att påverka valet av lösningar. Även kdn-försöken utgör exempel på försök att minska avståndet mellan beslutsfattare och brukare (se t.ex. Kolam, 1987) för att härigenom förstärka möjligheterna för marknadsanpassning. I dessa försök är det inte primärt tjänstemännen som skall komma närmare brukarna utan politikerna.

En mindre uppmärksammas och prövad väg testas i beställar/utförarmodellen. I denna modell görs försöken att stärka marknadsinflytandet genom att beställningsarbetet inom tjänstemannaorganisationen ges ökat utrymme och status. Denna förstärkning av beställningsarbetet försöker man uppnå på flera olika sätt:

- En speciell beställarfunktion inrättas vilket innebär att beställningsuppgiftens betydelse lyfts fram i förhållande till utföraruppgifter. Det blir så att säga legitimt och viktigt att inom organisationen syssla med beställaruppgifter. Det ges också en möjlighet att skapa en identitet runt beställaruppgiften. Uppgiften blir tydlig och lätt att kommunicera.

- Resurser specialdestineras för beställaruppgiften vilket gör att befattningshavare som helhetssysselsättning kan ägna tid och energi åt beställaruppgiften. Man undviker härmed konkurrens om tid och intresse med utföraruppgiften.
- Beställaren frikopplas från det direkta ansvaret för produktionsapparaten. Frikopplingen ökar möjligheterna för att beställaraspekter får en ökad tyngd vid beslut om produktion. Vid utformningen av en beställning behöver inte lika stor hänsyn tas till argument från utföraren. Beställaren kan alltså ändra i utbudens inriktning utan att behöva ta hänsyn till produktionsapparatens nuvarande inriktning.
- Det sätts press på att befattningshavare verkligen sysslar med beställaruppgifter. Detta genom att befattningshavare enbart kan legitimera sig utifrån beställaruppgiften.

Båda dessa sätt att inom ramen för ett kommunalt huvudmannaskap öka känsligheten för kommuninvånarnas efterfrågan är intressanta och kan vara konkurrenskraftiga alternativ till mer renodlade marknadslösningar. De inomkommunala lösningarna kan visserligen aldrig helt uppnå den direkta marknadsavkänning som en renodlad marknadslösning skulle kunna ge. I en renodlad marknadslösning blir utbudets omfattning och inriktning, åtminstone i idealsituationen, direkt styrt av kommuninvånarnas efterfrågan. Det är emellertid inte självklart att den direkta marknadsavkänning som karakteriserar marknadslösningen är önskvärd. Av fördelningspolitiska skäl kan det t.ex. vara olämpligt att låta betalningsförmågan ensamt styra. Vi har också en demokratimodell som innebär att politiskt valda företrädare skall ha ett avgörande inflytande på den kommunala organisationens utbud.

En indirekt marknadsavkänning står inte i samma konflikt till fördelningspolitiska mål eller politikerinflytande. Detta genom att de indirekta metoderna riktar in sig på och avgränsar sig till att lyfta fram signaler från marknaden. Det är sedan upp till politiker och tjänstemän att avgöra vilka förändringar i utbudet som dessa signaler ger anledning att vidta.

De möjligheter till förstärkning av den kommunala organisationens lyhörddhet för marknadens signaler, med ett bibehållet politikerinflytande, som de båda vägarna potentiellt erbjuder bör

också vara intressanta att exploatera. Även om det slutligen är politiker som utifrån sina mandat skall avgöra utbudets inriktning och omfattning kan det vara viktigt att skapa arrangemang för att förstärka lyhördheten. Signaler uppfångade genom tjänstemannaorganisationen kan vara ett viktigt komplement till politikernas egna kanaler. Från olika studier vet vi också att tjänstemän i praktiken ofta får en betydligt aktivare betydelse för beslut än vad de har enligt den renodlade förvaltningsmodellen (se bl.a. Brunsson & Jönsson, 1979, och Brunsson, 1989). Den dubbelroll som tjänstemannaorganisationen härigenom ofta har (svarar såväl för beslut som genomförande) kan vara problematisk. Bl.a. finns det risk att tjänstemännen lägger alltför stor vikt vid interna organisationsmål på bekostnad av andra för kommuninvånarna mer intressanta mål. Risken är t.ex. uppenbar att en förvaltning enbart i sista hand väljer att genomföra besparingsbeslut som medför att den egna organisationen drabbas (Andersson & Hansson, 1984). Detta är speciellt problematiskt i en stagnerande ekonomi genom att prioriteringsbeslut i denna situation blir allt viktigare. Nya verksamheter kan inte utvecklas om inte redan existerande verksamheter samtidigt avvecklas.

Konkurrens

Förändringarna speglar inte enbart en önskan att ta till sig de fördelar som kan ligga i en ökad marknadsorientering. Ett annat centralt tema i förändringarna är ambitionen att inom ramen för det kommunala huvudmannskapet tillvarata de fördelar som potentiellt ligger i att produktion sker i en konkurrenssituation.

Vid marknadslösningar är en central tanke att produktion skall ske av flera från varandra fristående organisationer som under lika förhållanden konkurrerar om marknads efterfrågan. En central tanke är vidare att konsumenterna fritt kan välja producent. Det fria producentvalet i kombination med mångfalden av producenter skapar förutsättningar för konkurrens mellan olika leverantörer där låg produktionskostnad utgör ett starkt konkurrensmedel. En producent som fått ett uppdrag kan alltså inte slå sig till ro utan lever under ett reellt hot att förlora sitt uppdrag om

han inte är effektiv. Innebörden av hotet är naturligtvis att producenten måste anstränga sig för att behålla ett uppdrag. Även om konsumenten inte gör allvar av leverantörshytet finns hela tiden hotet att producenten kan gå miste om beställningar. Produktionen blir så att säga villkorlig, dvs. uppdrag erhålles (kan bibehållas) under förutsättning av att man är konkurrenskraftig.

Merparten av produktionen inom den offentliga sektorn karakteriseras av att den sker i en monopolställning. Bristen på konkurrens har också lyfts fram som ett grundläggande systemfel i den offentliga verksamhetens organisation. Det är också en allmänt utbredd uppfattning att privata företag är produktivare än offentliga förvaltningar just beroende av skillnaderna i konkurrenssituation. Detta har framgått inte minst i den vulgärdebatt som följt på de s.k. ESO-kostnadsstudierna. Något omfattande empiriskt material som entydigt visar de privata företagens överlägsenhet för jämförbara produkter finns emellertid inte. Däremot indikerar litteraturen att produktion utförd under konkurrens tenderar att ha fördelar jämfört med produktion som sker utan konkurrens.

I de organisationsförändringar som idag pågår har också stort intresse ägnats möjligheterna att tillgodogöra sig de fördelar som marknadslösningar uppnår genom konkurrens.

Den mest uppenbara vägen är naturligtvis att lägga ut verksamhet på entreprenad. Med entreprenad avses att enbart själva produktionen utföres av någon annan än huvudmannens egen organisation. Vid entreprenad omfattar privatiseringen således inte finansierings-, huvudmannaskap- eller kontrollfunktionerna. Dessa uppgifter och det ansvar som följer med dessa ligger oberoende av entreprenad eller egen regi på kommunen (Svensson, 1985, och Larsen, 1983).

För att en entreprenadlösning skall kunna väljas måste det naturligtvis finnas alternativa leverantörer. Observera då att alternativet inte behöver vara ett privatägt företag. Entreprenören kan lika väl utgöras av en annan offentlig organisation eller av ett kooperativ. Vidare måste förvaltningarna (beställarna) ha möjlighet att fritt välja leverantör. Även om det finns intern kapacitet som kan utnyttjas måste förvaltningen således ha tillåtelse att välja ett externt alternativ. I detta ligger också att ansvariga politiker måste acceptera att egen-regi-organisationer avvecklas eller

att man har en dubbelkostnad för produktionen. Naturligtvis är det enklast att utnyttja entreprenad i en tillväxtsituation då valet av extern leverantör i denna situation inte förutsätter att den egna organisationen avvecklas (Hansson m.fl., 1988). I den situation den offentliga sektorn befinner sig i idag är det för flertalet verksamheter mest troligt att ett entreprenadutnyttjande måste ske på bekostnad av egen-regi.

Förutom att göra leverantörsvalet fritt kan utnyttjandet av alternativa leverantörer uppmuntras på olika sätt. I England har man t.ex. genom lagstiftning tvingat kommunerna att begära in anbud på produktion inom vissa verksamhetsområden. Även i Sverige kan vi finna exempel. I Göteborgs kommun har man inom den tekniska förvaltningens verksamhetsområde t.ex. arbetat med en politiskt beslutad regel om att minst 10 % av produktionen skulle ske på entreprenad, i andra kommuner har man t.ex. valt att lägga ut en del av parkverksamheten på entreprenad osv. I debatten om den offentliga sektorns framtida organisation har också kunnat spåras en allt större opinion för idén att utförandet av själva produktionsdelen av en verksamhet inte är en primäruppgift för stat och kommun. Det primära intresset är att en produktion sker och att den politiska organisationen kan styra dess inriktning och omfattning.

Av allt att döma är emellertid leverantörsvalet idag vanligen inte fritt. Valet begränsas av en politisk ovilja att acceptera avvecklingskostnader och en ovilja att acceptera dubbelkostnader. För många verksamhetsområden saknas idag också externa alternativ till den egna organisationen. Denna brist på centrala förutsättningar begränsar naturligtvis den potential till skapande av en konkurrenssituation som ligger i entreprenadalternativet. Avsaknaden av entreprenadalternativ gör att tillgodogörandet av konkurrensens fördelar får sökas på andra vägar. En möjlighet som väckt allt större intresse är att via internprissystem försöka skapa marknadsliknande relationer internt mellan olika ansvarsenheter. Framför allt har denna form av intern konkurrenslösning blivit vanlig för stödverksamheter.

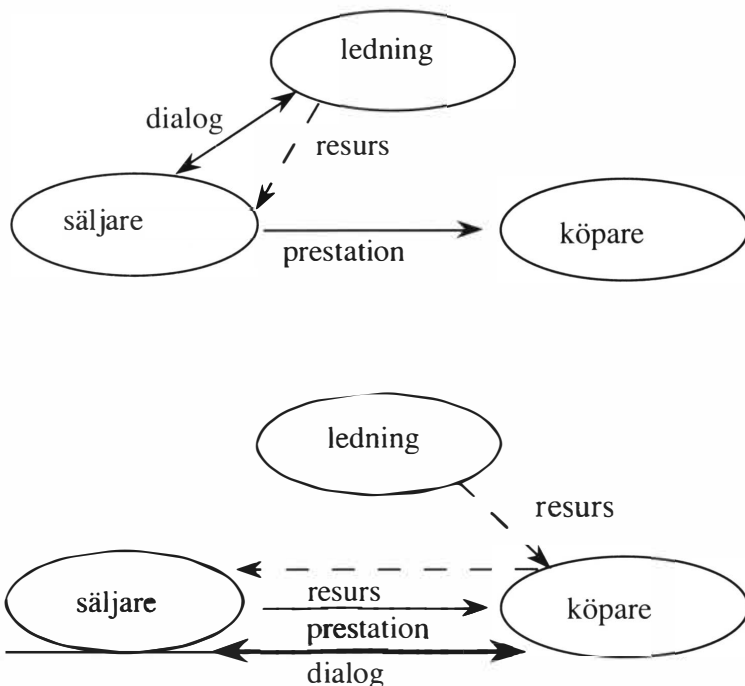
Utvecklingen mot att internprissätta stödverksamheter kan ses som en naturlig följd av att man i allt högre grad arbetar med decentraliserat ansvar och beslutsbefogenheter (Hansson, 1986). Utvecklingen kan emellertid också ses som ett medvetet sätt att

utnyttja ett konkurrenskoncept för att styra en verksamhet. I de privata företagen, som på detta område ligger några år före i utvecklingen, har konkurrensaspekten varit central (se t.ex. Ledarskap nr 1, 1983, och nr X, 1984). Man kan se en klar tendens till att företag med hjälp av internprissystem försöker göra stödverksamheter till resultatenheter. Avsikten är att via internprissättning skapa en intern marknad där stödverksamheter skall fungera som säljare och divisioner (kärnverksamheter) som köpare av tjänster och produkter.

Övergången till ett prissystem internt kan ses som ett skifte i sätt att styra stödverksamheterna.

I ursprungsläget är säljaren en kostnadsenhet med kostnadsansvar. Resurser tilldelas säljaren via en administrativ planeringsprocess (vanligen via budget). I de dialoger som förs i denna planeringsprocess bestäms också vad säljaren skall producera

FIGUR 3. Två alternativa modeller för styrning av stödverksamheter.



och hur mycket som skall produceras. Säljarens verksamhetsinriktning och omfattning är således helt och hållet en fråga för säljaren och ledningen (eller deras representanter). Köparen, dvs. den som utnyttjar säljarens prestationer, är inte speciellt involverad i denna process.

Införandet av ett internprissystem medför en radikal förändring. I denna modell fördelas resurser till köparna och säljaren är resultatansvarig. Säljarens inriktning och omfattning är en fråga mellan säljaren och köparna. I kraft av att ha pengarna har köparna ett stort inflytande i denna dialog, och säljaren måste för köparna presentera vad olika tjänster kostar att utnyttja (t.ex. i någon form av prislista). Tanken är vidare att säljare och köpare skall fungera i någon form av affärsrelation. Säljaren skall fungera som vilken säljare som helst, och köparna skall köpa internt på samma sätt och med samma överväganden som man köper externt.

Alla system har nackdelar och kan leda till problem. Internprissystem utgör inget undantag. Bl.a. kan administrationen öka och det kan vara svårt att bygga upp system så att konflikter, kortsiktigt agerande och andra oönskade effekter undviks. Internprissystem har emellertid en potential som gör att det ofta bedöms som ett intressant alternativ att testa. Inte minst den mobilisering av de interna köparna som prissättningen kan leda till är intressant. Genom prissättningen får köparna ett incitament att intressera sig för leverantörernas kostnader och sina egna utnyttjanden. Härigenom blir köparna en professionell motkraft mot de expansionsintressen som kan finnas hos de interna säljarna.

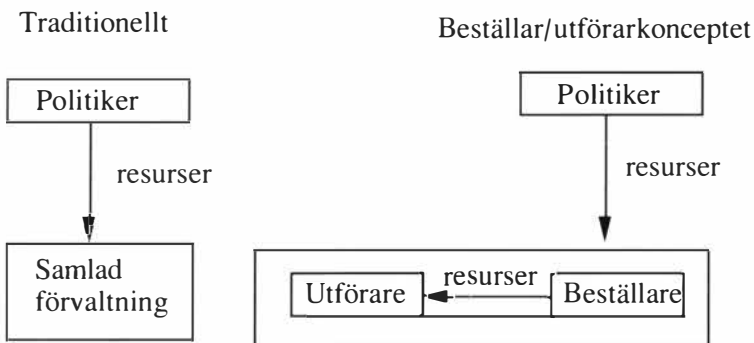
Att döma av den utveckling som skett i privata företag finns det också anledning förvänta sig att användandet av internprissystem kommer att fortsätta att bli allt vanligare i kommunerna. Det finns även anledning förvänta sig att de modeller som utnyttjas kommer att bli allt mer renodlade. I privata företag har det blivit allt vanligare att man successivt skärpt kraven på konkurrenskraft för stödverksamheter. Bl.a. har kraven skärpts genom att köparna tillåtits fritt välja leverantör och genom att stödverksamheter ombildas till självständiga aktiebolag.

Ännu så länge är emellertid kommunernas tillämpning av internprissystem för stödverksamheter mjuk. Stödverksamheterna

hålls under armarna på olika sätt. Det är t.ex. vanligt att stödverksamheten har monopol på interna tjänster. Ofta har man också valt att renodla leverantörsvälbesluten. I en renodlad modell är detta ett beslut som köparen (beställaren) har att fatta. I de exempel vi sett är det emellertid vanligt att det är den interna leverantören (stödverksamheten) som beslutar om man skall utföra produktionen i egen-regi eller om underleverantör (entreprenör) skall utnyttjas.

Interna konkurrenslösningar med hjälp av internprissystem har som vi konstaterade ovan hitintills främst tillämpats för stödverksamheter. Beställar/utförarmodellen har emellertid öppnat en möjlighet att konkurrensetsätta även huvudverksamheter med hjälp av internprissystem. Bildas separata ansvarsenheter för de båda funktionerna öppnas möjligheter att prissätta beställarnas köp på samma sätt som vi ovan diskuterat för stödverksamheter.

FIGUR 4. Beställar/utförarmodellen.



Hittills är det främst inom primärkommunernas tekniska verksamheter som denna möjlighet att utnyttja internprissystem för att konkurrensetsätta verksamheter testats. Intressanta försök pågår emellertid också på sjukvårdsområdet. Även i de kdn-försök där man bibehållit produktionsfunktionen i en kommunövergripande fackförvaltning testas de möjligheter som internprissättning bjuder. I dessa försök blir kommundelsnämnden i princip beställare av produktion åt det geografiska området.

Om fördelning av ansvar, så att avgränsade ansvarsenheter

skapas för beställar- respektive produktionsfunktionerna, i kombination med internprissystem öppnar alltså möjligheter att konkurrensutsätta både stöd- och huvudverksamheter. Denna form av intern konkurrens är naturligtvis främst intressant att pröva för verksamheter där externa alternativ saknas eller där förutsättningarna för entreprenadlösningar på kort sikt är svaga. Frågan är emellertid om det finns fördelar med extern konkurrens och att man således borde sträva mot entreprenad och andra mer renodlade marknadslösningar.

FIGUR 5. Intern och extern konkurrens.

	Integrerad förvaltning	Intern konkurrens låg konkurrens hög konkurrens	Extern konkurrens t. ex. entreprenad
Stödverksamheter		●—————▶ ?	
Huvudverksamheter	●—————▶ ?		

Den främsta skillnaden mellan lösningar som bygger på intern respektive extern konkurrens är beställarens möjlighet att fritt välja leverantör. Skillnaden kan också uttryckas i Hirschmans begrepp *exit* respektive *voice* (Hirschman, 1972). I marknadslösningar lyfts betydelsen av exit-möjligheten fram dvs. beställarens möjlighet att sluta köpa (exit) av den interna leverantören. I den tredje vägens lösningar lyfts voice-möjligheten fram, dvs. det viktiga är att beställaren får intresse och möjlighet att reagera (voice) på leverantörens agerande (Granqvist, 1987).

Frågan om voice är tillräckligt eller om ett exploaterande av konkurrensens fördelar förutsätter en exit-möjlighet är en empirisk fråga. Men det är inte självklart att exit-möjligheten måste finnas. Det avgörande är att den interna leverantören uppfattat att uppdraget är villkorligt. Kanske är det tillräckligt att leveran-

tören vet att han är under observation och att andra lösningar kommer att väljas om han inte uppträder tillfredsställande. Är detta tillräckligt behöver inte leverantörsvalet vara fritt. Det viktiga är leverantörens känsla av villkorlighet och att beställaren får signaler på ineffektivitet när detta uppträder. Detta kan som vi sett ovan uppnås genom interna konkurrenslösningar.

Känslan av villkorlighet och signalernas styrka kan också förstärkas. Ovan pekade vi t.ex. på att utföraren bevakas av en professionell motpart vid ett särskiljande av produktionsfunktionen från beställningsfunktionen. Idén är här att särskiljandet uppmuntrar till ifrågasättande av leverantörsväl och uppmuntrar till sökandet efter och bildandet av alternativ. En annan ingrediens har att göra med renodlingen av utförarens ansvar. Genom att den utförande enheten renodlas till att enbart ha ett produktionsansvar blir det enklare att kommunicera och utkräva ansvar internt i utförarorganisationen. Det blir också enklare att utvärdera resultat. Då utförarens ansvar avgränsas till att utföra ålagda och preciserade uppgifter till lägsta möjliga kostnad kan utföraren utvärderas genom att förkalkylerade kostnader jämförs med faktisk resursförbrukning. En resultatmätning på detta sätt externaliserar utförarens prestationer.

En förstärkning kan också ske genom olika administrativa åtgärder. Vid ett upphandlingsförfarande i kombination med en formaliserad uppföljning kan t.ex. informationsflödet stärkas. Beställaren måste precisera vad som skall köpas och utföraren måste upprätta förkalkyler på vad produktionen kommer att kosta. Utföraren kommer dessutom successivt att få återföring av resultat (förkalkyl ställd mot utfall). Indirekt ökar också informationen genom att det blir nödvändigt att arbeta med utvecklade administrativa system för t.ex. kalkylering och kostnadsredovisning.

En förstärkning kan också ske genom att man kontinuerligt jämför egen-regi-alternativet med andra alternativ eller med motsvarande verksamhet i andra kommuner. Det kan också uppnås genom målstyrning, genom utnyttjande av belöningsystem och på andra administrativa vägar.

Den tredje vägen

Även om det finns ett dokumenterat stort intresse och en levande diskussion är det svårt att uttala sig om i vilken omfattning organisationsförändringar faktiskt genomförts. Det saknas helt enkelt studier som dokumenterar förekomst av olika organisationsformer och hur dessa förändrats. Som vi försökt visa ovan pågår emellertid en mängd olika försök runt om i landet. Klart är också att åtminstone de renodlade privatiseringstillämpningarna ännu är få. Intresset verkar istället ha koncentrerats på former som innebär att de existerande organisationerna utvecklas inom ramen för ett bibehållet kommunalt huvudmannaskap. Detta har också varit den linje som socialdemokratin och fackföreningarna officiellt drivit.

Det intressanta är nu inte att systembevararna tycks ha vunnit över de krafter som velat se ett systemskifte. Det intressanta är istället att en tredje väg i gammal god svensk tradition är på väg att göra sitt intåg och ta över scenen. Den uppsjö av experiment och försök med nya organisationsformer som idag pågår runt om i landets kommuner vittnar om att beslutsfattarna lyssnar på marknadsekonomernas kritik. Man har emellertid valt att prova andra lösningar än de renodlade marknadslösningar som föreslagits. Lösningarna har sökts i kombinationen offentligt – privat. Man har sökt en tredje väg. En väg som gör det möjligt att förena det demokratiska systemets krav på insyn och inflytande med ett tillvaratagande av de fördelar som vanligen hävdas karakterisera marknadslösningar. En väg som dessutom gör att förändringar kan ske utan att drastiska omflyttningar av personal blir nödvändiga.

Om den tredje vägen kommer att vara framgångsrik och kommer att vara ett konkurrenskraftigt alternativ till mer renodlade marknadslösningar finns idag inte underlag att bedöma. Hittills har den åtminstone skapat den legitimitet som varit nödvändig för att hålla hotet om en ökad privatisering på avstånd. Om den också kommer att visa sig klara av att hantera den offentliga sektorns reella problem och skapa organisationer som kännetecknas av hög produktivitet, lyhörddhet och flexibilitet återstår att se. Att det inom den tredje vägen inrymmer alternativ som har intressant potential är ställt utom allt tvivel. Förmodligen kommer vi också framöver att se nya alternativ växa fram i den tredje vägens anda.

Referenser

- Aktivt folkstyre*, SOU 1985:28.
- Amnå, E., m.fl., *Kommunal decentralisering*, BFR R 42:1985.
- Andersson, P. M. & Hansson, L., *Internprissättning inom offentlig förvaltning*, Studentlitteratur, 1984.
- Andersson, P. M. & Hansson, L., *Beställare-Utförare – ett alternativ till entreprenad i kommuner*, Ds 1989:10, 1989a.
- Andersson, P. M. & Hansson, L., *Alternativa regiformer för statlig verksamhet*, RRV-rapport (ej publicerad), 1989b.
- Anell, A., *Ekonomistyrssystem i sjukvården*. IHE arbetsrapport 1990:2
- Arvidsson, G., *Effektivare, produktivare och mindre byråkratiska – eller tvärtom?*, I blickpunkten nr 1, 1987.
- Blomqvist, Å., *Konsumentönskemål och effektivitet i sjukvården*, Ekonomisk debatt nr 1, 1980.
- Brorström, B., *Decentralisering i kommuner*, Doxa, 1987.
- Brunsson, N., *The organization of hypocrisy*, Chichester: John Wiley & Sons, 1989.
- Brunsson, N. & Jönsson, S., *Beslut och handling*, Liber, 1979.
- Brunsson, N. & Rombach, B., *Går det att spara?*, Doxa, 1982.
- Czarniawska-Joerges, B., *Reformer och ideologier*, Doxa, 1988.
- Davies, D. G., *The efficiency of public versus private firms*. Journal of law and economics, 1971.
- Davies, D. G., *Property rights and economic efficiency*. Journal of law and economics 20, 1977.
- Den offentliga sektorns förnyelse*. Regeringens skrivelse 1984/85:202.
- Den offentliga sektorn – produktivitet och effektivitet*, Bilaga 21 till LU 89, 1989.
- Dunsire, A. & Hood, C., *Cutback management in public bureaucracies*, Cambridge, 1989.
- Egen regi eller entreprenad i kommunal verksamhet*. DsFi 1985:12.
- Egen regi eller entreprenad i kommunal verksamhet*. Skrift utgiven av Svenska Kommunförbundet, 1987.
- Egen regi eller entreprenad?* Skrift utgiven av Svenska Kommunalarbetsförbundet, 1982.
- Farlig privatisering*. Skrift utgiven av Sveriges Kommunaltjänstemannaförbund, 1981.
- Gatukontorens affärsutveckling*, Svenska kommunförbundet, 1989.
- Gidlund, J-E., *Fria ämbetsverk eller självständiga kommuner*, Sekretariatet för framtidsstudier, Stad & Land nr 67, 1986.
- Granqvist, R., *Ekonomer behandlar sjukvården*, Arbetslivscentrum, Stockholm, 1987a.
- Granqvist, R., *Privata och kollektiva val*. Arkiv förlag, 1987b.
- Granqvist, R., *Effektivitet och produktivitet i sjukvården*, Företagsekonomiska institutionen, Stockholms universitet, 1990.
- Hansson, L., *Internprissättning inom offentlig verksamhet*, i "Nytt styrsystem inom sjukvården", Malmöhus läns landsting, 1986.

- Hansson, L., m.fl., *Skötselentreprenad för grönytor*, Stad & Land nr 67, 1988.
- Hirschman, A., *Sorti eller protest*, Rabén och Sjögren, 1973.
- Hofmeijer, P. & Eriksson, M., *Kommunal verksamhet på nytt sätt*, BFR R 46:1989.
- Jönsson, B. & Rehnberg, C., *Effektivare sjukvård genom bättre ekonomistyrning*, Ds Fi 1986:3.
- Kolam, K., *Lokala organ i Norden 1968–1986*, Forskningsrapport 1987:7, Umeå universitet.
- Kommunala företag 1987*, Svenska kommunförbundet, 1989.
- Kommuner i förändring*, Bilaga 25 till LU 87.
- Kommunerna på 90-talet – Krav och restriktioner*, Bilaga 20 till LU 90.
- Korpi, W. & Åberg, R., *Marknad eller politik?*, LO-skrift, 1985.
- Larsen, B. (red), *Nye styremåder i den offentlige sektor*, Danmarks forvaltningshøjskoles skriftserie, 1983.
- Le Grand, J. & Robinson, R., red, *Privatisation and the welfare state*, George Allen & Unwin, 1984.
- Leijon, m.fl., *Förvaltandets förändring*, Doxa, 1984.
- Leijonberg, L., m.fl., *Möjligheternas tid*, Timbro, 1989.
- McLean, I., *Public Choice*, Blackwell.
- Mot en decentraliserad teknisk förvaltning*, Svenska kommunförbundet, 1989.
- 90-talsprogrammet – En debattbok om arbetarrörelsens viktigaste frågor under 90-talet*, 1989. Tidens förlag.
- Nu klämtar klockan för företagets centrala stabsfolk*, Ledarskap nr 1, 1983.
- Offentliga sektorn – utveckling och nuläge*, SCB, 1990.
- Offentliga tjänster – sökarljus mot produktivitet och användare*, Ds Fi 1986:13.
- Pommerehne, W., Frey, B., *Public Versus Private* i Comparing urban service delivery system. Ostrom, V, Bish, F (red), Beverly Hills, 1977.
- Rombach, B., *Rationalisering eller prat*, Doxa, 1986.
- Savas, E. S., *How much do government services really cost?* Urban affairs quarterly, 15, 1979.
- Savas, E. S., *Intracity competition between public and private service delivery*, Public administration Review, 41, 1981.
- Stewart, J., *Styrning och ledarskap i kommuner*, Studentlitteratur, 1988.
- Strömberg, L. & Norell, P. O., *Kommunförvaltningen*, rapport 15 Ds Kn 1982:8.
- Ståhl, I., *Sjukvårdens problem och lösningar*, Ekonomisk debatt nr 7, 1979.
- Ståhl, I., *Sjukdom och socialförsäkringar*, i Björklund m.fl.: Inför omprövningen. Alternativ till dagens socialförsäkringar. Liber förlag, 1983.
- Svensson, A. (red), *Offentligt, kooperativt, privat – nya vägar*, Studentlitteratur, 1985.
- Sälja samlad service – en helt annan affär*, Ledarskap nr 10, 1984.
- Walsh, K., *Tendering and trading: The organizational implications of competition*, Local government policy making, No 4 Mars, 1988.
- Wiberg, S. (red), *Ledarskapets förnyelse*, Doxa, 1985.

3. *Styrd konkurrens inom hälso- och sjukvården*

Bengt Jönsson

Det har blivit allt mer uppenbart att de sjukvårdssystem som skapats främst för att öka tillgången och tillgängligheten av sjukvårdsresurser inte är väl lämpade att lösa problem rörande ett effektivt resursutnyttjande. I detta avseende skiljer sig det svenska sjukvårdssystemet inte markant från dem i andra länder, se Jönsson (1988, 1990). Det finns flera skäl till varför ökad effektivitet har blivit ett huvudmål i dagens sjukvård.

För det första är det av finansiella skäl omöjligt att fortsätta med en snabb expansion av en skattefinansierad sjukvård. Ett högt totalt skattetryck och stark konkurrens med andra angelägna offentliga områden gör en fortsatt ökning av landstingsskatten orealistisk. Det skapar troligen, bl.a. via effekterna på arbetsutbudet, större ekonomiska problem för landstingen än vad som motsvarar de ökade finansiella resurserna.

För det andra är det förknippat med stora svårigheter att öka arbetsutbudet inom sjukvården utan stora samhällsekonomiska kostnader. Redan idag sysselsätter sjukvården ca 11 procent av det totala antalet sysselsatta och en tredjedel av de anställda i den offentliga sektorn är verksamma inom sjukvården. Att markant öka antalet sysselsatta skulle medföra stora svårigheter med avseende på den samhällsekonomiska balansen. Den ökning av arbetsutbudet som är möjlig behöver styras till den konkurrensutsatta sektorn för att bidra till tillväxt och prisstabilitet.

För det tredje är det tveksamt om de problem med köer och kapacitetsbrist som finns inom vissa områden av sjukvården kan lösas med mera resurser. Det handlar snarare om brister i förmågan att göra omfördelningar och utnyttja befintliga resurser. Missnöjd personal, låga löner och ett ökat antal klagomål från

allmänheten är snarare tecken på ineffektivitet än på att resurserna är för små.

Eftersom ökad effektivitet är ett medel, kanske det enda, som kan lösa de problem som sjukvården idag står inför, är det intressant att ställa frågan hur ett sjukvårdssystem som stimulerar till effektivitet skall se ut. Först måste vi då konstatera att effektivitetsproblemen främst bottnar i ett systemfel inom den svenska sjukvården. Detta innebär att de inte kan lösas genom förändringar i små steg inom systemets ram. Den metod svensk sjukvård känner bäst för att stimulera till ökad effektivitet är att generellt minska resurserna (osthyvelmetoden). Efter ett decenniums erfarenhet av nedskärningar och sparbetning kan vi konstatera att denna metod inte fungerar för att lösa problemen. Vi vet också att, trots avsevärda managementinsatser på alla nivåer, det inte har varit möjligt att med hjälp av s.k. vardagsrationalisering lösa effektivitetsproblemen.* Dessa har sin grund i hälso- och sjukvårdens grundläggande struktur. Därför fordras strukturförändringar för att ge stimulans till effektivitet.

Grundtanken bakom förslag till förändring av sjukvårdens struktur är att ökad effektivitet endast kan uppnås om *incitament* för effektivitet skapas genom förändringar i finansiering och organisation. Genom sådana förändringar kan personalens ambitioner och kunskaper tas till vara på ett adekvat sätt. Frågan om incitament till effektivitet reser flera grundläggande frågor om sjukvårdens funktionssätt. Den viktigaste gäller principal-agentrelationen, dvs. vem som olika aktörer inom sjukvården är ansvariga inför. Oklarheter om ansvarsförhållandena är en vanlig orsak till ineffektivitet. För att nå ökad effektivitet krävs därför en precisering av olika roller och ansvar. Det är framför allt politikernas roll som ansvariga både för vården gentemot allmänheten/sjukvårdskonsumenterna och för driften av sjukvården med arbetsgivaransvar för personalen, som en klarare uppdelning är

* En vanlig förklaring är att läkarna är dåliga ledare (chefer). Det är knappast bevisat att så är fallet. Det finns alltför många exempel på motsatsen för att detta påstående skall kunna upphöjas till allmän tes. Även om det vore sant ligger förklaringen inte i egenskaper hos läkarna utan i den struktur inom vilken de verkar. Ett bevis på detta är den stora skillnad i ledarskap som samme läkare kan visa som landstingsanställd respektive fritidspraktiker.

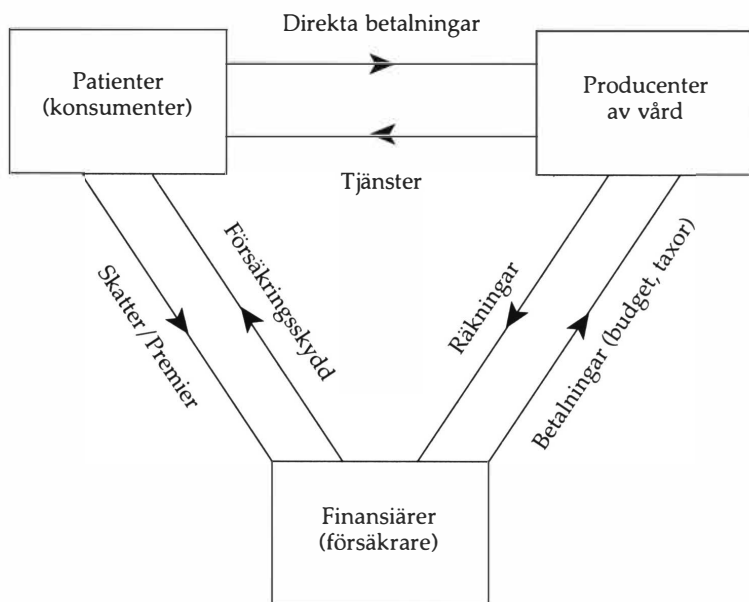
nödvändig. Frågor om effektivitet inom sjukvården leder därför nödvändigtvis in på grundläggande frågor om sjukvårdens finansiering och organisation. Det kan därför vara på sin plats att först se på de grundläggande ekonomiska relationerna inom hälso- och sjukvården.

De ekonomiska relationerna inom hälso- och sjukvården

Aktörerna på en marknad brukar delas upp i producenter och konsumenter. De finansiella relationerna är enkla. Producenterna levererar varor eller tjänster och konsumenterna kompenserar producenterna för detta genom betalningar som i sin tur producenterna kan använda för att betala sina leverantörer, sin arbetskraft och sina investeringar. Denna enkla marknadsmodell ser vi sällan inom sjukvården och det finns många goda skäl till det. Sjukdom drabbar slumpmässigt och de utgifter som krävs för behandling kan vara mycket höga. En lösning på detta kan vara någon form av nytt försäkringsskydd, vilket introducerar en tredje part som komplicerar de finansiella relationerna. Denna tredje part ger ett försäkringsskydd till patienten mot ersättning i form av skatter eller aktuariemässigt beräknade premier. I gengäld betalar denna tredje part räkningarna som kommer från dem som producerar vård.

Denna tredjepartsfinansiering gäller i alla sjukvårdssystem oberoende av om finansieringen är privat eller offentlig. Vi kan därför tala om sjukvårdens marknadstriangel. I denna triangel är det direkta flödet av betalningar mellan patienter och vårdgivare litet. Det innebär att varken konsumenter eller producenter har något större intresse av kostnaderna och kostnadseffektiviteten när valet om behandling träffas. Detta ansvar kommer därför att åvila den part som direkt svarar för betalningen.

FIGUR 1. Ekonomiska relationer inom hälso och sjukvården.



Med utgångspunkt från marknadstriangeln kan vi urskilja fem finansiella frågeställningar:

1. Vilka är finansieringskällorna?
2. Hur ersätts läkarna (primärvården)?
3. Hur ersätts sjukhusen?
4. Kan konsumenten välja försäkrare?
5. Kan konsumenten välja rådgivare?

Låt oss börja med att titta på finansieringskällorna.

Patientavgifter har en relativt liten betydelse som finansieringskälla. De förekommer främst för öppen vård, tandvård och läkemedel. Frivilliga (privata) försäkringar är en annan finansieringskälla som endast utnyttjas i begränsad utsträckning i Sverige. Premierna i de privata försäkringarna är aktuariemässigt beräknade, men gäller vanligen grupper snarare än individer, s.k. community rating. En tredje finansieringskälla är offentliga, vanligen obligatoriska, försäkringar. Dessa kan betalas av den för-

säkrade eller av arbetsgivaren, vanligen en kombination. Premierna är inte aktuariemässigt beräknade utan innehåller ett betydande inslag av omfördelning mellan försäkringstagarna. I Sverige dominerar skatter som finansieringskälla för sjukvården. Det finns inget samband mellan inbetalad skatt och förmåner i sjukvården. Slutligen kan finansiering av sjukvård ske genom abonnemang, dvs. betalning i förväg till läkare eller sjukhus, och lån.

Finansieringen kan kombineras med olika system för ersättning till läkare och sjukhus. För läkarna (öppen-vården) kan vi urskilja fyra olika finansieringsformer:

1. Fast lön.
2. Prestationslön (fee-for-service).
3. Kapitation (per ansluten person).
4. Speciellt förhandlade ersättningar.

I Sverige dominerar sedan 1970 fast lön. Prestationslön förekommer främst för privata tandläkare och läkare. Inom folktandvården finns en kombination av fast lön och prestationslön. Speciellt förhandlade ersättningar har blivit allt vanligare till följd av den s.k. Dagmaröverenskommelsen. Det gäller såväl primärvården som elektiv kirurgi.

För sjukhusen kan vi urskilja en än större variation i sättet att tilldela resurser:

1. Global budget.
2. Populationsbaserad budget.
3. Klinikbudget.
4. Per behandlad patient (DRG).
5. Per utförd åtgärd.
6. Per vård dag.
7. Relaterad till vårdresultatet.
8. Speciellt förhandlat kontrakt.

Reglerad konkurrens

Regleringar ställs vanligen i motsats till konkurrens. Avsikten med många regleringar är också att upphäva konkurrensen. Men motsatsen till konkurrens är monopol och motsatsen till regle-

ring är icke-reglering. I den sjukvårdspolitiska diskussionen ställs ofta dagens sjukvårdssystem mot ett system med fri konkurrens, dvs. konkurrens utan speciell reglering. Denna uppdelning av de tänkbara sätten att organisera sjukvård beaktar inte det mest intressanta alternativet för en reformering av sjukvårdssystemet, reglerad konkurrens (se nedanstående figur).

FIGUR 2. Reglerad konkurrens inom hälso- och sjukvården.

	Reglering	Icke-reglering
Monopol	Dagens sjukvård	-----
Konkurrens	"Reglerad konkurrens"	"Fri konkurrens"

Med reglerad konkurrens avses en organisation där konkurrensen styrs genom en uppsättning regler som säkerställer att systemet uppfyller vissa bestämda mål, se t.ex. Enthoven (1988). Dessa kan gälla solidaritet mellan olika grupper (friska-sjuka, rika-fattiga, gamla-unga), vårdens tillgänglighet geografiskt och finansiellt, vårdens kvalitet och vårdens effektivitet. Den väsentligaste skillnaden mellan reglerad konkurrens och traditionell reglering är att syftet är att skapa incitament för effektivitet och inte att direkt reglera priser och kvantiteter.

Reglerad konkurrens förutsätter att hela befolkningen omfattas av hälso- och sjukvården. Däremot kan omfattningen av försäkringsskyddet variera något. En nyckelfråga handlar om att skapa kostnadsmedvetenhet i valet av försäkringsskydd. Den som väljer ett dyrare försäkringsskydd och därmed en dyrare vård skall, justerat för risken, betala ett högre pris. Denna princip är mycket ovanlig inom sjukvården, även i länder med privata försäkringar. Offentliga subventioner, arbetsgivarbetalningar och fee-for-service i ett öppet försäkringssystem innebär, att den enskilde konsumenten inte ges incitament att välja billigare alternativ.

För att konkurrens skall vara möjlig måste konsumenten ges möjligheter att välja mellan konkurrerande försäkringsskydd. Detta fordrar en nedbrytning av försäkringsgivarna i konkurrens.

rande mindre enheter. Det har ofta påpekats att detta inte är möjligt i Sverige med vår relativt lilla och geografiskt utspridda befolkning. En uppdelning i flera konkurrerande försäkrare skulle också kunna innebära ökade administrativa kostnader. Vi kan inte med säkerhet veta om det är möjligt att skapa ett system av regler som, till rimliga kostnader, verkligen ger konkurrens mellan försäkrare. En skiss till hur ett sådant system skulle kunna fungera har utarbetats för sjukvården i Holland. Den bygger på en central fond som fördelar riskjusterade premier till ett antal konkurrerande försäkringsbolag på basis av hur många medlemmar de kan attrahera. Observera att konkurrens mellan finansierare är möjlig även vid huvudsakligen obligatorisk offentlig finansiering. Systemet innebär att konsumenten bara betalar en mindre egenavgift till försäkringsbolaget. Avsikten är att försäkringsbolagen ska försöka sluta så bra kontrakt som möjligt om vård för sina medlemmar, med hänsyn till både pris och kvalitet (se vidare van de Ven, 1989).

Även om konkurrens mellan försäkrare bedöms som orealistisk inom svensk sjukvård, är det möjligt att inom ett finansieringsmonopol skapa incitament till konkurrens mellan vårdgivare. Finansieringsmonopolet kan utformas på flera olika sätt. Det kan läggas hos socialförsäkringen, hos landstingen eller hos primärkommunerna. Även kombinationer kan vara möjliga, se nästa avsnitt. Oberoende av hur finansieringsmonopolet utformas kan konkurrens mellan producenter skapas genom att produktion och finansiering skiljs åt. Det är inte nödvändigt att vårdgivaren skall vara monopolist bara därför att finansieraren är det. De argument som kan anföras för monopoliserad finansiering är inte tillämpliga på produktionen. Även om konsumenterna inte kan välja försäkringsgivare kan denna ges incitament att kontraktera vårdgivare som ger bra kvalitet i relation till kostnaderna. En försäkringsgivare kan förutsättas vilja ge medlemmarna/medborgarna bästa möjliga vård för de tillgängliga resurserna även utan risken att medlemmarna lämnar honom om han misslyckas. Det är dock troligt att incitamenten blir något lägre; *voice* är mest effektivt när det kombineras med möjlighet till *exit*.

Modell för reglerad konkurrens inom svensk sjukvård

För att ådstadkomma förnyelse och utveckling räcker det idag inte med marginella förändringar inom den nuvarande ramen. Det krävs stukturella förändringar. Det viktigaste målet är att bryta det dödläge som uppstått genom att alla resurser är inlåsta i fastställda kostnadsramar för olika institutioner. Det finns inga möjligheter för dem som vill skapa utveckling och ökad produktivitet att dra till sig mera resurser.

Den viktigaste åtgärden för att bryta detta är att skilja på finansiering och produktion. Det är nödvändigt att stärka konsumentinflytandet, både individuellt och kollektivt. I Sverige har landstingspolitikerna mandat att företräda konsumentintresset; de skall avväga skatter mot vårdutbud. Landstingen är emellertid också den största vårdgivaren. Många som studerat sjukvården har observerat att detta skapat en situation där producentperspektivet dominerar politiken.

Genom att klart separera landstingens roll som konsument och producent skulle konsumentinflytandet kunna öka. Det direkta driftsansvaret för vårdinrättningar bör inte åvila landstingspolitikerna. Deras uppgift är främst att företräda konsumenterna/väljarna i förhandlingar med producenterna om kostnader och prestationer.

Det är inte nödvändigt att landstingen helt avstår från att driva vårdinrättningar. Det är dock klart olämpligt att sätta sig i en situation där det inte finns några alternativ till den egenproducerade vården.

Möjligheten fanns för landstingen i början av 1980-talet att koncentrera sig på uppgiften att företräda konsumentintresset och driva kravet på förnyelse och effektivitet genom att bl.a. uppmuntra nya vårdgivare att etablera sig på marknaden. Så skedde inte utan utvecklingen blev istället att landstingen också tog på sig rollen av regleringsmyndighet med uppgift att reglera tillträdet till marknaden. Den möjlighet som fanns att åstadkomma förnyelse genom att landstingen renodlade sin roll som konsumentföreträdare gick därmed till spillo.

Flytta finansieringen till sjukförsäkringen . . .

Huvudalternativen idag är att flytta finansieringen till någon annan part och återgå till den tidigare situationen med landstingen som huvudsakligen producenter av slutna vård. Finansieringen skulle då grundas på socialförsäkringen, via sjukförsäkringen, och primärkommunerna.

Fördelen med sjukförsäkringen som finansieringsform är att en samordning kan åstadkommas mellan utbetalningar för sjukdom, arbetsskador och förtidspensioner och insatser för vård och rehabilitering. Nackdelen är att försäkringsgivare, såväl privata som offentliga, visat sig ha stora svårigheter att åstadkomma kostnadskontroll och effektivitet inom sjukvården.

För att en försäkringslösning skall fungera måste myndigheten ställa krav på producenterna och aktivt bevaka både kostnader och kvalitet. Om detta inte sker får vårdgivaren ett starkt övertag. Öppna försäkringssystem med vård på löpande räkning blir alltid dyra. De höga kostnaderna i den amerikanska försäkringsfinansierade sjukvården liksom för den tyska socialförsäkringen visar att denna modell har uppenbara svagheter.

. . . eller till primärkommunerna

Ett alternativ till försäkringsfinansiering är att flytta finansieringen till kommunalskatten. Detta skulle ge en enhetlig kommunalskatt med krav på avvägningar mellan de olika sociala tjänsterna. Sjukvården skulle även fortsättningsvis få en begränsad budget men flexibiliteten i användningen av denna skulle öka.

Primärkommunerna blir med andra ord köpare, via primärvården, av sjukhusvård från landstingen. Samordningen mellan sjukvård och socialvård underlättas och en koppling kan också skapas till de lokala försäkringskassorna när det gäller de långa sjukfallen. Genom att den slutna vården finansieras genom betalningar från kommunerna kan landstingsskatten avskaffas. Landstingen blir konkurrerande producenter och förbättringar av kvalitet och kostnadseffektivitet kan ge ökad efterfrågan och mer resurser. Detta skulle stimulera engagemanget hos de anställda och premiera ett bra arbete.

Kombination en väg

För att öka pluralismen skulle finansieringen kunna delas mellan sjukförsäkringen och primärkommunerna. Primärkommunerna skulle ges finansieringsansvaret för sjukvården åt de äldre, där behovet av samordning med den sociala servicen är speciellt viktig.

Sjukförsäkringen skulle finansiera vårdbehovet för barn, ungdomar och förvärvsarbetande, där samordningen mellan rehabilitering och olika former av kontantstöd är speciellt viktig. Det skulle också ge möjligheter till en utveckling av företagshälsovården vad avser primärvård och förebyggande vård.

Stimulans för producenter

Genom att frigöra sjukvårdens resurser från den nuvarande inläsningen i sjukhusens och primärvårdens budgetar skapas möjligheter till en stimulerande konkurrens. Detta skulle kunna skapa nya former för vård och en flexibilitet som möjliggör ett val av bästa alternativ vid varje tidpunkt.

För de anställda inom sjukvården skulle det innebära en större variation i arbetsmöjligheterna och större möjligheter att påverka den egna situationen. Många är naturligtvis rädda för att följden i stället skulle kunna bli kaos. Denna rädsla är överdriven. Situationen inom tandvården där vi har ett blandat system är inte perfekt och kan förbättras, men den kan defintivt inte beskrivas som kaos.

Sammanfattning

En helt fri (oreglerad) konkurrens på marknaden för sjukförsäkringar leder varken till effektiv eller rättvis sjukvård. Orsakerna till detta är väl analyserade i den hälsoekonomiska forskningen: gratispassagerare, informationskostnader, snedvridet urval av patienter, etableringshinder och monopol samt marknadssegmentering och produktdifferentiering leder till marknadsmiss-

lyckanden. Detta innebär emellertid inte att valfrihet och konkurrens måste uteslutas som mekanismer för att åstadkomma effektivitet och rättvisa. Konkurrensen måste dock styras för att ge det önskade resultatet.

Den hälsoekonomiska forskningen har efterhand gett oss insikt i vilka verktyg som kan och måste utnyttjas för att åstadkomma det önskvärda resultatet. Vi saknar dock fortfarande såväl genomarbetade modeller som praktiska försök. Det är inte heller möjligt att direkt överföra erfarenheterna från andra länder till Sverige. Konkurrens kan styras på många olika sätt beroende på såväl vilka mål som skall nås som vilka institutioner och traditioner som finns i ett visst land.

Den teoretiska diskussionen har dock skapat klarhet i ett avseende, och det gäller betydelsen av starka kollektiva företrädare för konsumenterna (sponsors). Styrd konkurrens är mera en process än en fast uppsättning regler. Den som styr konkurrensen måste vara aktiv och uppmärksam på såväl problem som möjligheter. Den som företräder konsumenternas intressen skall inte heller ha andra roller som kan påverka besluten och engagemanget. Därför bör den som företräder konsumenterna inte själv vara producent.

Den viktigaste förutsättningen för att skapa en effektiv och rättvis sjukvård genom styrd konkurrens är att bestämma vem som kollektivt skall företräda konsumenterna. Såväl staten, socialförsäkringen, landstingen som kommunerna kan axla rollen som sponsor och det är möjligt att fördela ansvaret för olika befolkningsgrupper. Det måste dock göras helt klart vem som i varje särskilt fall har ansvaret, och varje sponsor måste skaffa information, kunskap och möjlighet att agera så att konsumenternas intressen tillgodoses.

Referenser

- Enthoven, A., *Managed Competition: An Agenda for Action*, p. 25–47, 1988.
Jönsson, B., *What can Americans learn from Europeans? Annual Supplement*, p. 79–93, 1989.
Jönsson, B., *Finansieringsmodeller för hälso- och sjukvården – en internationell översikt*. Ingår i Finn Kamper-Jørgensen (red.), 1990'ernas krav til

helsesektoren, Strategi-Økonomi-Forsøg. Nordisk hälsopolitisk Forum 1990, Konferencerapport, Dansk Institut for klinisk epidemiologi (DIKE). Köpenhamn, 1990.

van de Ven, W., *A Future for Competitive Health Care in the Netherlands*.

NHS White Occasional Paper Series No. 9. Centre for Health Economics, University of York, England, 1989.

4. Politisk styrning och marknadskrafter i sjukvården

Casten von Otter

Vi lever i en föränderlig värld. Denna truism till trots har många svårt att acceptera det tidsbundna i olika lösningar på samhällets behov av tjänster och varor. Deras konservatism kan säkerligen till en del förklaras av en politisk vana att övertolka de ideologiska drivkrafterna bakom stora förändringar och förminska betydelsen av andra krafter. För den offentliga sektorn gäller, lika väl som för näringslivet, att framgång i nuet bygger på en fortlöpande anpassning till omvärldens föränderlighet under stor trohet mot sin uppgift.

Den offentliga sektorn har inte haft denna anpassningsförmåga inbyggd i sitt sätt att verka. Den kreativa destruktionens krafter, som den berömde tysk-amerikanske samhällsforskaren Schumpeter talade om, har varit hårt tyglade. När politikerna nu prövar nya modeller för att tillgodose människors behov av god vård på solidariska villkor, så är en av uppgifterna att försöka utforma ett mer öppet och anpassbart system än det gamla.

I detta kapitel skall jag beröra några av de begrepp som är viktiga i ett sådant dynamiskt system. De flesta är överens om att det finns drag i både förvaltnings- och företagsmodellen som bör tas tillvara inom svensk sjukvård. Men hur, och i vilken omfattning är en fråga som knappast kan besvaras teoretiskt, utan vi behöver prova oss fram. Som framgår av de efterföljande kapitlen har många landsting idag gett sig in på omfattande och radikala förändringar. Dessa har både drag som är gemensamma med och avviker från den modell för *offentlig konkurrens* som en kollega och jag beskrivit och utvecklat i ett antal artiklar (se von Otter & Saltman, 1990 och Saltman & von Otter, 1987). Här skall

jag försöka utnyttja vår referensram för att lyfta fram teoretiska perspektiv på den sjukvårdsorganisation som nu håller på att ta form. Den anknyter till frågor som: Vilken roll spelar den politiska styrningen? Vilka stor- (eller små-) skalighetsfördelar har olika sorters vård? Hur avskilja respektive bunta ihop olika typer av verksamhet i effektiva enheter? Vilken roll kan valfrihet för patienterna inta som styrmedel inom sjukvården?

Förvaltningsproblem i myndigheter

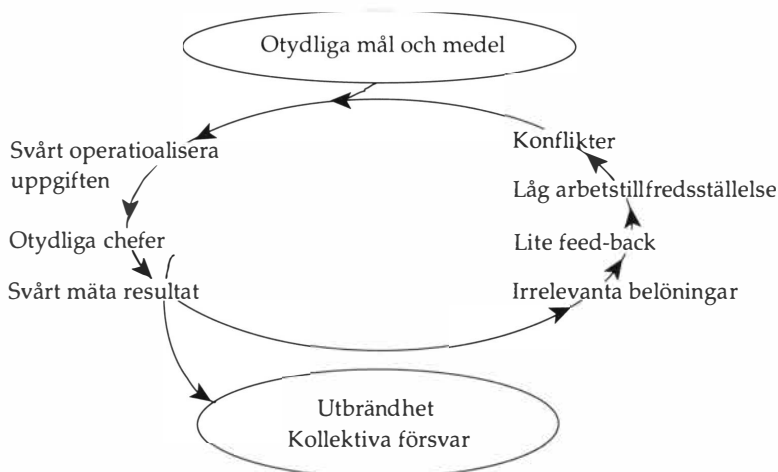
Diskussionens utgångspunkt är en uppfattning om problem förknippade med stora offentliga förvaltningar och deras uppkomst. Förvaltningar är tröga att förändra, och kunde bli mycket mer effektiva och roliga att jobba i.

Grovt sett kan man tala om två typer av problem, logistiska och systemiska. De logistiska svårigheterna kan exemplifieras med köer, illa utnyttjade resurser, överlastning av planeringssystem. De systemiska problemen kommer till uttryck inom områden som lågt organisatoriskt lärande, dålig anpassningsförmåga, diffusa incitament. Bilden som manas fram – som naturligtvis får karaktär av nidbild, när man så här på ett begränsat utrymme skall diskutera en stor och skiftande verksamhet – pekar mot brister både i strukturen och i det kraftfält som verksamheten bedrivs inom.

Den allmänna kritiken har gått ut på att verksamheten bedrivs i för stora enheter och att impulserna från och till omgivningen har varit felaktiga eller för svaga. I figur 1 skall några av de interna konsekvenserna sammanfattas. Effekterna av förvaltningsorganisationernas otydlighet kan t.ex. bli utbrändhet hos personalen, kollektiva reaktioner av missnöje och en brukarkritik som saknar bra och konstruktiva uttryck.

Två förtydliganden är på sin plats. Otydligheten i mål och medel är inte ett tillfälligt misstag, utan sammanhänger med det politiska systemets natur. Det ligger i demokratins logik att försöka överbrygga motsättningar genom kompromisser (för att uppnå majoritet), vilket kan underlättas av en viss otydlighet i formuleringar, från politikernas sida. Det följer också av den

FIGUR 1. Organisatorisk osäkerhet i offentlig verksamhet.



partipolitiska konkurrensen att de medel som anvisas inte alltid på ett realistiskt sätt är knutna till uppgiften. Få självbevarande politiker vill säga att det finns problem (t.ex. vårdköer) som de inte vet hur de skall åtgärda, eller att de resurser som de avsätter för deras lösning knappast kommer att vara tillräckliga. Om så vore skulle någon politisk rival tala om inkompetens och handlingsoduglighet.

Svårigheterna accentueras av att politiska mål ofta formuleras på ett ganska abstrakt plan, för stora och skiftande verksamheter. Det sammanhänger med en hög grad av integrering av olika (ofta olikartade) verksamheter inom samma förvaltning. I formellt och administrativt hänseende bedrivs offentlig verksamhet i mycket storskaliga, hierarkiskt uppbyggda, enheter. En förvaltning är normalt ett storföretag mätt både i antal anställda och ekonomisk omsättning.

Det som beskrivits här som (relativt vanliga) problem i förvaltningsmodellen är inte en följd av missgrepp, fel personer eller dålig utbildning, utan en följd av grundläggande drag i själva modellen. På motsvarande sätt har marknaden sina systemproblem, som gör att trots att allt fungerar enligt ritningarna (eller just därför) resultatet inte blir bra i vissa avseenden.

Figur 1 illustrerar några orsaker till logistiska och systemiska problem som köer och förändringströghet, brister i måluppfyllelse och produktivitet. Den illustrerar även några av de grundläggande faktorer som bör styra valet av institutionell struktur för sjukvården, omvårdnad mm. När en verksamhet organiseras, vare sig det sker genom en planerande vilja eller marknadens nötande och prövande, avgörs framgången i hög grad av hur variablerna i figur 1 hanterats – hur de sociala och psykiska resurserna utvecklas. Den realistiska uppgiften är inte att avskaffa den organisatoriska osäkerheten – de motsägelsefulla målen – utan att lära sig att leva med dem, och hantera dem.

Många har fortfarande en felaktig metafor för hur organisationer av detta slag fungerar. Enligt ett bildspråk är förvaltningen ett maskineri där hjulen skall kugga i varandra och styrningen ske genom impulser uppifrån. En bättre bild än maskinen är en social metafor som ser en klinik i ett sjukhus, en vårdcentral eller ett vårdteam som besjälad av egna tankar och ambitioner och förmögen att själv definiera problem och lösningar utifrån sin unika erfarenhet.

För det krävs en *yttre organisation* som ger vägledning och impulser till den *inre organisationen*, ungefär som marknaden till företaget. I vår modell för offentlig konkurrens är den politiskt planerade marknaden den yttre organisationen och det kraftfält inom vilka den inre utvecklas, får resurser i utbyte mot vissa prestationer och mottar olika för verksamheten viktiga styrpulser. Den yttre organisationen skall fortlöpande uppmuntra och pröva effektiviteten i den inre – disciplinera och stimulera. På senare år har politikerna blivit mer insiktsfulla om sin uppgift att forma de yttre villkoren på detta sätt, men mycket återstår att göra.

Det offentliga företaget

Begreppen förvaltning och företag väcker ganska olikartade associationer. Förvaltningen drivs av lojalitet mot ett regelverk, företaget av att utnyttja möjligheterna i en konkret situation. Utan att vilja gå in på alla former av för- och nackdelar med respektive,

kan det vara poängfullt att markera en eftersträvansvärd kulturförändring genom att tala om offentliga företag istället för förvaltningar.

Den traditionella förvaltningen är en maskinlik, *reaktiv* organisation, medan företaget idealt sett, är *interaktivt*. De reaktiva mönstren är grundade i en övertro på planering som dock på senare år börjat släppa sitt grepp om den offentliga sektorn. Om man levde i en stabil omgivning och utförde en tämligen statisk verksamhet vore det möjligt att göra förutsägelser på vilka politikererna kan bygga strategier och planer som är effektiva. Men om verksamhetens karaktär är sådan att den är svår att överblicka och prognostisera är en omfattande central planering låsande och ineffektiv.

Ytterst kan man se denna problematik som kunskapsteoretisk. En effektiv central politisk planering – till skillnad från s.k. adaptiv (lokalt inriktad) planering – förutsätter en typ av kunskap som inte är möjlig när det gäller sociala system. Den konkreta verksamheten inom långvård och hemtjänst t.ex., berör ställningstaganden som är grundade i den enskilda brukarens värderingar, resurser och erfarenheter. Det går inte att ersätta dem enbart med expertbedömningar av vad individer i sådana situationer behöver. Dessutom påverkas verkligheten av en lång rad faktorer som inte är förutsägbara men i hög grad påverkar viktiga val. Det här betyder inte att planeringsidén är helt förfelet men den måste avpassas mot behovet av ett interaktivt samspel mellan olika individer, grupper, företag och angränsande förvaltningar.

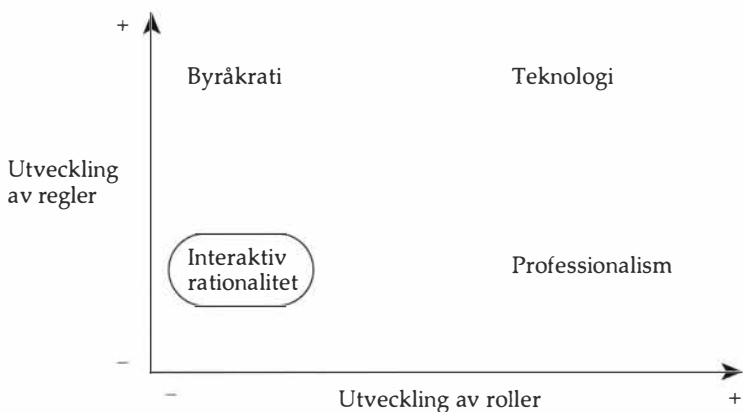
Man kan se marknaden som ett exempel på en interaktiv organisationsform, där människor inte är planeringsobjekt, utan väljande och viljande subjekt. Ett sådant inslag av interaktion måste finnas också i all sjukvård och omsorg, även om självfallet också expertmässiga bedömningar av behov är viktiga. I figur 2 har vi försökt illustrera sammanhang mellan verksamhet och organisatorisk rationalitet. Grunden är de kunskapsteoretiska dimensionernas förutsägbarhet och objektiva/subjektiva fenomen.

Ju mer förutsägbart något är, desto lättare är det i princip att styra med regler, dvs. utveckla den *byråkratiska rationaliteten*. Om verksamheten har en objektiv och vetenskapligt förutsägbar karaktär kan en *professionell rationalitet*, som verkar genom utveck-

ling av yrkesrollerna, vara bra. Den *teknologiska rationaliteten* kan effektivt lösa vissa organisationsproblem i en verklighet som svarar mot höga krav på både förutsägbarhet och objektivitet.

Huvudpoängen här är att dessa krav på förutsägbarhet och objektiv giltighet stämmer relativt dåligt in på det mänskligt krävande samspel som välfärdstjänsterna kännetecknas av.

FIGUR 2. Organisatoriska rationaliteter.



Man kan beskriva utvecklingen av kommunernas hemtjänst i dessa termer. En från början ytterst informell och i hög grad interaktiv organisationsform ersattes av en utvecklad byråkrati och professionella strävanden. I den senaste fasen har man på många ställen försökt bryta med denna tendens och återgå till mer själv-organiserad verksamhet. Där ursprungligen den gamla damen och hemsamariten diskuterade dagsprogrammet utvecklades olika regler och yrken för snart sagt allt. Tror man att effektivitet inom hemtjänsten i hög grad handlar om samspelet och kontinuiteten i relationen vårdare/vårdad är detta olyckligt. Mängder av vård- och omsorgsforskning stöder denna tes och har givit exempel på interaktiva arbetsformer med mycket goda resultat ifråga om kvalitet och ekonomi (se vidare von Otter & Saltman a.a.). Organisationen har tillåtit att man har fäst minst lika stor vikt vid förutsättningarna för socialt samspel som vid det formella regelverket, förstärkningen av professionalism eller

utveckling av teknologiskt effektiva produktionsformer.

Det man har vunnit genom att utveckla den interaktiva kompetensen handlar inte minst om synergieffekter. Utifrån lokala förhållanden som ofta är helt unika har man hittat lösningar på lokalfrågor, personalproblem och annat som varit till mångsidig nytta. I vårdsituationen har man på liknande sätt värderat helheter snarare än effektiviteten i enskilda moment. Styrkan i att hemsamariten handlar i affären tillsammans med den gamla, ligger naturligtvis inte i själva köpandet, utan i helheten. Man väljer varor, man utför en fysisk aktivitet, man pratar. Där är arbetsterapi, sjukgymnastik, sällskap och praktisk nödvändighet. Effektiviteten ligger i synergien, inte i hur de enskilda funktionerna utförs.

Omvända signaler

Enligt den klassiska förvaltningsmodellen skall förvaltningen reagera på uppifrån, från politikerna kommande direktiv, som i sin tur formats i den politiska processen i en fullmäktigeförsamling, i partiorganisationer och ytterst i de allmänna valen. För att få en bättre avkänning av hur verksamheten uppfyller sina mål är det samtidigt angeläget att impulsflödet av information och styrning vänds, så att brukarna och frontpersonalen i samspel kan formulera operationella mål för verksamheten och förmedla dem uppåt.

En byråkratisk organisation har svårt att leva upp till nödvändiga krav på lärande och anpassningsförmåga. Den är dålig på att lära av sina misstag eftersom den i stort sett enbart erkänner formella fel. Tillspetsat kan man säga att förvaltningen jämför sig mot en nedre norm som inte får överskridas, medan ett konkurrerande företag i princip jämför sig med det bästa, som man bör överträffa. Styrkan i förvaltningsorganisationen, när den är som bäst, är just att regler tillämpas konsekvent och utan speciella hänsyn. Modellen är tillämpbar när enskilda preferenser och variationer saknar betydelse. Styrkan i marknadens samspel när det är som mest övertygande ligger i det interaktiva samspelet. Två rimligt jämställda parter diskuterar utifrån sina olika roller

och förutsättningar hur de bäst skall kunna tillgodose olika behov och intressen.

En svaghet i relationen brukare–personal är i den professionella förvaltningsmodellen att professionalisering med sitt inslag av s.k. social ingenjörskonst och förankring i en vetenskaplig kunskapssyn, skapar en särskild typ av byråkratiskt främlingskap. Ett annat problem sammanhänger med att det uppstår en närmast funktionellt underbyggd uppdelning mellan professionella verksamhetsfrågor och ekonomi.

Både i den byråkratiska processen och i den professionella behandlingsmodellen byggs ett objektförhållande till nyttjarna in, de blir lätt fall snarare än individer. Det som för den enskilde är avgörande, personliga värderingar, erfarenheter och resurser får otillräckligt utrymme. För konsumenten är det tvärtom just dessa subjektgenskaper som idealt skall vara avgörande. Detta återspeglas i maktutredningens undersökning av inflytandet som nyttjare av offentliga tjänster och konsument (av kapitalvaror), där allmänheten visar sig uppleva ett betydligt sämre inflytande i det förra fallet (SOU 1990:44).

Genom att ge patienterna valfrihet – även inom ett offentligt system – skapas inte bara möjlighet till en fördelaktig anpassning mellan olika individuella preferenser och olika vårdutbud utan även ett styrmedel som får organisationen att öka sin ambitionsnivå. Detta är sannolikt den huvudsakliga poängen med valfrihet i vården. Den ligger inte i att skillnaden i önskemål om behandling är stora utan i att organisationen blir ansvarig åt två håll.

Ett mått av valfrihet och konkurrens uppmuntrar ett experimenterande med olika arbetsdelningsprinciper, olika former för buntning och länkning av tjänster. Men det stöder samtidigt – snarare än motverkar, som ofta hävdas – de demokratiska processerna. Brukarnas valfrihet ger politikerna en feedback som kompletterar de produktionsbaserade kalkylerna med en värdering från konsumtionssidan. Valfrihet (*choice*) står inte i motsatsställning som politisk mekanism till politisk artikulering (*voice*) via debatt och deltagande i politiska möten etc., utan alternativen stöder varandra. Den kritik och debatt mellan engagerade medborgare, som främjar solidaritet och övergripande förståelse, kommer lättare till stånd om makthavarna har ett egenintresse av att lyssna, därför att brukarna kan sätta kraft bakom orden.

Arbetsdelning inom och mellan företag

En nyckel till effektiv företagsamhet är den ovan beskrivna interaktiva relationen till konsumenterna, en annan sammanhänger med friheten i arbetsdelningens processer. Problemställningen handlar om två frågor som kort berörts ovan; (1) hur buntas olika uppgifter samman i koncerner, företag, dotterbolag, avdelningar, arbetsuppgifter, (2) hur länkas dessa samman i så fullständiga servicesystem som möjligt? Frågorna handlar bl.a. om den plats som regler, professionalism, tekniska system, m.m. bör ha, i jämförelse med det öppnare utrymmet för samarbete, avtal och interaktiv problemlösning.

Kring begreppen hierarki eller marknad har dessa viktiga frågor fått en teoretisk formulering, som är relevant för den offentliga sektorn (Williamson, 1975). Företagen har under 1980-talet omstrukturerat sig med utgångspunkt i frågan: Hur uppnår vi slagkraftiga företag genom ett bättre sätt att bunta ihop (eller skilja ut) olika produkter, och skall vi länka samman sånt som är åtskilt med hierarkiska eller marknadsmässiga band?

Mätningproblemen – och besläktade frågor om kontroll och övervakning av produktionen – är grundläggande för hur effektiv produktion skall organiseras. Om det är svårt att särskilja olika bidrag inom en organisation till ett resultat och deras värde, kan det tala för att internproduktion fungerar sämre än extern. I det senare fallet köper man det färdiga resultatet och överlåter åt någon annan, eller marknaden själv, att se till att arbetet bedrivs effektivt. Men inte sällan är det tvärtom så att integrering i företaget är mest effektivt – annars skulle det inte finnas organisationer som de gigantiska amerikanska sjukhusföretagen.

För att ge en bakgrund till resonemanget om den offentliga sektorns stukturproblem, kan det vara lämpligt med en utveckling. De stora produktivitetseffekterna i näringslivet uppstår inte genom att man gör samma saker som tidigare allt fortare och billigare utan genom strukturella förändringar i verksamheten; strukturuomvandling inom och mellan sektorer, produktbyten, teknikbyten, omorganisation av företag. Integration eller separering av olika enheter eller moment är den avgörande strukturella effektivitetsfaktorn.

Denna arbetsdelning i det ekonomiska livet är ett kaleidosko-

piskt mönster som över tid förändras. Företag buntas ihop eller bryts upp allt efter som nya skal fördelar eller problem visar sig. Människor samverkar hierarkiskt eller horisontellt beroende på vilket stöd t.ex. den informationsteknologiska utvecklingen ger. De köper och säljer av fri vilja eller för att utnyttja varandras trångmål. Företag och människor omfattas av kort- eller långsiktiga förpliktelser och rättigheter som uttrycks i mängder av olika förhandlingar och kontrakt. En ständigt närvarande fråga i det moderna näringslivet är om dessa samhandlingar bäst regleras i företaget (hierarkiskt) eller externt via marknaden eller i någon hybridform (t.ex. M-form).

I en bok om det moderna storföretaget beskrivs detta som en amöbaliknande institution, som ständigt förändras, bryts sönder eller kombineras om internt, i syfte att uppnå bästa möjliga interna och externa effektivitet. Det hävdas t.o.m. att det typiska svenska verkstadsföretaget ägnar mer resurser åt informationsbearbetning än åt ren tillverkning och snarare hör hemma i tjänstesektorn än i industrisektorn. De flesta har gradvis ökat andelen inköpta istället för egentillverkade komponenter. Underleverantörerna står ibland numera även för produkt- och produktionsmässig utveckling; legotillverkare i traditionell mening har blivit sällsyntare.

Länge var de egna industrierna ryggraden i konsumentkooperationens verksamhet och gav dess butiker fördelar jämfört med konkurrenterna. Idag är det tvärtom, föreningarna vill köpa fritt istället för att vara uppboundna till sina egna fabriker. Många har sålts. Varuhuset NK är kanske det bästa exemplet på den problematik vi diskuterar här. Det var en gång en horisontell och vertikalt långt integrerad rörelse, med egna fabriker, lager och affärer. Idag är företaget i huvudsak en organisation för marknadsföring som tillhandahåller ett namn, lokaler och säljstöd till enskilda handlare. Intressant nog utan att förändringen egentligen syns för kunden.

SAS vill expandera inom sjukvården för att flygbolaget menar att koordinerade och centralt utvecklade managementsystem för logistik, inköp och produkter, samt personalutbildningsprogram erbjuder skal fördelar. De mjuka systemen är den avgörande faktorn bakom denna diversifiering.

Problemställningar av det här slaget har offentlig och privat

verksamhet gemensamma. De offentliga förvaltningarna har under en följd av år nu arbetat med effektivisering av olika interna system och processer. Man har skurit bort personal och minskat s.k. slack. De flesta anställda i offentlig tjänst har upplevt det gångna årtiondet som en serie förändringsansatser som avlöst varandra. Intressanta försök har gjorts med decentralisering till kommundelar och sjukvårdsdistrikt, förändring av nämndstrukturen för att få en bättre helhet av olika verksamheter, sambruk av vissa resurser mellan förvaltningar m.m. Ibland har detta varit framgångsrikt, ibland har organisationsproblemen förvärrats. Trots detta kan man konstatera att analysen och förändringarna när det gäller strukturen av offentliga företag ligger långt efter det privata näringslivet.

Många förändringar har blivit ideologiskt laddade i onödan. När man föreslagit avveckling av funktioner som skulle passa bättre i en annan inramning har det talats om värdet (eller riskerna) av privatisering i moraliska termer, medan exakt samma processer varit naturliga inslag i näringslivets sökande efter mer rationella organisationsformer. Det finns inte anledning att räkna ideologiska poängar på tekniska organisationsfrågor.

Produktions- och transaktionskostnader

Bakom arbetsdelningsprocessen – buntning och länkning av verksamheter – bör även ligga överväganden som rör produktionskostnader och transaktionskostnader.

Låt oss återknyta till offentlig tjänsteproduktion och utgå från ett sjukhus som exempel. Det innefattar vissa verksamheter som alla sorterar under sjukvårdsdirektören. Dennes viktigaste uppgift är att inom en ekonomisk ram sörja för viss sjukvård för en definierad grupp människor. Till förfogande finns pengar och personal. Vad är det då mer än traditionen som talar för att sjukhusorganisationen såsom vi känner den är mest ändamålsenlig? Och att de roller som utvecklats för patienter, läkare, sjukvårdsbiträden etc. är de bästa? En del funktioner som inte är direkt sjukvård, t.ex. matlagning och underhåll av värmecentralen gör många sjukhus själva med egen personal, medan man

köper andra, t.ex. budservice och fastighetsreparationer. Vissa laboratorietjänster och t.o.m. operationer kanske köps fast det medicinska innehållet är centralt. Sjukhusstaben har ett stort antal kontrakt, anställningskontrakt, konsultavtal, köpekontrakt, leasingavtal m.m., som förhandlas fram, kontrolleras och övervakas. Sjukhusdirektören uppnår sina mål till större eller mindre belåtenhet för olika parter. Hans problem är att beräkna kostnaderna med hänsyn till besväret att skriva regler för intern produktion eller träffa avtal med externa producenter. Att väga fördelarna av egenverksamhet ur flexibilitetssynpunkt, mot en annan typ av flexibilitet som marknaden erbjuder.

Det kan handla om kontroll, att verksamheten bedrivs enligt styrelsens direktiv, lagar och förordningar el.dyl. Det kan vara tekniska fördelar som ger låga drifts- eller kapitalkostnader. Det kan vara administrativa fördelar som påverkar kostnaderna eller den strategiska manöverskickligheten. Effekterna kan ligga i de sociala systemen, människorna trivs bättre och frånvaro och personalomsättning reduceras, arbetsmotivation och kompetens gynnas etc. Det normala är att det finns många motstridiga signaler. De tekniska systemen talar för storskalig hierarkisk integration. De sociala systemen kräver en annan mindre skala om de skall vara effektiva.

En innovativ organisation finner nya lösningar som maximerar rätt skalfördel eller kombinerar stort och smått på ett nytt sätt. Man måste också kritiskt se de nackdelar som finns med extern produktion och åtföljande institutionella förändring. Exempelvis skulle privatisering innebära ett annan knippe rättigheter och skyldigheter än offentligt huvudmannaskap, något som försvårar den typ av styrning eller kontroll som politikerna och allmänheten kan vilja utöva.

Alternativ för konkurrens och valfrihet

Över stora delar av den industrialiserade världen – öst som väst – pågår försök att modifiera de nationella sjukvårdssystemen. I USA genomfördes mot slutet av 1970-talet den hittills mest radikala avregleringen av landets till stora delar privata sjukvård.

Experimentet med fri konkurrens i sjukvård har inte fallit väl ut. Intresset riktas därför mot olika blandformer. Ett antal modeller har utvecklats (se t.ex. Enthoven 1985, Saltman & von Otter 1991, Culyer m.fl. 1990). Den modell som diskuterats i England bygger på en föreskriven konkurrens mellan sjukvårdsproducenter – inom och utom systemet; offentliga och privata. En möjlighet finns där också för offentliga sjukhus att begära utträde och börja fungera som självstyrande, stiftelseägda offentliga företag. Utmärkande är att patienterna i den modellen knappast fått en starkt valfrihet eller ökad roll. Valfriheten utövas av en sjukvårdsdirektör och en politisk styrelse, å patienternas och inte minst skattebetalarnas vägnar.

Offentlig konkurrens – i vår mening – innebär att brukare av sjukvårdstjänster så långt möjligt, inom de ramar som är förenliga med välfärdsstatens politiska värderingar, skall kunna välja institution (sjukhus, vårdcentral, åldringsvård etc.). Innebörden är att de som svarar för vårdutbudet skall konkurrera om marknadsandelar och att resurstilldelning och belöningsssystem på olika sätt skall kopplas till framgång i denna konkurrens.

Syftet är dels att skapa en extern motvikt till beslutskriterierna i den interna planeringsprocessen, och en validering ur konsumtionsaspekter av producentsidans beslut, dels att skapa starkare incitament för effektivitet. Politikerna behåller som huvudmän sitt planeringsansvar och det är ytterst de som avgör vilka valalternativ som skall finnas och som avgör med vilken kraft valbeteendet skall få avgöra den faktiska strukturen. Därför förblir det också meningsfullt att ställa dem till svars för övergripande beslut. Marknaden blir mindre anonym än i vanliga fall, den osynliga handen har åtminstone en ägare. Politikerna avgör om marknadskrafternas utslag skall förstärkas eller försvagas (t.ex. för att skydda minoritetsbehov eller förhindra oönskad social segregation). De kan föregripa de mest drastiska konsekvenserna av fria marknadskrafter, om de så önskar, eftersom marknadens metoder för att utveckla och förbättra (via konkurser och nedläggningar) kan vara oönskade inom ett område som så intimt berör människor som vården.

Modellen för offentlig konkurrens tillåter inte fri etablering och utnyttjar inte heller fri prissättning för att avstämna tillgång och efterfrågan. Det mest kontroversiella inslaget har varit förslaget

att huvudsakligen begränsa det till offentliga vårdgivare. Anledningen är de internationella erfarenheter som pekar på en rad problem som måste undvikas. Starka privata producentintressen påverkar lagstiftning och regler till sin förmån och möjligheterna för politikerna att besluta mer fritt och opåverkat av särintresse förverkligas inte. Vi kan tänka på regleringen av byggnads- och livsmedelsproduktionen för att förstå vilka krafter det handlar om. För det andra är besparingarna med ett öppnare system i hög grad osäkra. De ca tio år av fri marknad för sjukvård som prövats i USA visar svårigheten att inom ett system som bygger på att en tredje part betalar – vare sig det är ett offentligt eller privat försäkringssystem – kontrollera kostnaderna. Erfarenheterna är ganska entydiga när det gäller den fria konkurrensens fördyrande effekt inom sjukvården, inte minst p.g.a. den byråkrati som utvecklats i besparingssyfte.

Man kan vidare vara tveksam till i vilken utsträckning reell konkurrens mellan privata företag kan upprätthållas när det gäller kvalificerad vård. Det finns alltid en klar risk att företagen söker undvika kostsamma patienter/brukare eller i ett trängt läge eftersätter kvaliteten i verksamheten. I båda fallen kan detta bara mötas med byråkratiska åtgärder som mer än förtar fördelarna.

Avslutning

Många reformidéer när det gäller sjukvården har blivit ideologiskt laddade i onödan. Det betyder inte att vi allmänt kan ta lätt på frågan om vilka värderingar och målsättningar som skall leda sjukvården. Det är intressant att notera att den anda av solidaritet som är grundläggande t.ex. för sjukvården i Europa, inte minst Storbritannien, är intakt i befolkningen. Varje försök att effektivisera sjukvården kommer ytterst av väljarna att prövas mot samma gamla jämlikhet och solidaritet.

Referenser

- Culyer, A.J., Maynard, A.K. & Posnett, J.W. (ed), *Competition in Health Care*, MacMillan Press, 1990.
- Enthoven, A., *Reflections on the Management of the NHS*, (NPHI), 1985.
- von Otter, C. & Saltman, R., *Valfrihet som styrmedel*, Arbetslivscentrum, 1990.
- Saltman, R. & von Otter, C., *Planned Markets and Public Competition: Strategic Reform in Northern European Health Systems*, Open University Press (utkommer 1991).
- Saltman, R. & von Otter, C., *Re-vitalizing Public Health Care Systems: A Proposal for Public Competition in Sweden*, *Health Policy*, 7: 21–40, 1987.
- SOU 1990:44, *Demokrati och makt i Sverige*, Maktutredningens huvudrapport.
- Williamson, O., *Markets and Hierarchy*, Free Press 1975.

5. *Dalamodellen – ett första steg mot en ny hälso- och sjukvårdsstruktur*

Toivo Heinsoo

De svenska landstingen har passerat en historisk period, som aldrig lär återkomma. Varje år under de tre senaste decennierna har vi från ett år till ett annat kunnat avsätta mer pengar till hälso- och sjukvården än året innan. Därför har den svenska hälso- och sjukvården idag mer resurser till sitt förfogande än någonsin tidigare. Hälso- och sjukvården har heller aldrig tidigare haft så många och så kompetenta personer engagerade som idag. Aldrig tidigare har sjukvården kunnat behandla så mycket och så många som idag.

Utvecklingen kommer att fortsätta. Men säkert aldrig mer på de villkor som gällt hittills. Det är allt fler övertygade om. För trots den mycket stora satsning som skett på hälso- och sjukvården hörs de kritiska rösterna oftare än förr.

Landstingens tillväxt

Landstingen (och de landstingsfria kommunerna) är den största arbetsgivaren i varje region. Det största landstinget har närmare 100 000 anställda och det minsta över 8 000 anställda.

De stora strukturerna och den stora organisationen har successivt utvecklat ett eget beslutssystem, som bygger på maktfördelningens principer. Maktbalansen har upprätthållits genom att förhandla fram lösningar mellan politiker, tjänstemän och professionella inom vården (företrädesvis läkare). Det är inte svårt att i varje del av Sverige leda i bevis att denna maktindelning inte

alltid lett fram till de mest rationella besluten. Merkostnader har ofta accepterats för att garantera en stabilitet, som inte hotat någon del av maktstrukturen. Utvecklingen har gått förvånansvärt fort. Från mitt eget landsting vet jag att samma prestation som 1975 krävde 100 anställda redan 1983 inte kunde klaras utan 135 personer. Därefter har det accelererat. De svenska landstingen hade 1980 cirka 178 000 anställda. Nio år senare (1989) redovisade landstingen över 347 000 anställda.

Utan konkurrens

Från att ha arbetat i en miljö där det funnits sjukhus med olika huvudmän och staten som kontrollant över etableringar har landstingen nått en position som stora hälso- och sjukvårdsmonopol. Numer är det landstingen som i praktiken avgör om och vilka alternativa vårdformer som kan etableras vid sidan av de landstingskommunala enheterna. Denna utveckling har i och för sig inte haft någon avläsbar negativ effekt på vårdkvalitet eller vårdutbud. Monopolmarknaden har däremot definitivt lett till att alla jämförelser och mätningar av effektivitet och produktivitet utvecklats långsamt och med litet intresse.

Kritiska röster

Mot den här (här schematiskt beskrivna) utvecklingen av landstingen har de kritiska rösterna blivit allt fler. Kritiken har gällt oflexibla lösningar, brist på alternativ och långa vårdköer. Bland den egna personalen har modstulenheten vuxit och ineffektiviteten uppenbarats genom upprepade felprioriteringar från de beslutande instanserna. Politikerna tycker att administratörer och klinikchefer har tagit över. De inom vården verksamma har på motsvarande sätt utvecklat en allt större misstro mot politikerna.

Vid den internationella hjärtskongressen i Älvsjö (september 1990) formulerade hjärtläkarna en kritik mot sjukvårdens organisation som blir allt vanligare bland de vårdanställda.

”Det är inte pengar som saknas i den svenska sjukvården. Det är ledarskap. Politikerna saknar förmåga att styra och vågar inte

göra de prioriteringar som är nödvändiga”, lyder tidningsreferatet från läkarnas möte.

Visst tycker patienterna fortfarande att den hälso- och sjukvård som erbjuds fyller högt ställda krav. I Kopparbergs läns landsting visar opinionsundersökningar att cirka 80 procent av invånarna anser att landstinget ger en god hälso- och sjukvård. Däremot är det en betydande majoritet som anser att väntetiderna är för långa och att landstinget inte är effektivt organiserat.

Budgetstyrningens kollaps

De flesta landsting har övergett de ekonomiska styrförsök som har gjorts genom detaljerade budgetbeslut från landstingsmötets sida. Ändå är det inte så länge sedan som politikerna begärde att alla enheter skulle göra sina äskanden genom att specificera personalkostnader, övriga driftkostnader och kapitalkostnader. Budgeten för ett stort sjukhus gavs sedan genom att man angav de tillstyrkta medlen i dessa tre grupperingar. Sjukhuset fördelade budgeten på alla kliniker och vårdavdelningar genom att bryta ner personalbudgeten, driftbudgeten och kapitalbudgeten på sina respektive kliniker och avdelningar.

Hur behovet av en förstärkning med en sjuksköterska på halvtid på vårdavdelning 23 på medicinkliniken kunde värderas och prioriteras i ett sådant system är obegripligt. Systemet föll mycket riktigt också ihop i takt med att allt fler beslutsfattare insåg att budgetstyrningen inte styrde något av värde.

Målstyrningens renässans

Som alternativ till budgetstyrningen har målstyrningen lanserats. Den utgår från huvudsakligen två konstateranden. För det första att den hierarkiska modellen måste rivas. Och för det andra att koncentrationen av beslutsbefogenheter skall göras till de direkt verksamhetsansvariga. Man skall på kliniken, på vårdcentralen och på avdelningen själv kunna kontrollera alla sina

resurser. Med dessa skall man formulera sitt uppdrag till hur på förhand givna mål skall förverkligas.

Den styrfilosofi som nu vinner intrång i landstingen kan i kort-het beskrivas på detta sätt:

- Den centraliserade strukturen ersätts med decentralisering och stora frihetsgrader till att själv organisera sin verksamhet.
- Budgetstyrningen ersätts med målformuleringar och riktlinjer. Så få regler som möjligt skall formuleras övergripande för verksamheten.
- Det ställföreträderskap som det hierarkiska systemet gödde skall ersättas med resultat- och resursansvar.

I Kopparbergs läns landsting har vi därutöver arbetat med en fördelningsmodell för budgeten som bygger på sjukvårdsområdenas storlek. Människornas antal och deras ålderssammansättning avgör penningflödena för de resurser som står till hälso- och sjukvårdens förfogande.

De första erfarenheterna av landstingens omorientering är positiva. En mindre detaljerad styrning har tvingat fram diskussioner kring verksamheternas syften och mål. Budgetfördelning som lämnar det traditionella anslagsäskandet och historiken bakom sig uppenbarar alternativa handlingsvägar. Men räcker det? – De systemproblem som funnits har blivit färre, men lika fullt kvarstår tecken på felaktiga prioriteringar, ineffektivitet och någon form av uppgivenhet.

För att gå vidare bestämde sig landstinget i Dalarna att fundera lite kring den utveckling som omvärlden kommer att möta oss med.

Människans valfrihet

Från att ha kunnat hantera hälso- och sjukvården som en landstingsintern planeringsprocess utsätts sjukvårdshuvudmännen för allt mer av omvärldens krav och synpunkter.

De allmänna levnadsbetingelserna har gjort att människor lättare kan göra jämförelser.

Den genomsnittliga utbildningslängden har på några decennier vuxit från grundskolenivån till gymnasiekompetensnivån.

Egna och barnens erfarenheter från utlandsresor avdramatiserar skillnader mellan Sverige och andra länder. Den hemmablindes retorik får allt svagare fäste. Våra nyheter i televisionens och radions sändningar, i tidningar och andra publikationer speglar alltmer mångfalden. Svenska uppfattningar kan med lätthet konfronteras med nyhetsändningar från amerikanska CNN och engelska BBC. Ja, inte ens TV-nyheterna på svenska är längre en uppgift för enbart Sveriges Television. De nya kanalerna vinner snabbt framförallt ungdomars intresse.

I denna miljö växer en ny konsumentmedvetenhet. Det kommer finnas många fler som kan formulera egna önskemål och alternativ. Det tror jag kommer att gälla också för sjukvårdskonsumenten. I större och större utsträckning kommer valfriheten att accentueras.

Framtida patienter kommer inte att acceptera historiska och vårdideologiska förklaringsmodeller som hindrar valfriheten. Administrativa regleringar, i form av upptagningsområden och remisstvång, kommer att ifrågasättas och förkastas. Krav om valfrihet och tillgänglighet kommer växa fram istället.

Goda tiderna slut

Landstingen kan inte räkna med annat än att de kommande åren på olika sätt kommer att föra med sig ekonomiska begränsningar.

Riksdagen har under försommaren 1990 beslutat om ett tvåårigt skattestopp för kommuner och landsting. Allting tyder på att vi kommer ha ett likartat förhållande under resten av 90-talet. Det kommer säkert att regleras på annat sätt och i andra termer, men det finns ingen anledning att tvivla på allvaret i ambitionerna att hålla den kommunala utdebiteringen i närheten av 30-kronorsstrecket. Tillräckligt många kommuner har redan passerat den nivån för att en del av skatteomläggningens trovärdighet skall vara naggad i kanten. Mer kommer inte att tillåtas.

För sjukvårdens del leder det till en slutsats om att nya verksamheter, som introduceras, i ökad utsträckning måste finansieras genom omprövning av redan befintliga delar. Eller att vins-

terna av nya behandlingsformer är så påtagliga att de ur samhällsekonomisk synpunkt är lönsamma. En period av nära nog obegränsad utbyggnad kommer att ersättas av prioriteringsresonemang av tidigare ej skådad art.

Att få personalen engagerad

Landstingen är kunskapsorganisationer där de individuella prestationerna är avgörande för kvalitetssäkringen. Från den utgångspunkten bör hälso- och sjukvården vara attraktiv när konkurrensen om arbetskraften blir mer påtaglig. Samtidigt som utbildnings- och kompetensnivån stärks i landstingen kommer organisationens olika delar att utsättas för en reformatorisk attack, en attack som kommer att ifrågasätta hierarkiska arbetsätt, invanda mönster och etablerade beslutsformer. Landstingen kommer att tvingas ge sina anställda stora frihetsgrader för att främja flexibilitet, anpassning efter lokala förutsättningar så att mötet mellan vårdgivaren och patienten stöds på bästa sätt.

Frågan är om politiker och fackliga organisationer förstår att väcka dessa dynamiska krafter.

Tre förutsättningar

I slutet av 80-talet hade landstinget i Dalarna vandrat från centralistiska strukturer till styrformer som byggde på decentralisering, målstyrning och resursansvar. Systemproblemen fanns kvar om än i annan tappning. Avsaknaden av reella incitament blockerade rationella prioriteringar och effektivitet.

När vi blickade in i 90-talet såg vi tecken på ett hårdnande ekonomiskt klimat samtidigt med klara behov av att på ett bättre sätt ta till vara personalens engagemang. Och framför allt insåg vi att det krävdes en ny struktur för att tillfredsställa de växande önskemålen om valfrihet och de ökande kraven på tillgänglighet.

Vi förstod att det var dags att, efter att ha utvecklat koncepten kring målstyrning, lämna alla de former som fokuserar den egna organisationens delar. Det var dags att koncentrera uppmärk-

samheten på hur kundens krav och behov skulle kunna tillfredsställas. Att etablera en konsumentstyrd hälso- och sjukvård.

Ur patientens synpunkt

När vi började fundera kring ramverket för en ny hälso- och sjukvårdsstruktur var utgångspunkten given. Vi ville hitta ett sätt att ge varje människa i vårt län en så stor valfrihet som möjligt vid de tillfällen man behövde hälso- och sjukvårdens tjänster.

För de allra flesta är det då inte tillräckligt att få fri access till vården. Har jag ont i mitt knä, kanske jag ändå inte vet om jag skall vända mig till vårdcentralen, till medicinmottagningen på lasarettet eller till kirurgen eller möjligen till ortopederna. Om valfriheten skall kunna utnyttjas måste varje människa få dels en så snabb tillgång som möjligt till läkare och dels ett konsultativt stöd för vidare sjukvårdskonsumtion.

Det är således naturligt att tänka sig att varje person i Dalarna skall ges tillfälle till att registrera sig hos en distriktsläkare. Att knyta en fast och förtroendefull kontakt.

Dalamodellen skall ge varje person i Dalarna ett erbjudande om registrering hos en läkare. Vi tänker oss att det är rimligt att ungefär 2 000 personer registreras hos en läkare.

Modellen ger rätt för den som så önskar att själv göra ett annat val än erbjudandet anger. Man skall också ha rätt att byta kontakt ifall man så önskar.

Sjukvårdsområden i varje kommun

De flesta av läkarerbjudandena kommer att komma från landstingets egna vårdcentraler. Vårdcentralerna kommer att ingå i femton sjukvårdsområden. Det betyder att varje primärkommun i länet utgör den geografiska avgränsningen för dessa områden.

Sjukvårdområdena leds av en styrelse som väljs av landstinget. Valet sker i proportion till mandatställningen i landstinget

som helhet. Landstinget fördelar alla de resurser som står till hälso- och sjukvårdens förfogande till dessa sjukvårdsområden. Fördelningen sker efter en fördelningsmodell som bygger på befolkningens antal och dess ålderssammansättning.

Styrelsernas uppgift är att söka efter de vårdgivare som kan tillfredsställa befolkningens krav och behov av basal hälso- och sjukvård. I de flesta fall blir det landstingets egna vårdcentraler. Inget i modellen hindrar emellertid att styrelsen sluter avtal med privatpraktiker, någon läkargrupp eller ett vårdkollektiv.

Uppdraget till vårdgivarna regleras genom ett befolkningskontrakt. Där skall styrelsen ange vilka mål som verksamheten skall syfta till. Till att börja med kommer befolkningskontrakten vara i huvudsak principiellt hållna, men allt eftersom vårdbehovet anges och formuleras av distriktsläkarna kan styrelsen göra de prioriteringar man anser är nödvändiga.

Vårdgivarna arbetar på sina egna villkor. När väl befolkningskontraktet är givet har områdesstyrelsen ingenting med den dagliga driften att göra. Styrelsens arbetsuppgifter övergår till att övergripande värdera på vilket sätt befolkningens behov tillgodoses. Vidare skall man följa den ekonomiska utvecklingen, samt kontrollera kvaliteten.

Styrelsen har att företräda konsumenterna och svarar inte för sjukvårdsproduktionen.

Vårdcentralerna klarar inte allt

Vårdcentralerna kommer att vid ett antal tillfällen behöva sjukhusets resurser i det befolkningsansvar som man påtagit sig.

Vi tänker oss att utnyttjandet av sjukhusets resurser skall ske genom att vårdcentralerna tecknar ett antal vårdavtal med de kliniker som man behöver stöd från. Beroende på vilken klinik man vänder sig till, antar också vårdavtalen olika form. Det finns möjligheter att sluta ett avtal om totalt befolkningsansvar som den ena extremen. Till att man avropar resurserna allt efter att behovet uppstår som den andra extremen.

Det är vårdcentralerna som har till uppgift att diskutera och utforma avtalen mellan primärvården och slutenvården. Avtalen ratificeras av områdesstyrelsen. Styrelsens uppgift då är att göra

en bedömning av de prioriteringar som är nödvändiga och att företräda övergripande landstingsintressen. Om landstinget exempelvis har beslutat att alla kvinnor skall ha rätt till mamмоgrafiundersökningar, så skall detta inte kunna avtalas bort av en vårdcentral. Styrelsen kan också komma att lägga andra konsumentsynpunkter än de som ges ur ekonomiska och medicinska bedömningar. Man kan exempelvis komma att ifrågasätta att vårdcentralen vill utföra alla höftledsoperationer i Ystad. Billigast och bäst behöver inte alltid vara de enda kriterierna. Det kan också gälla närhet och tillgänglighet.

Vårdavtalen har vi inte sett som tillfälliga förbindelser. Avsikten är att vårdavtalen skall byggas så att en långsiktigt god utveckling av hälso- och sjukvården garanteras. Det kommer inte bli fråga om att på måndag ringa efter extrapriser på höftleder. Men däremot att vid avtalstillfället diskutera om man inte skall teckna avtal med ortopederna i Ludvika om höftleder istället för med dem i Falun för att reducera väntetiderna från tolv till sex månader.

Patientens valfrihet kommer inte att hindras genom vårdavtalen. Vi garanterar patienten rätt att själv välja den vårdform man anser är bäst. Inget remisstvång kommer att etableras. Incitamentet till att behålla och tillfredsställa patienternas önskemål skall ligga hos vårdcentralen.

Patienterna kommer genom sina aktiviteter också att förflytta pengar. Väljer jag en annan vårdcentral eller att gå förbi primärvården destinerar jag också ersättningen till den nya vårdgivaren.

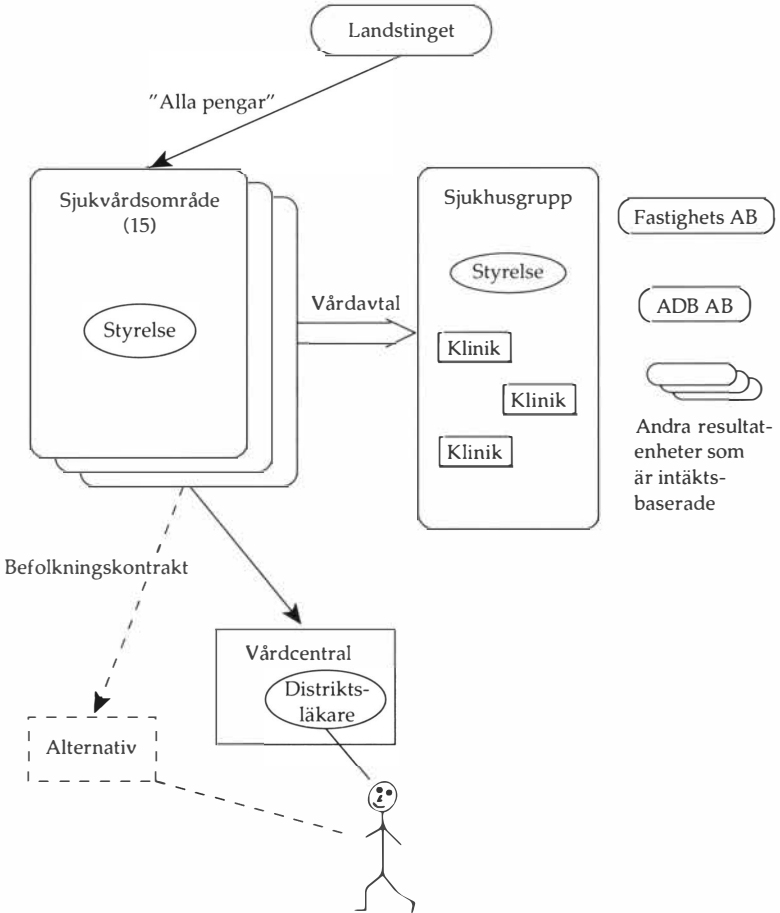
Sjukhusen upplöses

För att etablera en intern marknad förutsätter Dalamodellen att de nuvarande fyra sjukhusen upplöses. Istället bildar klinikerna egna resultatenheter och blir bärare av sin egen balansräkning i den nya sjukhusgruppen.

Sjukhusgruppen är helt intäktsbaserad. Intäkterna genereras främst från de vårdavtal man tecknar med sjukvårdsområdena. Andra inkomstkällor är naturligtvis möjliga. Man kan exempelvis tänka sig avtal med andra landsting eller att man hyr ut sina

lokaler till andra vårdgivare.

Sjukhusgruppen kommer ledas av en styrelse som skall arbeta i bolagsliknande former. Partierna i vårt landsting har enats kring att styrelsens ledamöter så långt det är möjligt skall rekryteras så att ett professionellt styrelsearbete främjas. Styrelsens uppgift blir att se till att sjukhusgruppen kan leverera all den slutna sjukvård som områdena efterfrågar. Detta skall ske till så hög kvalitet och till så låga kostnader som möjligt.



All service konkurrensutsätts

Inom sjukhusgruppen kommer klinikerna att konkurrera med varandra och med andra sjukhus utanför landstinget.

De serviceverksamheter som finns, fastighetsförvaltning, dataverksamhet, försörjning och liknande, och där liknande verksamheter går att upphandla på den externa marknaden, kommer vi också att konkurrensutsetta på den externa marknads villkor. Det gäller också verksamheter som administrativ service, tillhandahållandet av hjälpmedel och företagshälsovård. Dessa verksamheter kommer att intäktsbaseras och det kommer vara möjligt att välja andra alternativ för köparen av tjänsterna.

Inga blandade roller

Dalamodellen förutsätter att inga roller blandas. En del av organisationen kommer att företräda konsumenterna och är beställare av all sjukvård. Den andra delen av organisationen kommer att fylla rollen som leverantör av sjukvård och andra tjänster.

Förvaltningsutskottet kommer vara det organ som vi tänker oss skall kontrollera att modellens regler upprätthålls. Utskottet kommer därmed att vara såväl en pris- och kartellnämnd som ett kvalitetskontrollerande organ.

Partierna i landstinget kommer inte ha möjlighet att välja någon ledamot till mer än en av dessa tre positioner i modellen. Blandade roller kommer inte heller att tolereras inom andra grupper av aktörer.

Mental omställning

Dalamodellen har visat sig hittills vara mest nyttig genom att den river alla gamla strukturer och den maktbalans som skapats genom år av anslagsäskanden. Konkurrensutställningen har redan nu visat att det finns betydande utrymme för effektiviseringar och för nytänkande. Genom att ge patienten en reell ställning som en konsument med makt att förflytta pengar har verksamheten också fokuserats till en diskussion kring hur patientintressen

bäst skall tillvaratas.

Många önskade att Dalamodellen skulle vara klar i alla sina delar redan från 1 januari 1991. Man såg och ser det som en organisationsmodell som ersätter en annan. Så är det dock inte.

Vissa ingångsvärden kommer att vara kända, men Dalamodellen är en process som lever på marknadens villkor. Det är marknaden, Du och jag, som kommer att fastställa hur Dalamodellen kommer att se ut.

Visst är det för många en svår mental omställning att inse att verksamheten inte längre regleras av hur man lyckats motivera sig till landstingsmötets politiker, utan övergått till att formas av om man är efterfrågad eller inte.

En process som tar tid

Landstinget har beslutat att Dalamodellen skall börja införas från 1991. Till det är vi beroende av dispenser från kommunallagen och hälso- och sjukvårdslagen. Landstinget måste bland annat kunna agera med hög frihetsgrad vad avser styrelsernas arbete och hur delegationerna kan formuleras. Det måste också vara möjligt att knyta avtal med alternativa vårdformer och etablera interna marknader.

De flesta av de förutsättningar som Dalamodellen kräver tillgodosågs genom att landstingets utsågs till frikommun. Alla centrala instanser har inte underlättat vårt arbete, men regeringkansliet, socialutskottet och socialstyrelsen har genomgående varit positiva samarbetspartners och mycket snabba vid olika beslutstillfällen.

Lika snabbt kan Dalamodellen inte vara i full kraft. Vi tror att det första året i huvudsak måste ägnas åt att aktörerna lär känna sina nya roller och varandra. Samspelet med befolkningskontrakt och vårdavtal skall utvecklas.

Det andra året är det möjligt att börja tillvarata det resursutrymme som modellen kommer att skapa. Nu skall också den administrativa anpassningen genomföras.

Det tredje året måste koncentrationen ske till att kvalitetssäkra modellens olika funktioner.

Och viktigast av allt: Dalamodellen är en process och inte ett färdigt organisationsförslag.

Modellens svagheter

Dalamodellen är en början, ett första steg, på en ny struktur för svensk hälso- och sjukvård. Modellen arbetar inom systemets ram. Modellens största svaghet är därmed också det förhållandet att modellen inte involverar sjukförsäkrings- och arbetsskadeförsäkringssystemen i de prioriteringar som kommer att göras.

Modellen har även uppmärksammat hur snäv fördelningen mellan distriktsläkare och andra specialister är i Sverige. Förmodligen kommer vi att som enskilt landsting, genom olika lösningar, hitta en acceptabel tillgång på distriktsläkartid. Andra landsting som följer oss kommer få det svårare. Det måste ske en ändring. Svensken måste, som alla andra européer i stort redan har, få tillgång till en egen läkare. En kontinuerlig kontakt där ett förtroendefullt förhållande kan etableras. Det är vår enda utväg från ständigt accelererande kostnader.

Modellen innehåller också risker. Det fria läkarvalet har utpekats som en sådan. Hur kan man kontrollera kostnaderna när man avsvär sig remissinstrumentet har det sagts. Vårt svar har varit att vi vill att incitamentet till att kontrollera kostnaderna skall ligga hos vårdgivaren och inte patienten. Är det så att patienterna konsekvent undviker vårdcentralen för att nyttja mottagningen på sjukhuset, så skall det ligga i vårdcentralens intresse att ändra förhållandet. Inte genom administrativa begränsningar utan genom marknadsanpassningar.

Vad händer om pengarna tar slut genom att det inträffar en oföretsedd olycka i området, har varit en annan fråga. Kommer patienterna avvisas? Kring detta har vi erfarenheter sedan länge.

1983 budgeterade landstinget 85 miljoner kronor för region-sjukvården. Kostnaderna blev 93 miljoner. Pengarna tog således slut redan i oktober. Ändå hindrades ingen att få exempelvis cancerbehandling under november och december. Vad man gjorde var att man intecknade framtiden. Så kommer även Dalamodellen att fungera. Tillfälliga kostnadsavvikelser kommer man ha möjligheter att reglera åren efter. Sitt resultat får man bära med

sig. Det utesluter inte att vi vid något senare tillfälle kommer att laborera med någon form av återförsäkringssystem.

Inom systemets ram

Dalamodellen innebär en stor förändring, en process som utkristalliserar en del av organisationen som beställare och den andra delen som leverantörer. Vi etablerar interna marknader och konkurrensutsätter alla de delar som bär producentens roll. Serviceverksamheterna får arbeta på den öppna marknadens villkor.

Vi ger konsumenten makt. Genom den enskildes val förflyttas de ekonomiska resurser som står till förfogande.

Dalamodellen etablerar en konsumentstyrd hälso- och sjukvård inom de ramar som vårt generella välfärdssystem anger.

Det kan vara en lösning på dagens systemproblem och början på det svar som morgondagens krav reser.

Referenser

Människor i Samspel, rapport, SIAR mars 1990.

Handlingar till landstingsmöte 1990-06-11, Kopparbergs läns landsting.

Morgondagens sjukvård, rapport 1984:11, Dalarnas Forskningsråd, Claes Herlitz.

Synen på Kopparbergs läns landsting februari 1990, SIFO Opinion AB.

Statistisk årsbok för landsting 1989/90.

Artikel SvD från internationella hjärtkongressen 1990-09-19.

Utvärdering av Kopparbergs läns landstings modell för fördelning av finansiella resurser m.m., Programator Dalarna.

Strategirapport avseende informations- och styrsystem inom hälsovården, Cenergo 1990.

6. *På väg mot en ny styrmodell för effektivare sjukvård inom Bohuslandstinget*

Lars Roslund

Projekt 90 är ingen isolerad företeelse inom Bohuslandstinget. Projektet är ett av de utvecklingsarbeten, som ingår i den förändringsprocess, som inleddes i Bohuslandstinget i mitten av 1980-talet. Ambitionen har varit att skapa en verksamhet, som utgår från patientens behov, en så effektiv verksamhet som möjligt utifrån tillgängliga resurser.

Projekt 90 har två viktiga utgångspunkter. Den ena är att utveckla sjukvårdens kvalitet, den andra är att skapa bättre möjligheter för politikerna att styra sjukvården.

Kraven ökar – men inte pengarna

Kraven på sjukvården kommer att öka i framtiden. Sveriges befolkning blir i genomsnitt äldre och kommer att behöva mer sjukvård. Den snabba medicinska och medicintekniska utvecklingen går allt fortare och fler kommer att vilja ha tillgång till avancerade medicinska insatser. Därför kommer kraven på morgondagens sjukvård att vara högre än idag, men resurserna kommer inte att öka i samma takt. Detta ställer krav på en ny styrmodell för sjukvård.

Så länge sjukvården kunde växa i oförminskad takt, innebar det nuvarande styrsystemet inga större problem. Fram t.o.m. 1970-talet växte och utvecklades hälso- och sjukvården mycket snabbt. Under de senaste tio åren har den ökat långsammare.

Problem

Vilket är då det grundläggande felet i sjukvården idag? Personalen gör ett fantastiskt arbete, det kan inte upprepas nog ofta. Svensk hälso- och sjukvård håller en mycket hög kvalitet. Det är inte där felet ligger. Nej, problemet handlar om vad som görs, vad det kostar och vilka alternativen är.

Problemet ligger bl.a. i den nuvarande budgetstrukturen. Det är svårt att anpassa dagens anslagssystem efter förändringar i produktionen. Kostnaderna är inte tillräckligt kända och intäkternas samband med produktiviteten inte tillräckligt starka.

Med Projekt 90 blir det möjligt att gå från anslagsbudget till intäktsbudget, vilket ger klinikledningarna mer realistiska förutsättningar att planera och styra.

Mer kunskap – bättre beslut

Det behövs en styrning av sjukvården som passar en starkt decentraliserad organisation och möjligheterna till uppföljning måste förbättras, både när det gäller produktivitet och kvalitet.

Det förutsätter att man kan mäta produktiviteten i sjukvården på ett tillförlitligt sätt, vilket i sin tur kräver informationssystem som ger underlag för snabba beslut. Därför behövs:

- en tydligare rollfördelning när det gäller politikernas konsument- och producentansvar
- en ökad konkurrens mellan olika producenter av sjukvård
- en fördelning av resurser som är baserad på behov
- en budget som bygger på uppnådda resultat.

Dessa är också tanken i Projekt 90.

Tre faser

Arbetet inom Projekt 90 bedrivs processinriktat, dvs. förslag och lösningar tas fram, förankras och integreras successivt, i nära samarbete med verksamhetsföreträdare, politiker och fackliga organisationer. Detta arbete har varit och är en viktig förutsätt-

ning för projektets resultat och finns närmare beskrivet senare i kapitlet.

Med hänsyn till projektets storlek och omfattning var det nödvändigt att dela in arbetet i tre faser.

Under *fas 1* koncentrerades arbetet på att ta fram den patientrelaterade redovisningsmodell, som utgör en grundläggande förutsättning för en ny styrmodell.

Detta arbete har bl.a. bestått i att bygga upp en ADB-baserad informationsmodell, i vilken såväl medicinska som ekonomiska data samlas runt respektive patients diagnos/behandling. En viktig utgångspunkt har därvid varit att tillgodose de olika behov som patienten, verksamhetsföreträdare och administratörer har i sammanhanget, allt för att skapa ett gemensamt språk som alla inblandade kan förstå.

Under *fas 2*, som startats under 1990, utvecklas formerna för den nya styrmodellen. Basen utgörs av en modell för resursfördelning. 14 lokala politiska nämnder kommer att få ett samlat ansvar för sin befolkning. Varje sådan nämnd tilldelas resurser för hälso- och sjukvård enligt beräknade behov. Tanken är att varje nämnd skall köpa tjänster av producenterna, vårdcentraler/privatläkare respektive sjukhus, efter en prislista per diagnos. Nämnden skall också fylla den viktiga rollen som företrädare för konsumenterna och bevaka kvaliteten i sjukvården.

Under *fas 3* skall styrmodellen införas successivt i hela landstingsområdet. Detta skall ske fr.o.m. 1992. Landstingsmötet skall ta ställning till förslaget i juni 1991. Planen för genomförandet skall även innehålla fakta om hur de nödvändiga verktygen/ADB-systemen skall installeras, liksom hur de skall finansieras.

Grunden är lagd

Kungälv's sjukhus och primärvårdsområdena Kungälv, Stenungsund och Tjörn har utsetts till försöksområden för Projekt 90. Här arbetas projektets verktyg och förslag fram tillsammans med företrädare för verksamheten. Under detta arbete fördjupas kunskaperna och samlas erfarenheterna, som senare kan komma hela landstinget till godo.

Eftersom projektet är ett pionjärarbete (utan tillgängligt facit)

har det varit viktigt att satsa särskilt intensivt på information, utbildning och förankring.

Läget efter projektets första fas kan sammanfattas så här:

- En minimiplattform för kostnad per patient finns i drift vid Kungälv's sjukhus fr.o.m. 1991.
- Ett antal delsystem och ett övergripande datasystem har installerats.
- Stora utbildningsinsatser har genomförts på olika nivåer för en stor grupp berörd personal.
- Konturerna för den nya styrmodellen är synliga och förankrade.
- Det viktiga kvalitetssäkringsarbetet i modellen börjar ta form.
- Grundförutsättningarna finns för ett successivt införande fr.o.m. 1992.

Fortsättning följer

För projektets andra fas, som nu pågår, finns en rad viktiga grundförutsättningar:

- Bohuslandstinget har en etablerad organisation med 14 primärvårdsområden med politiska nämnder som ansvarar för den basala hälso- och sjukvården. Dessutom finns tre sjukhus med egna förvaltningar/nämnder och eget budgetansvar sedan 1986.
- Primärvårdens och länssjukvårdens resurser bygger på en behovsrelaterad fördelningsmodell, vars tillämpning och innehåll är känd och accepterad.
- De nödvändiga nya verktygen, kostnad per patient och prisättning per diagnos, blir användbara under 1991.
- Styrmodellen diskuteras på bred basis i organisationen.

För att kunna gå vidare fordras

- att politisk organisation fastställs under 1991
- att berörd personal och politiker får tränas i sina nya roller under 1991

- att projektet även i fortsättningen kan arbeta processinriktat, samt
- att alla berörda har hög beredskap för barnsjukdomar hos den nya modellen.

Ny syn på sjukvårdens finansiering och organisation

Hur skall sjukvård styras? Alla är överens om att sjukvård behövs. Men hur mycket, av vilket slag, till vilket pris, till vilken kostnad och av vilken kvalitet? Och vilka krafter skall avgöra dessa frågors svar? Politiska? Medicinska? Ekonomiska?

Konventionella resonemang och samband mellan kostnaderna för och nyttan varor/tjänster fungerar dåligt när produkten är sjukvård. Behovet tycks t.ex. inte sjunkit i takt med att befolkningens hälsotillstånd förbättras utan snarare stiga i takt med den medicinska utvecklingen och vårdens tillgänglighet. En komplicerande faktor har också varit att inte bara nyttan med sjukvård är svår att mäta, utan också dess delkostnader.

En ny styrmodell utgör grunden för roller, organisation och pengar. Den är avgörande för den sjukvård som patienten möter, de reella alternativen för patienten och personalen samt fördelningen av pengarna.

Sättet att styra är också avgörande för politikernas uppdrag. Hur skall de bäst kunna företräda konsumenterna, användarna och invånarna i sitt område? Och hur ser deras roll ut, då det gäller vårdstrukturen och sjukvårdens finansiering?

I arbetet med en ny styrmodell för Bohuslandstinget har vi främst riktat uppmärksamheten på brister vad gäller incitament, information och organisation.

Övergripande problem

Den svenska sjukvården har kritiserats för att den saknar ekonomiska incitament för att förbättra effektivitet och produktivitet. Det finns visserligen starka professionella incitament, men den

positiva inverkan som konkurrens kan ge saknas.

Informationen om verksamhetens olika delar och dess kostnader är dålig.

Integrationen mellan medicinsk och ekonomisk information är otillräcklig, vilket innebär att de ekonomiska konsekvenserna av de medicinska besluten inte syns. Därför blir också beslutsunderlaget bristfälligt på såväl medicinsk som administrativ och politisk nivå. Det behövs också bättre information inför det rent operativa beslutsfattandet, vilket också skulle gagna de övergripande besluten.

Synen på befolkningens samlade behov av vård och rehabilitering varierar mellan olika aktörer i samhället. Följden av de olika åsikterna om vilken hälso- eller sjukvårdssatsning som är nyttigast för människorna blir motverkande istället för samverkande krafter, även när de övergripande målen sammanfaller. Det basala ansvaret för befolkningens hälso- och sjukvård måste renodlas, så att vård- och rehabiliteringsbehoven tillfredsställs på bästa samhällsekonomiska vis och inte suboptimeras på grund av administrativa regelverk.

Uppdraget

Bohuslandstingets förvaltningsutskott gav i juni 1990 uppdraget att finna formerna för en ny styrmodell för hälso- och sjukvården. Detta arbete utgör fas 2 av Projekt 90.

I den första fasen utvecklades en patientrelaterad redovisningsmodell – ett basverktyg för att fastställa vad behandlingen av varje patient kostar.

Detta basverktyg är också en förutsättning för en ny styrmodell.

Den nya styrmodellen skall bidra till att nå högre effektivitet och högre produktivitet, bättre kvalitet, ökade valmöjligheter och rätt vårdnivå för patienterna.

Följande grundläggande förutsättningar för hälso- och sjukvården får dock inte försämrats:

- lika tillgång till vård oavsett bostadsort, utbildning etc.
- kostnaderna för hälso- och sjukvården får inte överstiga given ekonomisk ram.

Förvaltningsutskottet hade bl.a. följande krav på en ny styrmodell:

- Merparten av resurserna skall läggas på primärvårdsnivå, där det samlade ansvaret för befolkningens hälso- och sjukvård finns. De tjänster som primärvården inte klarar av skall den köpa av andra vårdgivare.
- Sjukhusnämnderna skall avskaffas och sjukhusen skall ledas av respektive sjukhusdirektör. Varje sjukhus skall ha en politiskt tillsatt kvalitetsnämnd, som skall företräda patienterna och bevaka kvalitets- och servicefrågor.

Synen på patienten är grundläggande. Sjukvården är till för patienten.

Patienten skall självständigt kunna välja läkare, vårdlag, vårdmottagning eller andra alternativ, som t.ex. kontrakt med ett vårdlag i primärvården, en enskild läkare eller privatläkare. Förutsättningen för valfrihet är givetvis att alternativen finns.

Grundläggande är också patientens rätt till inflytande över sin vård och behandling, rätten att vara delaktig och kunna påverka.

Den första idén om styrmodell har vidareutvecklats genom diskussioner. Olika modeller testas och vägs förutsättningslöst. Den modell som är mest långtgående är den som visualiseras i bilden nedan.

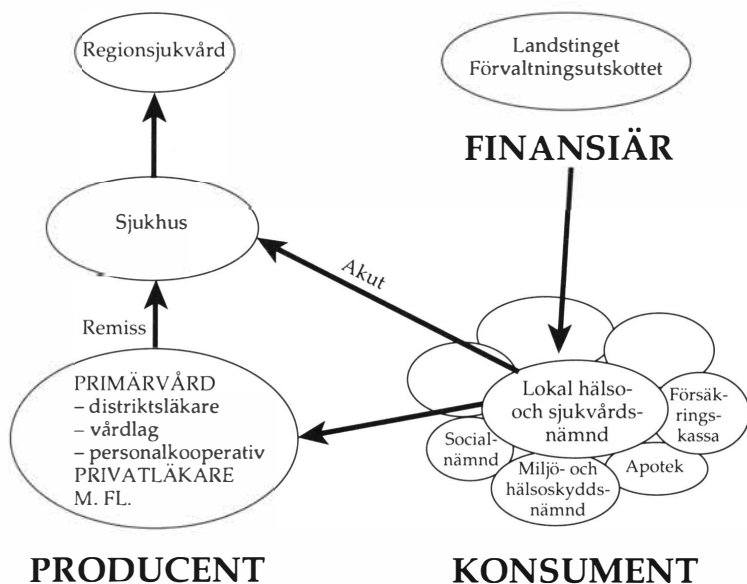
Den innebär att landstinget och förvaltningsutskottet får en tydligare roll som finansiär och ansvarig för övergripande strukturförändringar. Merparten av sjukvårdspengarna fördelas till 14 lokala nämnder som upphandlar tjänster av olika vårdproducenter.

Bassjukvården

En av sjukvårdens viktigaste uppgifter är att utveckla basverksamheten. Vården skall ske på patientens villkor. Patienten skall ha rätt att välja läkare och vårdlag samt ha tillgång till bassjukvård på eller nära sin hemort.

Varje lokal hälso- och sjukvårdsnämnd skall i princip ansvara för all sjukvård dess invånare behöver, även den vård som måste köpas av sjukhus m.m. Nämnden kan köpa vård av olika vårdproducenter, enskilda distriktsläkare, vårdcentraler, vårdlag, personalkooperativ, privatläkare, företagshälsovård.

FIGUR 1. Bassjukvården



De som får uppdraget att svara för den basala vården i en kommun, bör också få ansvaret och resurserna för de patienter som behöver specialistvård utöver basvårdens kompetens.

För att förbättra bedömningarna av vilka metoder som är effektiva i öppen vård, måste en grundläggande diagnos/åtgärdsregistrering påbörjas. De grova mått som används idag – antal besök, antal remisser etc. – mäter snarare det som händer än det som åstadkoms. Det skall bli möjligt att jämföra metoder, vårdgivare etc., vilket bäddar för rationell planering.

När information finns tillgänglig och vården är prissatt har primärvården möjlighet att göra rationella val mellan alternativa behandlingsmetoder och prioritera t.ex. förebyggande insatser, vilket är en av landstingets huvuduppgifter.

Avsikten är också att primärvårdens personal skall få bättre möjligheter att lära känna sina patienter. Kvaliteten och kontinuiteten i hälso- och sjukvården blir bättre när vårdpersonalen känner patienterna och deras livssituation väl. Sjukhusläkaren kanske bara träffar patienten en gång och blir på grund av bris-

tande helhetsbild tvungen att gardera genom många undersökningar och provanalyser.

Styrmodellen öppnar dessutom möjligheter för mångfald. Inte minst intressant blir det för primärvårdens personal att samarbeta i andra former än idag, bli sina egna, starta personalkooperativ eller hitta egna avtalsuppgörelser med den politiska nämnden, där arbetsuppgifterna/åtagandena preciseras. Det bör öka möjligheterna för personalen att utveckla nya former för arbetet, att konkurrera med kvalitet och personlig profil och att styra kostnaderna.

En stor fördel med den här beskrivna modellen är att den lokala nämnden kan samverka med försäkringskassa och apotek. Gemensamt kan de hitta nya former för vård och rehabilitering och, framöver, för finansieringen av sjukvården. Detta förutsätter att staten ger tillstånd till den försöksverksamhet, som Bohuslandstinget ansökt om.

Sjukhusen

Den största delen av landstingets resurser skall enligt politiker-
nas uppdrag fördelas till primärvården. Den får ett ännu tydligare ansvar för befolkningens hälso- och sjukvård. Det den inte klarar av själv skall den köpa av sjukhusen.

Sjukhusen skall sälja sjukvård med utgångspunkt från en prislista, där varje diagnos ges ett pris. Personalens specialkompetens skall tas tillvara optimalt.

Detta ger en renodlad producentorganisation, där primärvård och sjukhus måste samverka utifrån en rent professionell bas. Modellen kan även fungera i ett större geografiskt område, t.ex. inom hela den västsvenska sjukvårdsregionen, där patienterna får möjlighet att välja vård över landstingsgränserna fr.o.m. 1991.

Grund för beslut

En grundläggande förutsättning för rationella beslut är adekvat information. Först och främst måste patientens sjukdom och sjukvårdens åtgärder kunna beskrivas. Det finns en relativt väl

fungerande diagnosregistrering inom den slutna korttidsvården, men antalet diagnoser är många, drygt 8 000 stycken. DRG – diagnosrelaterade grupper – är färre, ca 470, och kan komma att användas för att definiera den slutna vårdens s.k. slutprestationer och mäta patientsammansättningen.

För att kunna beskriva vilka resurser som används i samband med behandlingen av patienter samt kostnaden för detta, måste det vara möjligt att identifiera och kostnadsberäkna delprestationer för varje vårdtillfälle. En delprestation kan vara en labanalys, en röntgenundersökning, en vård dag i en viss vårdnivå, en operationstyp m.m. Denna information skall användas som beslutsunderlag inom den medicinska professionen för att skapa behandlingsmönster för olika diagnosgrupper. Informationen skall också kunna användas som underlag för jämförelser mellan olika enheter samt som underlag för planering och budgetering utifrån ett verksamhetsinriktat perspektiv.

Klarare relationer och tydligare roller

Ansvarsfördelningen mellan länssjukvård och primärvård måste vara helt klart. Målet är att ta fram gemensamma behandlingsplaner för olika diagnoser och fastställa när en bestämd diagnos skall behandlas i primärvården och när primärvården skall köpa konsulttjänster av länssjukvården.

Vårdlagets och nämndens köp av sjukhus tjänster skall betalas efter en taxa som landstinget bestämmer.

Härigenom förändras de finansiella strömmarna i landstinget så att ett köp- och säljförhållande uppstår och en intern marknad skapas. Därigenom införs viktiga incitament för att förkorta vårdtiderna, att ta hem patienter i länssjukvård respektive regionsjukvård, så snart det går. Det blir anledning att i varje led kontrollera vad man får ut för pengarna.

För att öka incitamenten inom en enhet kan man dessutom tänka sig någon form av bonussystem, där ett gott arbete belönas särskilt. Det kan vara individuellt, men troligare inriktat på vårdlaget.

Dessutom hamnar olika sjukvårdsproducenter, dvs. sjukhusen, i ett visst konkurrensförhållande till varandra. Patienten väl-

jer vart han vill remitteras och primärvården betalar. Säljarna konkurrerar med hög kvalitet, korta vårdtider, korta köer etc. Däremot är det idag tveksamt om priset kommer att tillåtas bli ett konkurrensmedel.

Ibland kritiseras modellen för att leda till ett renodlat marknadssystem, där efterfrågan kommer att vara det enda som styr sjukvårdsutbudet. Det är fel. En klinik kommer inte att kunna växa hur som helst bara för att det finns en efterfrågan som skapar intäkter. Sjukvårdens resurser kommer fortfarande att utgöras av begränsade skattemedel. Dessutom skall vissa insatser styras till viktiga områden, som annars skulle kunna bli utan medel i brist på lönsamhet och till behandlingar som är så dyra att inget enskilt primärvårdsområde kan bära kostnaderna för dem.

Även den nya styrmodellen kommer alltså att innebära att ransonering och resursfördelning blir viktiga inslag och att ramar och strukturen för verksamheten kommer att fastställas av landstinget och förvaltningsutskottet. De inslag i marknadssystemet som kallas morötter och piskor skall användas för att stimulera till ständig effektivisering.

Politikerrollen

Det politiska systemet i landstingen kritiseras bl.a. för att politikerna tvingas spela tre – kanske fyra – roller samtidigt: De är konsumentföreträdare, producenter, finansiärer och dessutom arbetsgivare under en och samma hatt.

I den nya styrmodellen får politikerna nya, mer renodlade, roller. De får en finansiärroll på den centrala, landstingsgemensamma nivån och en roll som konsumentföreträdare lokalt på primärvårdsnivån. Dessutom får kanske varje sjukhus en politiskt tillsatt nämnd, en kvalitetsnämnd, som skall företräda patienterna.

Med dagens styr- och organisationssystem kan sjukvårdspolitikerna bara fördela budgetpengarna och hoppas på att det blir rätt. När en enhet överskrider budgeten så kritiseras den, oavsett om den producerat mer än planerat. I det fall en enhet får pengar över, får den beröm, även om överskottet beror på för låg pro-

duktivitet och effektivitet.

I den nya styrmodellen skiljs konsumentföreträdarrollen och producentrollen. Det kommer att förenkla styrningen av landstinget. Vårdföreträdarna, producenterna, kommer att få besluta mer självständigt om hur vården skall utföras.

Genom att den lokala nämnden står fri från själva sjukvårdsproduktionen (mottagningar, vårdcentraler och sjukhus) får nämnden en mer renodlad roll som företrädare för konsumenterna/patienterna.

I de lokala sjukvårdspolitikernas uppdrag skall också ingå att studera sjukvårdskonsumtionen och analysera hälsotillståndet i området samt, i samverkan med andra, svara för en god livsmiljö för invånarna.

7. Greppet – Stockholmsmodellen

Göran Rådö

Nytt styrsystem införs

Ett nytt ekonomiskt styrsystem ska införas inom Stockholms läns landsting med start inom hälso- och sjukvården. Ett heltäckande förslag som har karaktären av en vision har presenterats första kvartalet 1991. Förslaget går under benämningen *Greppet – Stockholmsmodellen*. Huvuddragen i det nya styrsystemet finns fastlagda i visionen och stora förändringar har införts i sjukvården i Stockholms län redan från årsskiftet 1990/91. Dessa förändringar ligger helt i linje med Greppets intentioner. En helt ny politisk ledningsorganisation införs fr.o.m. den mandatperiod som startar 1992.

De grundläggande principerna är följande:

- Patientens ställning stärks genom valfrihet.
- Landstingets budget anger inriktningsmål.
- Budgeten fördelas på olika geografiska områden efter befolkningens behov.
- Sjukvårdsområdena köper tjänster av sjukhusen som får betalt efter vad de producerar.
- Serviceenheterna blir egna resultatenheter. Interndebiteringar införs.
- Internhyror införs.
- Fler allmänläkare tillförs primärvården.
- Kvalitetssäkring sker i vården.
- Redovisningssystemet görs om. Patientrelaterad redovisning och DRG införs.
- Det politiska inflytandet finns i sjukvårdsstyrelserna som beställare och konsumentföreträdare och i hälso- och sjukvårdsnämnden. Akutsjukhusen får en självständig ställning.

Behovet av ett nytt styrsystem inom sjukvården

Det finns klara och tungt vägande skäl för införande av ett nytt styrsystem inom sjukvården. Skälen är både ekonomiska och vårdmässiga. Tunga ekonomiska motiv är främst de ökade sjukvårdsbehoven, behovet av ökad produktivitet inom sjukvården och landstingets allt mer försämrade ekonomiska läge. Vårdmässiga motiv är bl.a. den ökade valfriheten för patienterna och behovet av en ökad dynamik mellan olika vårdgrenar.

Vidare kan sägas att den stela budgetprocessen nu inte ger den lednings- och styrförmåga som idag behövs för en effektivisering av sjukvården. Utvecklingen av budgetprocessen kan heller inte ge en effektivisering som hänger samman med dagens arbetsmiljö och motivation.

Syftet med det nya styrsystemet är att åstadkomma bättre ekonomistyrning genom bättre produktionsstyrning och resultatstyrning. Styrsystemet bör därför innehålla komponenter som ger incitament till ökad effektivitet och produktivitet genom att ge en bättre information om de egna prestationerna och kostnaderna, genom att möjliggöra jämförelser med motsvarande verksamhet på andra enheter och genom olika slag av incitament.

De övergripande målen för ett nytt styrsystem är att skapa förnyad grund att stå på så att Stockholms läns landsting i framtiden skall kunna nå en högre prestationsnivå och resultatstyrning. Grunden är därvid:

- ett bättre resursutnyttjande och ökad hushållning
- en inre marknadseffektivitet
- ökad utveckling av de anställda och ett bättre ledarskap.

Pågående utvecklingsarbete

Utvecklingen mot ett nytt styrsystem inom sjukvården kan sägas vara stegvis påbörjad genom att det pågår ett antal utvecklingsprojekt vars innehåll, erfarenheter och resultat kommer att påverka utformningen av styrsystemet. Projekten kan sammandras till följande rubriker och områden:

- a) Generella förändringar fr.o.m. år 1991
- Bättre målformulering.
 - Valfrihetens konsekvenser; pengarna följer patienten.
 - Betalningsansvar för färdigbehandlade.
 - Interndebitering av medicinsk service m.m.
- b) Sammanhållet befolkningsansvar; försöksverksamhet inom västra Stockholms sjukvårdsområde, centrala Stockholms sjukvårdsområde och Sabbatsbergs/St Görans sjukhus. Projektet Sätt värde på vården.
- c) Projekt för bättre verksamhetsredovisning och uppföljning
- Patientrelaterad redovisning vid Huddinge sjukhus.
 - DRG-projekt bl.a. inom kirurgi, urologi och kvinnosjukvård.
 - Kvalitetssäkring.
- d) Internhyresprojektet.

Kraven på ett nytt styrsystem för sjukvården

Ansvar för befolkningens hälsa

Hälso- och sjukvården är en stor och komplex verksamhet. Den har dessutom att samarbeta med andra verksamhetsområden, t.ex. socialtjänsten. Styrsystemet måste stimulera alla de olika aktörer och intressenter, som är involverade i vården att samverka och samordna sina insatser för den enskilde på ett optimalt sätt.

En förutsättning är en fördelning av resurserna, som utgår från behovet i det aktuella området. En sådan fördelning förutsätter en bedömning av vilka faktorer, som är av den arten att de i väsentlig grad påverkar vårdbehovet. För att fördelningen ska bli meningsfull förutsätts också en uppfattning om hur befolkningens konsumtion, inom och utanför det egna ansvarsområdet, ser ut. Utvecklingen går därigenom mot en budget, där befolkningens konsumtion, snarare än produktionsenheternas resursförbrukning, blir grundläggande.

En sådan utveckling ligger även i linje med en ökad betoning av politikernas roll som konsumentföreträdare. Politikerna får alltmer rollen som beställare av sjukvårdstjänster och med ansvar för att bevaka hälsoläge och vårdbehov för ett visst område.

En viktig förutsättning är att primärvården är väl utbyggd och att alla invånare kan erbjudas en fast läkarkontakt i första linjen. Även privatläkarna bör ingå i detta system.

Valfriheten

Inslagen av valfrihet för patienten har ökat och kommer att fortsätta att öka.

Valfriheten är kopplad till frågan om befolkningsansvar. Valfrihet och befolkningsansvar bör dock inte ses som motsatspar, de måste gå att kombinera. Befolkningsansvaret bör rimligen alltid vara en bottenplatta och ett skyddsnät i så måtto att en individ alltid ska ha rätt att bli mottagen på viss vårdinrättning.

Valfriheten är å andra sidan inte ovillkorlig. Valfriheten är beroende av kapacitetsutnyttjande samt av vårdnivå och verksamhetens karaktär. Valfriheten innebär t.ex. inte en frihet att helt på egen hand avgöra erforderlig vårdnivå.

Valfriheten har till en början främst betraktats som en tillgång för konsumenten. Det synsättet ligger självklart kvar. Successivt har emellertid också valfriheten som styrmedel fått ett ökat utrymme i debatten. Den enskildes val ska alltså få konsekvenser, såväl för den enhet han väljer som för den han väljer bort.

Valfriheten och dess utformning får självfallet betydelse för det ekonomiska styrsystemet. Detta måste få en sådan utformning att pengarna följer patientens val. I den mån man i systemet också önskar betona ett upphandlingsmoment med konkurrens mellan olika producenter, uppkommer i princip en konflikt mellan beställarstyrelsens rätt att välja bästa leverantör och den enskildes rätt att fritt välja vård.

Konkurrens mellan producenter kan medföra ett ökat intresse för hur vården fungerar ur patientsynpunkt. Det blir också ett ökat intresse för att utveckla och differentiera vårdtjänsterna.

Resursfördelning

Genom ökade inslag av valfrihet blir det således naturligt att låta pengarna följa patienten. Detta förutsätter dock att man kan åsätta patienten/diagnosen en kostnad. Valfriheten ställer vidare krav på att åstadkomma en mer befolkningsrelaterad resursfördelning som utgångspunkt och som bas för erforderliga omfördelningar. En befolkningsrelaterad resursfördelning skulle också minska behovet av att göra en mängd produktionsorienterade resursomfördelningar i samband med budgetprocessen.

Interna debiteringar

Motiv och syften

Diskussion om att införa interndebitering inom sjukvården har förts under relativt lång tid. Motiv och allmänna syften har successivt vuxit fram och i styrka. Följande olika motiv och syften är mest relevanta.

- *Öka effektiviteten:* Genom en renodling av serviceverksamheter och ett totalt resultatansvar hos såväl serviceenheter som vårdande basenheter kan rimligen en större effektivitet uppnås. Kliniken debiteras då de servicetjänster man nyttjar.
- *Skapa klarare rollfördelning:* Genom att skilja ut serviceuppgifter och genom interndebitering och tjänsteköp ger man också möjlighet till att åstadkomma en klar rollfördelning mellan å ena sidan producenter av tjänster och å andra sidan beställare och användare av dessa tjänster.
- *Ge valfriheten:* Patientens ökade valfrihet inom olika vårdområden bör rimligen få konsekvenser för de interna betalningsströmmarna inom sjukvården. Pengarna bör följa patienten. Om patienten söker sig utanför det egna upptagningsområdet/ansvarsområdet bör budgetmedel överföras till aktuell klinik.
- *Förbättra dynamiken mellan olika vårdgrenar:* Sjukvårdens olika vårdgrenar förutsätts fungera som kommunicerande kärl.

Stora problem föreligger härvidlag att få ut färdigbehandlade patienter från akutvård till långvård och primärvård. Ett betalningsansvar (och åtföljande debitering) hos långvård och primärvård för färdigbehandlade inom akutvården skulle utgöra ett värdefullt incitament.

- *Bättre incitament för klinikerna:* Genom interndeberingssystem kan de vårdande klinikernas rambudget och inflytande över verksamheten ökas. Samtidigt är det möjligt att i högre utsträckning inrikta de olika serviceverksamheterna till att bli s.k. resultatenheter.

Sammantaget kan således konstateras att det finns en rad olika motiv och syften bakom utvecklingen mot interndebering och tjänsteköp.

Bla. tre viktiga systemförändringar har börjat genomföras redan från årsskiftet 1990/91.

- Interndebering av medicinsk service och försörjning.

Internprissättningsystem införs successivt för all verksamhet inom försörjningsområdet samt inom medicinsk diagnostisk service. Inom sistnämnda område har interndeberingar börjat införas inom röntgen och klinisk kemi.

Inget hinder föreligger för enskilda sjukvårdsområden att gå vidare inom andra områden, t.ex. inom medicinsk diagnostisk service. En sådan utveckling måste emellertid utgå från gällande regelsystem, bla. måste köpare och säljare vara överens om ett sådant system.

- Patientens valfrihet ges ekonomiska konsekvenser; pengarna följer patienten.

Patientens ökade valfrihet inom olika vårdområden skall ge konsekvenser på de interna betalningsströmmarna inom sjukvården. Om patienter söker sig utanför det egna upptagningsområdet/ansvarsområdet, så skall motsvarande budgetmedel överföras till aktuell klinik – pengarna ska följa patienten.

På så vis uppkommer ett netto av patient- och betalningsströmmar mellan kliniker inom viss specialitet: man tappar vissa patienter från eget område, men får från andra områden. Dessa nettoströmmar skall identifieras.

- Betalningsansvar inom primärvård och långvård för färdigbehandlade.

Ett betalningsansvar för färdigbehandlade införs.

Förberedelser pågår inför genomförandet av riksdagsbeslutet om ÄDEL. Kommunerna får då betalningsansvar för färdigbehandlade patienter inom akutsjukvården fr.o.m. 1 januari 1992.

Internhyra

Ett viktigt steg för att åstadkomma en effektivare fastighetsförvaltning är prissättning av lokaler, dvs. införande av internhyra. Begreppet internhyra avser den hyra som olika enheter inom en organisation får betala för att nyttja organisationens egna lokaler. Internhyran syftar ytterst till att på sikt effektivisera fastighetsverksamheten och därmed minska lokalkostnaderna, med andra ord åstadkomma en bättre hushållning med landstingets tillgångar och därigenom skapa mer resurser till landstingets kärnverksamheter, eller till att minska de totala kostnaderna.

Den formella bakgrunden till projektet om internhyra är landstingsbeslutet i april 1989 som innebär bl.a. att en försöksverksamhet med internhyra har startat inom Danderyds sjukvårdsområde och nordöstra omsorgsområdet och att övriga delar inom landstinget följer efter 1992.

En helt ny fastighetsorganisation förbereds. Fastighetsnämnden avskaffas och ett antal bolag bildas som svarar för landstingets fastigheter och hyr ut dessa till brukarna.

Roller och ansvar i sjukvårdsorganisationen

Områdesstyrelsen ges en budget som är baserad på en befolkningsrelaterad resursfördelning. Budgeten är avsedd att täcka befolkningens totala konsumtion av hälso- och sjukvård. I områdesstyrelsens ansvar ingår att planera för att tillgodose den egna befolkningens behov av hälso- och sjukvård vari ingår förebyggande insatser. Områdesstyrelserna har dels ett driftansvar för primärvården, geriatriken och den psykiatriska vården, dels ett ansvar för att köpa sjukvård från främst akutsjukvården. Primär-

vården behöver byggas ut med fler allmänläkare eftersom primärvården kommer att få en roll som förstahandsalternativ. Primärvårdsområdena skall medverka i planering och uppföljning av sin befolknings hälso- och sjukvård. Budgetansvaret ligger på områdesstyrelsen och inte på de olika primärvårdsområdena eller vårdcentralerna. Även om remisstvång inte införs till specialistvården så kan områdesstyrelsen i avtal och samarbetsöverenskommelser med sjukhusen ställa villkor som gör att tillflödet till sjukhusen kan kontrolleras. Ansvar för eventuella köer till akutsjukhusen och för prioriteringar i budgeten ligger på områdesstyrelserna.

Resursfördelningen inom primärvården planeras baseras på ett helt nytt system där ersättning till vårdcentralen baseras på antalet patienter som valt en viss läkare som sin. Systemet kan också innehålla prestationsinriktade komponenter. Alternativa driftformer ska vara möjliga.

Akutsjukhusen blir i huvudsak intäktsfinansierade (0-budget). Forsknings- och utvecklingsverksamhet, utbildningsåtaganden, m.m. ska även framgent anslagsfinansieras. Sjukhusen får ersättningar i förhållande till den sjukvårdsproduktion man utfört. Ersättningsystemen kommer inledningsvis till stora delar att baseras på vårdavtal om traditionella prestationer (vård dagar, intagna, besök). Successivt kommer DRG-baserade ersättningar att införas. Start sker 1992 inom allmän kirurgi, ortopedi, urologi och kvinnosjukvård.

Utredningar pågår om hur DRG eller liknande system där utförda prestationer och resultat definieras även inom övriga vårdgrenar och inom öppen vård skall kunna införas.

Patientrelaterad redovisning

Med start vid Huddinge sjukhus skall ett system med en patientrelaterad redovisning av vårdprestationer och vårdkostnader utvecklas.

Bakgrunden till projektet är att det vore av stort värde att få en redovisning av vad sjukvårdens olika tjänster (vårdtillfällen på diagnosgruppsnivå) faktiskt innebär i form av resursutnyttjande (s.k. delprestationer) och kostnader. Detta torde vara en viktig

förutsättning för att bättre utveckla det medicinska effektiviseringsarbetet på kliniken. Behovet av en patientrelaterad redovisning har också sin grund i de förändringar i ekonomistyrningen som successivt genomförs: målstyrning, valfrihet, befolkningsrelaterad resursfördelning, interna tjänsteköp, ökad resultatorientering, etc. Denna utveckling förutsätter en bättre redovisning av vårdprestationer och vårdkostnader.

Om många kliniker inför en patientrelaterad redovisning kan en nationell genomsnittskostnad per diagnosgrupp beräknas. Självklart kan även en sjukvårdshuvudman beräkna en egen genomsnittskostnad inom sitt län. Då men först då kan varje klinik, som har egen patientrelaterad redovisning, jämföra sina egna kostnader för denna DRG. Då kan alltså den enskilda kliniken jämföra sina kostnader med ett nationellt eller länsgenomsnitt för DRG-kostnaden.

Motivation och incitament

Landstinget har, i likhet med många andra organisationer, i vissa delar en hög personalomsättning och en alltför hög frånvaro.

Införandet av ett nytt styrsystem innebär något av en kulturförändring för många anställda. Självklart krävs motivationsskapande åtgärder före styrsystemets installation.

Incitament bör kopplas till eftersträvansvärda prestationer så att de blir en del av styrsystemet. Flera frågor behöver här besvaras. Ska incitamenten vara kollektiva eller individuella? Till alla eller endast till vissa grupper? Till enheten eller till egna plånbocken? Olika alternativ är resultatlön, bonus, hälften var, allt kvar. Vilken frihet skall basenheter ha med lönesättningen i ett system med fristående produktionsenheter?

Prissättning m.m.

På en vanlig marknad spelar konkurrensen och prisbildningen en stor roll för att stimulera effektivitet. Sjukvård är emellertid

ingen vanlig marknad. Starka ekonomiska incitament kan leda till oönskat beteende i strid med värderingarna i hälso- och sjukvårdslagen. Patienternas valfrihet skulle också medföra att områdesstyrelserna riskerade att få köpa tjänster av dyra och ineffektiva producenter. I Greppet ska därför takpriser – som får underskridas – fastställas. Klinikerna konkurrerar om marknadsandelar främst via kvalitet.

Resultatenheterna skall ha rätt att föra över- och underskott till nästa år. Med resultatenhet menas sjukhus och sjukvårdsområden. Resultatenheterna får låna pengar av Finans Intern – ett av landstinget utlagt bolag. Detta bolag hanterar resultatenheternas kortfristiga lånebehov och finansierar resultatenheternas investeringsbehov.

Uppföljning; kvalitetskontroll

Allmänt

Införandet av ett nytt system för ekonomistyrning aktualiserar också en översyn av instrumenten för uppföljning och kontroll. Exempel på kontrollinstrument är bl.a.

- verksamhetskontroll
- budgetuppföljning och prognoser
- kvalitetskontroll.

Ett viktigt komplement till en förändrad prestationsredovisning utgör en systematisk kvalitetsuppföljning eller olika slag av medicinsk revision. Kvalitet kan mätas på olika sätt och med olika metoder. I många fall kan befintliga register användas – t.ex. kan sådana indikatorer vara antalet återintagna patienter för vissa diagnoser, sjukskrivningstider vid ett vårdtillfälle eller överlevnadsfrekvensen för vissa diagnoser. Andra metoder för att fånga olika kvalitetsaspekter på vården är systematiskt genomförda patientenkäter, uppföljning med återbesök och medicinsk kontroll efter viss tid eller systematiska journalgenomgångar enligt vissa kriterier. Även s.k. medicinska revisioner bör prövas.

Nya informationssystem

Greppet förutsätter att information av nytt slag tas fram och bearbetas. Det gäller t.ex.

- befolkningskontrakt mellan områdesstyrelser och primärvårdsområden
- avtal mellan områdesstyrelser och akutsjukhus respektive samarbetsöverenskommelser mellan primärvårdsområden och kliniker
- information om vårdkvalitetsuppföljning
- information för att dels beräkna pris på del- och slutprestationer inom akutsjukvården, dels följa upp kostnaderna för motsvarande prestationer
- information om tillgänglighet
- information för att hantera fakturor.

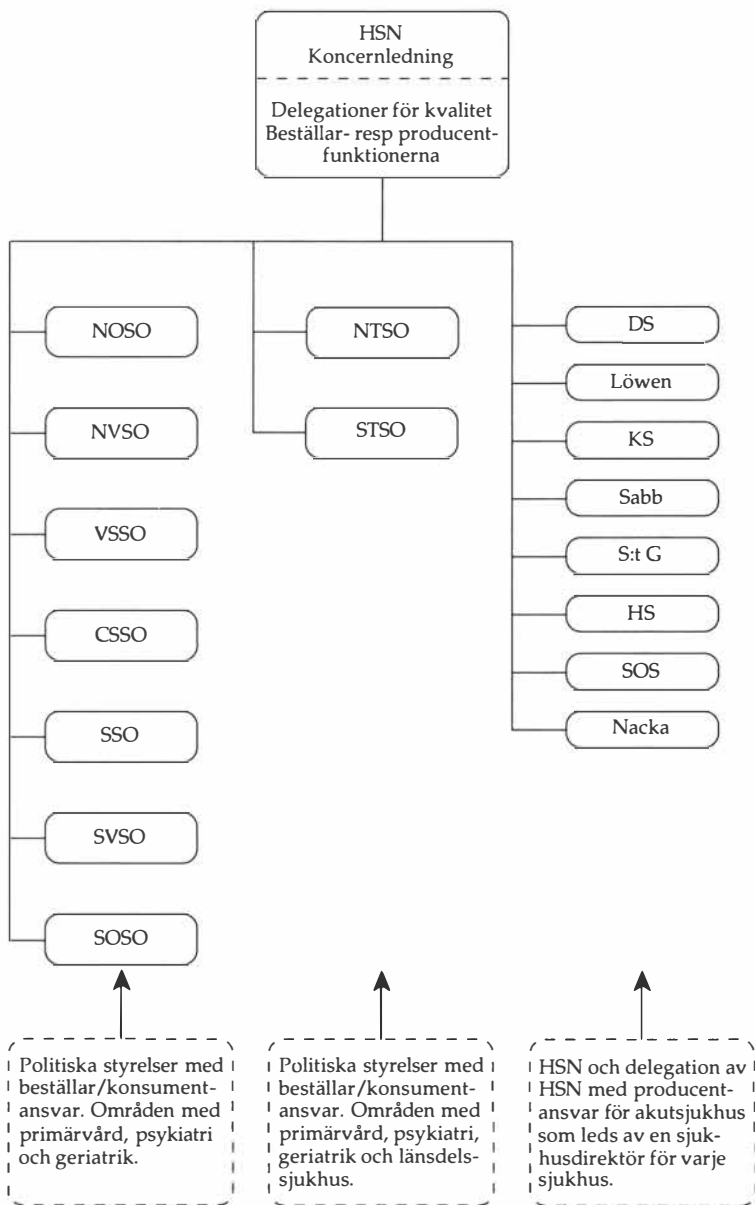
Dagens förhållandevis enkla ekonomiska redovisning måste kompletteras. Behovet av olika integrerade nya informationssystem kommer att bli stort. En planering pågår nu av de investeringar som måste göras i dessa system.

Ny politisk ledningsorganisation

En ny politisk ledningsorganisation för hälso- och sjukvården i Stockholms län införs från 1992. Länet indelas i nio områden med ansvar för hela sjukvårdsbudgeten för sina invånare. Dessa områden ska också ha driftansvar för primärvård, psykiatri och geriatrik. I två fall, Norrtälje och Södertälje, också länsdelssjukhus. Områdena köper sedan den vård invånarna behöver inom akutsjukvården. Sjukhusen blir egna självständiga driftenheter som sorterar direkt under hälso- och sjukvårdsnämnden (HSN). HSN svarar som ägare för struktur- och investeringsbeslut medan ansvaret för drift ligger på sjukhusen. Politikerna i områdesstyrelserna bevakar konsument- och kvalitetsfrågor i vården.

Den fastlagda organisationen beskrivs enligt följande:

FIGUR 1.



8. *Sjukvården i Malmöhus*

Göran Forsblad, Rita Jedlert

Den offentliga sektorn utsätts idag för mycket kritik, både berättigad och oberättigad. Inte minst utsatt är den offentliga hälso- och sjukvården. Kritiken går här ut på att en alltför stor del av nationens samlade resurser går till hälso- och sjukvård men också att vårdapparaten är ineffektiv och vården av dålig kvalitet.

Det går emellertid inte att dra all hälso- och sjukvård över en kam. Vården ser väsentligt olika ut hos de skilda sjukvårdshuvudmännen. Köer och annat bedöms i debatten för det mesta från ett storstadsperspektiv medan det i landet i övrigt ser annorlunda ut.

Vad som ofta kommer bort i debatten är att mycket görs i de enskilda landstingen för att förbättra vårdkvaliteten i vid mening. Detta samtidigt som ekonomiska besparingar måste göras i vården. Häri ligger nödvändigtvis ingen motsättning. Sedan en tid tillbaka är sjukvårdshuvudmännen klart medvetna om att man inte kan räkna med några ytterligare resurser för hälso- och sjukvården, kanske inte ens så mycket som motsvaras av att andelen äldre i befolkningen ökar kraftigt under de närmaste årtiondena. Arbetet i landstingen går idag i stor utsträckning ut på att med olika medel öka kvaliteten och produktiviteten för att på det sättet kunna möta en ökad efterfrågan och också få möjlighet att snabbt kunna ta till sig ny teknologi. Kommuner och landsting försöker hitta olika genomgripande modeller, t.ex. Dala-modellen, för att kunna utöka sin service, men till lägre kostnader.

I Malmöhus läns landsting (MLL) finns inte en modell för att kunna förbättra insatserna till medborgarna utan det pågår paral-

lellt många olika försök att nå målet, bättre kvalitativ service till lägre kostnader. Vi tror inte på att en modell är lösningen till landstingets framtid utan tror mer på att skapa ett arbetsmässigt klimat som är tillåtande och som på olika sätt ger stöd och uppmuntran till kontinuerlig utveckling och nya försök.

Det vi beskriver i det följande har kommit olika långt. Inom en del områden har önskad effekt uppnåtts. Inom andra har förändringen just börjat och man vet inte än vart det leder. Det är ju inte så att man blir färdig med något utan all verksamhet kräver ständigt omprövning och förnyelse.

Kort presentation av MLL

Malmöhus läns landsting är Sveriges näst största landsting med ca 540 000 invånare. MLL omsätter ca 9 miljarder kronor varav ca 5 miljarder kronor för hälso- och sjukvård. Landstinget har ca 32 000 anställda. Utdebiteringen är 13 kronor, den lägsta i landet. I landstingsområdet finns 19 kommuner, den största Helsingborg med ca 110 000 invånare och den minsta Hörby med drygt 12 000 invånare. Befolkningsstruktur och näringsliv varierar mycket mellan kommunerna. Malmö stad, länets största kommun, ingår inte i landstinget.

I landstinget finns fem akutsjukhus och i varje kommun finns en väl utbyggd primärvård. Lunds lasarett är regionsjukhus men vissa av regionspecialiteterna återfinns vid Malmö allmänna sjukhus. Det har till och från under årens lopp diskuterats huruvida Malmö stad skall tillhöra landstinget. För närvarande pågår diskussioner inom olika områden bl.a. sjukvård, om en utökad samverkan mellan Malmöhus läns landsting och Malmö stad.

Organisationsfilosofi

Fram till mitten av 1970-talet var MLL mycket starkt centralstyrt. Detaljerade beslut som berörde enskilda lokala verksamheter fattades av landstinget i samband med att årsbudgeten fastställdes.

Från slutet av 70-talet har skett en medveten satsning på att decentralisera verksamheten. Hälso- och sjukvården är uppdelad på sex geografiska distrikt med var sin politisk styrelse och administrativ förvaltning. Inom distrikten finns en uppdelning på ett antal basenheter, administrativa enheter som för det mesta omfattar en klinik, en vårdcentral, ett laboratorium eller en för-
sörjningsenhet, exempelvis en verkstad eller parkenhet.

Det är emellertid först under de allra senaste åren som decentraliseringen kan sägas ha nått avsedd effekt. Svårigheterna på vägen har varit många. Ett politiskt beslut om att decentralisera förvaltningen är ett startskott. I organisationen fanns inte den mögnad och kunskap som fordrades för att snabbt gå över till en decentralisering. En omfattande utbildning har skett av alla chefer. Vissa har genomgått ett omfattande ledarprogram som till innehåll och längd kan jämföras med ett ledarprogram inom näringslivet, dvs. deltagarna sätter av 40–60 dagar. Informationssystem har utvecklats så att erforderlig information finns tillgänglig för de decentrala beslutsfattarna. För detta har också varit nödvändigt att allmänt öka datamognaden. Förutom att introducera de nya teknikerna, som gör det faktiskt möjligt att decentralisera förvaltningen, skall också ett nytt tänkande introduceras, vilket har sina svårigheter och kräver tid och möda. En decentraliserad förvaltning kräver en gemenskap i grundläggande värderingar och ett övergripande och ett annorlunda sätt att leda verksamheten. Detta har särskilt i processens början lett till självständighetssträvanden som betraktade all central styrning som obehörig inblandning. Å andra sidan inträffade också central inblandning i frågor av sådan natur att de skulle avgöras decentralt. Detta skedde då man ansåg sig veta bättre och inte kunde behärska sin klåfingrighet. Till omognaden hörde också att i organisationen inledningsvis fanns liten beredskap att axla ett ansvar. Obehagliga frågor sköts därför gärna uppåt.

Efter en tioårig process vågar vi nu göra bedömningen att organisationen är decentraliserad. Nästa steg är att göra vårdavdelningar och motsvarande enheter till den administrativa basen.

Hälsan i Malmöhus läns landsting

Landstingens huvudsakliga uppgift är att bedriva en god hälso- och sjukvård. Den tidigare sjukvårdslagen utgick från ett sjukdomsorienterat synsätt medan den nu gällande har inneburit övergång till ett mer hälsoorienterat synsätt. Ett sjukdomsorienterat synsätt fokuserar intresset på organsjukdomen och orsaken till sjukdomen ägnas inte samma uppmärksamhet som själva sjukdomsprocessen, dess diagnostik och behandling. Hälsoförhållandet har gjort det nödvändigt att beskriva hela befolkningens hälsosituation och de insatsbehov som kommer därur.

Våren 1988 beslutade landstinget att en hälsorapport skulle sammanställas för hela MLL. Rapporten skulle inte bara begränsas till tabellredovisningar utan även belysa utvecklingen och analysera förändringarnas innebörd och orsaker. Avsikten var att ge landstinget underlag för arbetet med att förbättra befolkningens hälsa i enlighet med hälso- och sjukvårdslagens målsättning. 1989 presenterades rapporten *Hälsan i Malmöhus läns landsting*.

I februari 1991 presenterades en rapport om *Barns hälsa i Malmöhus läns landsting*. Rapporten visar att hälsoproblem i de känsliga första åren av barnens liv behöver uppmärksammas och att omvårdnaden bör förstärkas. Barnens hälsoproblem är beroende av hur föräldrarna mår och deras livsstil.

Om hälsa, enligt Världshälsoorganisationens (WHO) definition, är ett fullständigt välbefinnande, kan knappast någon annan än den enskilde avgöra om han har hälsan eller ej. Enda sättet att kartlägga hälsosituationen blir då att i enkäter fråga den enskilde hur han upplever sitt hälsotillstånd. I MLL har flera sådana enkäter gjorts. De subjektiva data som då kommit fram måste kompletteras med allmänna uppgifter såsom sociala förhållanden, inkomstnivå, sysselsättning, utbildning etc. Rapporterna har sammanställts för respektive kommun och dessutom sammanställts för hela landstingsområdet där det konstateras att skillnaden i medellivslängd mellan kommunerna är stora och det finns stora regionala skillnader i hur barnen mår.

Det man givetvis kan ifrågasätta är hur rapporterna kommer till användning. Många av de allmänna uppgifter som rapporterna bygger på, t.ex. boende- och arbetsmiljö, sysselsättningsgra-

der, utomhusmiljöer etc., har landstinget inget ansvar för utan är rent primärkommunala uppgifter. Det är dessutom oftast politiskt laddad information. Vilka politiker vill peka ut vissa områden i den egna kommunen som sämre miljöer än andra? En annan fråga är om landstinget använder rapporterna aktivt i samarbetet med primärkommunerna? Förebyggande hälsoarbete är alltid mycket svårare att bedriva än mer sjukdomsorienterat arbetsätt. En viktig uppgift blir att definiera inom vilka områden som det förebyggande arbetet skall bedrivas. Det tar dessutom lång tid innan arbetet ger resultat. Arbetet med förebyggande uppgifter blir lätt bortprioriterat i förhållande till uppgifterna med det mer traditionella sjukdomssynsättet.

Arbete av den här arten är närmast en förutsättning för att kunna bedriva en uppföljning av hälso- och sjukvårdsarbetet eller med andra ord att kunna bedöma effektiviteten i ett längre och bredare perspektiv.

Aina

Aina är arbetsnamnet på ett projekt som handlade om ett nytt ekonomiskt styrsystem inom MLL. Bakgrunden till det nya styrsystemet var att MLL skulle bli mindre resursfixerat och mer målinriktat. Det historiebaserade budgetarbetet som utgått från de senaste årens fördelning med tillägg för förändringar i verksamheten speglar dåligt de olika sjukvårdsdistriktens behov. Det styrsystem som håller på att utvecklas innehåller inte något remisstvång utan det finns ett fritt vårdsökande för patienterna. Det är alltid patienten som bestämmer vilken vårdinrättning som han vill uppsöka. Patientens val kommer att påverka respektive kliniks budget.

De första stegen för att utveckla ett nytt styrsystem blev att konstruera en konsumtionsbudget. De första konsumtionsbudgeterna tog hänsyn till befolkningens fördelning mellan distriktet samt åldersfördelningen. I den budgeten fick respektive distrikt den summa pengar som motsvarade kostnaden för all den vård som distriktets invånare förväntades utnyttja under det kommande året. Distriktet fick alltså även pengar till den vård

som utnyttjades utanför det egna distriktet.

Syftet med att utveckla ett nytt styrsystem är inte bara att fördela pengarna på ett mer rättvist sätt. Det viktigaste är naturligtvis att landstingets resurser utnyttjas på ett effektivt sätt, till en så hög kvalitativ vård som möjligt. Genom experiment och utvärderingar baserade på väl genomarbetade principer kan man på lång sikt åstadkomma en bättre sjukvård. Under arbetets gång har metoderna utvecklats. För att kunna bedöma hur vårdkonsumtionen i olika grupper förhåller sig till vårdbehovet har följande antaganden gjorts. Vårdkonsumtionen speglar i huvudsak befolkningens vårdbehov. Kommunerna kan rangordnas efter vårdbehov i enlighet med de variabler över hälsoläget som framtagits i *Hälsan i MLL*. Det sista antagandet är att en omfördelning av resurser efter vårdbehov är en fungerande metod för att ge alla samma förutsättningar att få sina vårdbehov tillgodosedda.

Fritt vårdsökande

Fritt vårdsökande har blivit karakteristiskt för strävandena i MLL att nå målet, en god hälso- och sjukvård. Praktiskt har friheten utformats så att alla MLL-patienter fritt kan söka var som helst inom MLL även hos privat- och fritidspraktiker. Remiss behövs inte. Det fria vårdsökandet omfattar såväl sluten som öppen vård. Genom avtal med Malmö stad, som inte ingår i landstinget, omfattar det fria vårdsökandet även den sjukvård som erbjuds i Malmö liksom att malmöborna fritt kan söka vård inom MLL. Från och med 1991 omfattar det fria vårdsökandet nästan hela södra sjukvårdsregionen. Undantag är här den högspecialiserade vården, den s.k. regionsjukvården. Det fria vårdsökandet mellan Malmö och MLL har pågått under några år. Erfarenheten är att några större överströmningar inte skett, trots att Malmö på vissa områden har betydligt längre köer än MLL. Detta skulle kunna tyda på att patienterna är nöjda med den vård som ges. Slutsatsen är emellertid inte helt given eftersom informationen om det fria vårdsökandet inte genomförts med full kraft.

Det fria vårdsökandet får sin ekonomiska konsekvens inom MLL på det sättet att landstinget från och med 1991 fördelar de

ekonomiska resurserna enligt den konsumtionsbudget som tidigare beskrivits. Tanken bakom detta är dels att öka kvaliteten så att patienterna föredrar att söka den vård som ges i det egna distriktet dels att öka produktiviteten och effektiviteten.

Privata entreprenörer

Att ha privata entreprenörer för byggande är regel för MLL. Att använda entreprenörer för drift av verksamheter av betydelse har däremot varit mycket sällsynt.

Sedan tre år drivs MLL:s kök i Lund av SAS Service Partner AB liksom ett patienthotell med ca 100 rum. Entreprenören svarar för ledningen av verksamheterna men anställer inte personalen. Resultatet har blivit en effektivisering som givit ett gott ekonomiskt utbyte samtidigt som kvaliteten ökat.

På patienthotellet vistas patienter från de flesta av regionsjukhusets kliniker. En särskild del av hotellet är reserverad för nyförlösta mammor med barn. Detta har lett till att en vårdavdelning på lasarettet i Lund kvinnoklinik har kunnat stängas. Patienterna upplever det som en kvalitetsförbättring att komma till en vanlig hotellmiljö där de själva har ett mycket större inflytande på sin dagordning.

För närvarande pågår förhandlingar med entreprenören om att överta driften av kök och hotell helt och hållet eller tillsammans med MLL i ett gemensamt ägt bolag.

På detta och liknande försörjningsområden där MLL inte besitter överlägsen kunskap kan man förvänta att entreprenadinslaget ökar markant i framtiden.

Fastighetsförvaltning som resultatenheter

En inte oväsentlig del av landstingets kostnader är lokalkostnader, för MLL:s del ca 15 %. I absoluta tal 1 miljard kronor 1990. Inom organisationen uppfattas lokaler i stor utsträckning som fria nyttigheter helt enkelt för att investeringar i lokaler betalas

från särskild central kapitalbudget. Kapitaltjänstkostnaden återkommer visserligen i verksamhetens budget men är inte påverkbar utan tilldelas i förhållande till det nedlagda kapitalet i fastigheten. Likaså gäller det lokaler som hyrs på den öppna marknaden. Verksamheten tilldelas den budget som motsvaras av hyreskostnaden. Det ligger med andra ord inget som helst incitament i att hushålla med utrymmen.

Liksom flera andra landsting har MLL under de senaste åren arbetat med att reformera sin fastighetsförvaltning. Detta har resulterat i två saker. Från och med 1991 tillämpas en internhyressättning som så småningom skall anpassas till marknadens hyra men som inledningsvis arbetar med hyresschabloner. Avsikten är att den som minskar sin lokalyta eller vid nybyggnation väljer en lägre lokalstandard skall ha fördel av detta genom att budgeten för den skall inte minskas. På så sätt ges möjlighet att om så är önskvärt istället öka personaltätheten, eller kompetensen, eller den medicintekniska standarden, eller annat som ger en bättre vårdkvalitet.

Det andra, som MLL vill åstadkomma med förändringen är en bättre effektivitet inom fastighetsförvaltningen. Detta kommer att ske på två sätt. Samtliga av MLL ägda fastigheter kommer att förvaltas av ett internt bolag i motsats till vad som hittills gällt då varje förvaltning ägt och skött sina fastigheter. På motsvarande sätt kommer till en början också hyrda lokaler att förvaltas av det interna bolaget. På sikt måste dock målet vara att ge det interna bolaget en stimulans genom att det måste konkurrera med den öppna hyresmarknaden.

Förändringen är både attitydmässigt och praktiskt av mycket stor omfattning och berör många människor och deras sätt att tänka. I den högprofessionella verksamhet som sjukvården är har aldrig lokalfrågor varit för vårdpersonalen det mest näriliggande eller intressanta. I det nya systemet tvingas emellertid andra och flera MLL-anställda än idag att engagera sig i dessa frågor. För detta krävs både attitydförändring och kunskaper vilket måste få ta en viss tid. Siktet är inställt på att förändringen skall kunna vara genomförd under 1993.

I detta sammanhang skall heller inte glömmas att MLL:s uppgift är att ge god hälso- och sjukvård, inte som ett självändamål en effektiv fastighetsförvaltning. Frestelsen, sett ur fastighetsför-

valtningssynpunkt, kan vara att bli så effektiv att det går ut över vårdkvaliteten. Man skulle exempelvis kunna minska sina hyreskostnader avsevärt om man fick lägga flera patienter inom en given rumsarea. För att förhindra den typen av suboptimeringar är det viktigt att MLL politiskt och centralt arbetar med att ta fram beslut av policykaraktär och givetvis att ledningen av MLL sker genom breda samförstånd om hur verksamheten skall bedrivas.

Belöningssystem

Det finns belöningssystem i alla organisationer. Det är en del i alla företagskulturer. Belöningssystemet kan vara medvetet eller omedvetet. Oavsett vilket, så styr belöningarna beteendet hos de anställda.

Ett medvetet belöningssystem är att föredra eftersom man då kan använda det som ett styrmedel för att uppnå önskade resultat. Ett väl utformat belöningssystem förutsätter klara och väl kända mål för verksamheten. Belöningssystemet skall omfatta hela organisationen och göras känt för att bli accepterat och fungera som avsett. I juni 1990 fastställde MLL:s styrelse, förvaltningsutskottet, en policy för belöningssystem. Det man vill uppnå är bl.a. att skapa större engagemang, motivation samt stimulera till innovationer.

MLL:s belöningar är av olika slag, såväl materiella som icke materiella. De kan riktas mot organisationsenhet, grupp eller individ. De belöningar som kan komma ifråga är bonussystem i form av stimulansbidrag, lönen som belöningsinstrument, resultatlön och belöningar på bas- och individnivå i form av utbildning, ändrade arbetsuppgifter, sociala åtgärder m.m.

Bonus och belöningar får användas till allt som inte är uttryckligen förbjudet. Belöningar måste kunna utgå under löpande budgetår och i så nära anslutning som möjligt till den handling man vill belöna. Ett införande av ett uttalat belöningssystem innebär att man inleder en utvecklingsprocess och målmedvetet lärande i hela organisationen. Belöningssystemet blir en del av organisationskulturen. Det handlar kanske mer om attityder än teknik.

Nya finansieringsmöjligheter

Priset för vården

I den allmänna debatten om hälso- och sjukvården framhålls ibland den privata vården som ett mönster för hur även den offentliga hälso- och sjukvården bör bedrivas. Den privata vården kan på vissa områden vara en god förebild för den offentliga vården men det finns för den offentliga vården så väsentligt annorlunda förutsättningar att jämförelsen inte alltid kan göras. Här skall vi bara ta upp en aspekt – priset.

Priset för den offentliga sjukvårdens tjänster i förhållande till patienten har intill årsskiftet 1990/91 i stor utsträckning reglerats av statliga myndigheter. Privata sjukhus har kunnat sätta sin avgift efter vad marknaden tål. Detta medför att det som den offentliga sjukvårdshuvudmannen tar en mycket låg avgift för på ett privatsjukhus kan kosta exempelvis 10 000 kronor. Orsaken till detta är huvudsakligen att finna i att det till vissa behandlingar är mycket långa köer i den offentliga vården och att det därför finns en marknad.

Följden av detta har ibland blivit att den offentliga vården inte tillräckligt snabbt har tagit till sig ny teknologi inom vården. Teknologi som vidgar möjligheterna att upptäcka och bota sjukdom och som ofta också är skonsammare för patienten än äldre metoder. I och med att den tekniska utvecklingen går mycket fort har gapet mellan möjlig och för patienten tillgänglig teknik snabbt vidgats. Riskerna och vådorna av detta är uppenbara.

En möjlighet att minska gapet är att den offentliga sjukvården tar betalt på samma sätt som den privata vården. Generellt sett är detta inte en acceptabel metod eftersom hälso- och sjukvården är skattefinansierad och har till uppgift att svara för behov som bör lösas samhälleligt. Inom vissa begränsade områden anser vi dock att även den offentliga sjukvården bör tillåtas att konkurrera med den privata vården. Ett område där vi anser att en öppen konkurrens kan råda är där det i egentlig mening inte finns eller där det finns svaga medicinska indikationer för behandling och där andra behandlingsmetoder finns som inte medför några egentliga olägenheter för patienten. Resonemanget kan illustreras med föl-

jande exempel. Närsynthet korrigeras normalt med glasögon. Mestadels sker utprovning hos optiker. Glasögon med bågar kostar kanske 2 500 kronor. Med ny teknik – eximerlaser – kan man genom slipning av hornhinnan korrigera brytningsfelet. Ingreppet sker polikliniskt av läkare. Den här typen av operationer sker idag både utomlands och i Sverige i privat regi. Priset för ingreppet är 12 000–15 000 kronor per öga. Om den offentliga sjukvården kunde ta en del av denna marknad skulle man också kunna finansiera köpet av eximerlasern betydligt tidigare än vad man eljest skulle kunna göra. Lasern kan nämligen dessutom användas för andra ingrepp där det finns goda medicinska indikationer.

MLL har beslutat att bedriva en här beskriven verksamhet. För att tydliggöra och avgränsa verksamheten mot den övriga hälso- och sjukvården bedrivs den genom ett av MLL ägt bolag. Verksamheten i bolaget måste bedrivas med stort hänsynstagande till etiska normer och som sagts på områden där det klart går att skilja på vad som är medicinskt betingat och icke medicinskt betingat.

Samverkan med försäkringskassan

Samhällets kostnader för sjukvård består inte bara av kostnaden för vården utan till inte oväsentlig del av kostnaden för sjukförsäkringen. Någon egentlig samverkan mellan sjukvården och försäkringskassan har tills nyligen inte funnits, vilket uppenbarligen lett till för samhället onödigt höga totala kostnader för sjukdom.

Sedan någon tid bedrivs en försöksverksamhet mellan MLL och försäkringskassan i länet. Syftet är att snabbt diagnostisera och behandla patienter där man idag vet att risken för långtids-sjukskrivning och så småningom sjukpension är särskilt stor. Särskilt gäller detta vissa av rörelseorganens sjukdomar. Tanken är att den typen av sjukdomar skall snabbt diagnostiseras vid två speciella mottagningar i länet och att behandling sedan skall kunna ges inom primärvården.

MLL och försäkringskassan har redan hos regeringen begärt att inom ett begränsat geografiskt område i länet få bedriva en

försöksverksamhet där försäkringens och landstingets kostnader för sjukdom administreras i en och samma organisation. Förhoppningarna att i en sådan verksamhet kunna ge en effektiv och kvalitetsmässigt god vård är mycket stora och bör dessutom leda till en direkt ekonomisk besparing.

En samverkan mellan sjukvårdshuvudmannen och försäkringskassan är ur etisk synvinkel inte helt problemfri. Sjukförsäkringens syfte är att ersätta den sjuke för förlorad arbetsförtjänst. Man är med andra ord i det här hänseendet inriktad mot den del av befolkningen som har lönearbete. Pensionärer och barn, där föräldraförsäkringen inte är aktuell, har därför inte samma intresse för försäkringskassan. Det strider mot sjukvårdens mål att göra en särskild "gräddfil" för en viss del av befolkningen.

Lösningen på detta dilemma ligger sannolikt i det att genom att ge den arbetande befolkningen en effektivare vård skapas ekonomiskt utrymme att även tillgodose vårdbehovet hos de patientkategorier som står utanför försäkringssystemet. Utrymmet skall dessutom, som tidigare nämnts, räcka till för att klara det ökade vårdbehovet som följer av att antalet äldre ökar kraftigt.

Diskussion

Vi har i det föregående försökt ge prov på en del av de åtgärder som MLL vidtagit för att successivt förändra sin struktur. Det vore önskvärt med en kristallkula för att sia om framtiden men då en sådan dessvärre inte står till vårt förfogande vill vi i vår avslutning peka på en del av de problem eller möjligheter som vi kan skönja.

För att endast möta behoven hos den allt äldre befolkningen behöver landstingen en tillväxt med 1% per år. Det är samma siffra som finansministern utgår ifrån i budgetpropositionen. De sedvanliga finansieringskällorna är uttömda. Det som återstår är en sammanläggning av resurserna mellan sjukförsäkringen och sjukvården. Kostnaderna för sjukförsäkringen har ökat i stor omfattning de senaste åren utan att staten har några möjligheter eller incitament att hålla dessa nere.

En så fullständig integrering som möjligt av hälso- och sjukvård och sjukförsäkring skulle enligt vår uppfattning leda till avsevärt ökad kvalitet och effektivitet och också bidra till att lösgöra resurser för ökat vårdbehov. Två system kan tänkas. Sjukvårdshuvudmannen åläggs svara även för försäkringsersättning till den enskilde och får i gengäld tillgång till försäkringens resurser. I det andra tänkbara systemet står försäkringskassan eller den privata försäkringsgivaren som köpare till sjukvårdens tjänster. Enligt vår mening är det första systemet att föredra. Det senare systemet förutsätter så långtgående förändringar i samhällets totala välfärdssystem att det endast med stora svårigheter skulle kunna genomföras.

Som framgått är ansträngningarna i MLL inriktade på att effektivisera vården och öka kvaliteten. Detta sker inte automatiskt genom att övergå från offentlig till privat vård. Det finns en stor del av vården som även i framtiden bör ges i offentlig regi, eventuellt på entreprenad. Detta för att bl.a. kunna ge en god vård även i glesbefolkade områden eller inom de delar av hälso- och sjukvården där det inte går att bedriva en lönsam verksamhet. Samma gäller sjukdomar med stor medicinsk komplexitet. Den offentliga sjukvården måste allmänt vara beredd att svara för hälso- och sjukvården på områden där privata vårdgivare inte etablerar sig.

Den offentliga sektorn utsätts för kritik för att inte vara tillräckligt effektiv. Försök att skapa konkurrenssituationer görs genom olika former av ekonomiska styrmodeller. Man kan dock inte vänta sig att problemen därigenom skulle lösas helt utan får ha realistiska förväntningar på resultatet. Det är ingen riktig konkurrens och i någon mån är det en administrativ lek.

Vad som också ibland läggs den offentliga hälso- och sjukvården till last är trögheten, bristande förmåga till anpassning. Som exempel kan nämnas att den offentliga sjukvården sällan minskas då privata vårdgivare etablerar sig. Ibland kan detta vara avsiktligt – man avser att öka vårdutbudet – men inte sällan beror det på att viljan och kraften att skära i den egna organisationen saknas. Förändringar av det här avsedda slaget är aldrig populära. Intressegrupper bland allmänheten och ofta också bland den egna personalen gör sig snabbt hörda. Det ligger i den politiskt styrda organisationens natur att känsligheten för opinio-

ner är stor. Det kan dessutom vara svårt eller omöjligt att åstadkomma politiska majoriteter för impopulära åtgärder.

Ett annat exempel. Vilka konsekvenser är man politiskt beredd att ta av det fria vårdsökandet? Är man beredd att lägga ner verksamheter som inte kan attrahera ett tillräckligt stort patientunderlag? Frågan har i MLL ännu inte ställts på sin spets men att ta den typen av konsekvenser är en förutsättning för att systemet skall vara trovärdigt.

Ett annat område som ofta anses vara en lösning för svensk sjukvård är medicinska prioriteringar. Politiker förväntas ta ställning till vilka patientgrupper som i första hand skall få vård. Det finns i Sverige ingen tradition att tala i dessa termer. Vi är av den uppfattningen att prioriteringar av vissa patientgrupper med lätthet redan idag kan göras på pappret men vården ges inte grupper utan till enskilda individer. När patienten kommer till sjukhuset sätter man oftast in alla resurser för tillfället har. Oavsett detta finns det all anledning att fullfölja den diskussion om prioriteringar som påbörjats för att så småningom nå fram till ett allmänt samförstånd inte bara inom de professionellas krets utan också bland allmänheten. Prioriteringar görs givetvis redan varje dag i vårdarbetet men dom görs från utgångspunkter som inte är allmänt diskuterade och godkända.

Våra slutsatser och bedömningar av det vi beskrivit kan kanske stundom verka något pessimistiska. Så är emellertid inte fallet utan de är ett försök att realistiskt värdera för- och nackdelar med olika framgångsvägar. Det finns nämligen en tendens att betrakta än den ena än den andra modellen som den enda och säkra frälsningen. Vi tror att man måste tillåta användningen av hela arsenalen och känna sig fram till var det ger resultat. Man kan givetvis tänka sig att göra andra och mera långtgående förändringar. Det finns dock i Sverige en etablerad uppfattning att hälso- och sjukvård i allt väsentligt skall betalas via det allmänna med skattemedel och avgifter. En förändring av detta synsätt skulle förmodligen ta avsevärd tid och röra vid grundvalarna i det svenska välfärdssystemet. Vi tror därför inte att det är den typen av förändringar som kommer att göras under den närmaste tiden utan det är den kontinuerliga förändringsprocessen som måste drivas.

Effekterna av de åtgärder som nu sätts in i MLL kommer inte

omedelbart. Vi tror att inom några år har man funnit formerna för att i samverkan med försäkringskassan, privata vårdgivare och entreprenörer ge en mycket god hälso- och sjukvård. Och slutligen, den hälso- och sjukvård som idag ges i MLL och i Sverige är i en internationell jämförelse bra och inte särskilt dyr. Vad vi gör är att gå från en bra hälso- och sjukvård till en ännu bättre.

Sammanfattande kommentarer

Göran Arvidsson och Bengt Jönsson

I den här boken har forskarnas uppgift varit att presentera forskningsresultat som är relevanta för frågan om valfrihet och konkurrens i sjukvården. De har dels belyst innebörden av valfrihet och konkurrens, dels refererat erfarenheter av valfrihet och konkurrens belagda genom forskning. Nästan alla av dessa erfarenheter gäller annan verksamhet än sjukvård eller sjukvård i andra länder. Skälet är att det, åtminstone än så länge, inte finns särskilt mycket empirisk forskning kring innebörden och effekterna av valfrihet och konkurrens i svensk sjukvård. Anledningen till detta är i sin tur uppenbart.

Ett par av forskarna (Jönsson och von Otter) har dessutom ombetts skissera några modeller för hur valfrihet och konkurrens skulle kunna byggas in i det svenska sjuk- och hälsovårdssystemet.

För verklighetsbeskrivningarna svarar personer med bästa tänkbara inblick – tre landstingsdirektörer och en sjukvårdsdirektör (som när detta skrevs var samordningsansvarig för hälso- och sjukvården i länet). Samtliga fallbeskrivningar är med andra ord förankrade i respektive landstingsledning och får antas avspegla dels hur denna uppfattar verkligheten, dels hur man tänker i valfrihets- och konkurrensfrågor. Beskrivningarna är således inte gjorda av utomstående forskare, med de för- och nackdelar det innebär. De är heller inte gjorda enligt någon enhetlig mall, utan författarna har själva valt ut vad som skulle tas upp och hur deras landstingsmodell skulle presenteras. Vi ansåg att de skulle bli intressantast på det sättet. Nackdelen är att de inte kan granskas enligt något gemensamt schema.

De följande kommentarerna bygger på det förefintliga materia-

let. En mer systematisk analys av pågående förändringsprojekt, vilka uttalade eller outtalade premisser de bygger på och vad de kan förväntas leda till kräver ett forskningsbaserat underlag som inte föreligger. Vår ambition är ändå att kommentarerna till fallen skall bidra till den nödvändiga kritiska debatten och prövningen av vart den landstingsstyrda sjukvården är på väg. Vi anser oss ha valt ut de allra intressantaste landstingsmodellerna som nu är under utveckling.

Vi inleder kommentarerna med att lyfta fram några huvudresultat och centrala argument i forskarnas bidrag. Dessa utnyttjas sedan för kommentarerna till fallen. Vi kommenterar både vad som ingår i landstingens förändringsarbete och vad som inte ingår.

Forskarna

Ernst Jonsson framhåller i sin uppsats betydelsen av att skilja mellan konkurrens/monopol och privat/offentligt ägande. Han gör en genomgång av studier avseende kostnaderna för privat respektive offentlig produktion och drar slutsatsen att det är förekomsten av konkurrens snarare än ägandeformen som har samband med god kostnadseffektivitet. Ägandeformen är inte oviktig; det finns såväl teoretiska som empiriska argument för att privata ägare agerar snabbare och konsekventare t. ex. när ekonomin försämras. Ändå är det alltså konkurrensen som visat sig mest betydelsefull för effektiviteten.

Innebörden är att effektivitetsproblemen i sjukvården inte främst är konsekvenser av att den är offentlig utan av att den saknar konkurrens. Den offentliga driften innebär en monopol-situation. Förslag om privatisering motiveras vanligen med att det innebär att man bryter upp monopolet. Konkurrens kan emellertid skapas även vid bibehållet offentligt huvudmannaskap. Jonsson pekar speciellt på möjligheterna att genom anbuds-konkurrens sänka kostnaderna. Detta gäller även om de offentliga producenterna vinner huvuddelen av alla anbud. För att ett system med anbuds-konkurrens skall fungera måste det dock utformas och styras på ett mycket medvetet sätt. Speciellt

inom sjukvården, där incitament till såväl över- som undervård kan förekomma, måste kontrakten utformas och följas upp så att sådana potentiella biverkningar så långt möjligt reduceras.

Enligt vår uppfattning är bristande upphandlar- och kontraktsskrivningskompetens hos sjukvårdshuvudmännen ett allvarligt problem. Har de insikt om detta förhållande torde det avhålla dem från att använda anbuds konkurrens – åtminstone för kärnverksamheter. Avsaknad av insikt kan leda till att mycket oförmånliga kontrakt sluts trots goda avsikter. I båda fallen är konsekvenserna för effektiviteten negativa. Detta gäller inte enbart i de fall där kontraktspartnern skulle vara ett privat företag. Interna entreprenader kräver även de bra kontrakt. Många sjukvårdsbudgetar innebär för huvudmannen mycket oförmånliga kontrakt med den producerande verksamheten. Redan den nu så moderna lösningen att internt skilja på beställare och utförare ställer krav på effektiva kontrakt.

Lennart Hansson redogör för den flora av organisationförändringar vi under senare tid kunnat observera inom den offentliga sektorn, särskilt i kommunerna. Han skiljer mellan förändringar i den vertikala ansvarsfördelningen, t. ex. decentralisering, och den horisontella, t. ex. inrättande av kommundelsnämnder. Syftet med dessa organisationsförändringar har ofta varit att öka marknadsanpassningen och konkurrensen. Det gäller speciellt för separeringen av beställar- och utförarfunktionen och utvecklandet av interna marknader för stödverksamheter.

Även Hansson pekar på möjligheterna att i ökad utsträckning använda upphandling för att stimulera konkurrensen. Detta fordrar dock en systematisk uppmuntran av alternativa producenter. Han är dock osäker på om den s.k. tredje vägen – med marknadsmekanismer inom den offentliga sektorn – kan lösa den offentliga sektorns reella problem och skapa verksamheter kännetecknade av hög produktivitet, lyhörddhet och flexibilitet.

Om man vill skapa konkurrens därför att man tror på dess fördelar – och det finns åtskilliga argument för att de kan vara stora – är det givetvis av avgörande vikt att se till att konkurrensen blir reell. När det gäller vanliga marknader brukar fritt tillträde vara ett villkor för att det skall anses råda fri konkurrens. Även om helt fritt tillträde och helt fri konkurrens inte är aktuellt inom sjukvården bör man nog, för att konkurrens skall anses

råda, ställa kravet att beställaren skall ha reella alternativ till den egna sjukvårdsförvaltningen. Annars blir trycket på leverantören knappast påtagligt och valfriheten för köparen begränsad till vad som erbjuds inom systemet.

Bengt Jönsson utgår i sin uppsats från den tredjepartfinansiering som karaktäriserar alla sjukvårdssystem oavsett om finansieringen är privat eller offentlig. Detta innebär att den traditionella uppdelningen av marknaden i utbud och efterfrågan inte är tillämplig. En modell för sjukvårdsmarknaden måste bygga på ett trepartsförhållande, där de finansiella relationerna kan utformas på flera olika sätt: olika kombinationer av privat och offentlig finansiering, olika ersättningssystem för sjukhus och läkare och olika grad av valfrihet för konsumenten när det gäller försäkringskontrakt och vårdgivare.

Jönsson anser att betydande inslag av konkurrens kan introduceras i sjukvården, men att formerna för konkurrensen måste regleras, bl. a. för att inte ge felaktiga incitament till olika aktörer. Han skisserar en modell för konkurrens inom svensk sjukvård som baseras på en separation av finansiering och produktion. I denna modell har sjukförsäkringen (staten), kommunerna och landstingen olika roller, men dessa är klart definierade för varje part.

Framställningen ger stöd för den skepsis, som finns på många håll i sjukvården, till att söka förebilder för en sjukvårdsmarknad i traditionella marknader. Trepartsförhållandet är emellertid inte unikt. Det förekommer inom många andra verksamheter med både offentliga och privata tredjeparter som finansiärer. Två exempel är högskoleutbildning respektive bilförsäkringar. Varken skatt eller premie utgör någon direkt ersättning från kunden till leverantören (högskolan respektive bilverkstaden). Det krävs regler och belöningar som gör att det blir balans och harmoni mellan rollinnehavarna i triangeldramat.

Casten von Otter utvecklar i sin uppsats en modell för offentlig konkurrens inom svensk sjukvård. Centrala begrepp i denna modell är planerad marknad och offentligt företag. Modellen innebär en blandning av marknadskrafter och demokratisk styrning. Konsumentens valfrihet är central för modellens funktions sätt. Valfriheten är dock begränsad till de offentliga företag som är godkända som producenter. Privata producenter äger ej tillträ-

de till marknaden. Detta skulle enligt von Otter kunna medföra en exploatering av konsumenten. Genom att kombinera valfrihet (choice) med politiska mekanismer (voice) skapas, enligt von Otter, en organisation som har flera av marknadens fördelar men inte de nackdelar som vanligen förknippas med privata sjukvårdsmarknader.

Det finns en stor samstämmighet mellan forskarna. Samtliga betonar möjligheten att använda valfrihet och konkurrens för att förnya och effektivisera verksamheter som i likhet med sjukvården nu bedrivs i offentlig regi. De är också överens om att konkurrensen måste styras på ett medvetet och aktivt sätt för att leda till de önskade konsekvenserna. Enbart avreglering och privatisering är ingen garanti för en effektivare sjukvård.

En väsentlig skillnad finns mellan von Otter och de tre övriga forskarna i synen på den roll privata producenter kan och bör spela på marknaden. Casten von Otter menar att privata producenter inte bör ha ett fritt tillträde till marknaden, medan de övriga forskarna ser förekomsten av privata alternativ som ett medel att skapa och bibehålla dynamik i verksamheten.

Praktiska försök – fyra landstingsmodeller

En sammanfattning av de fyra praktiska försök, som presenteras från olika landsting, kan göras utifrån vad som gjorts och inte gjorts, dvs vilka problem som ännu inte lösts. Låt oss börja med vad som gjorts.

Behovsbaserad budgetering

Den traditionella metoden för budgetering i sjukvården har varit att fördela resurser på institutioner och kostnadsslag. En betydelsefull förändring som vi kan se i samtliga fyra modeller, är att budgeten fördelas på olika geografiska områden utifrån befolkningens behov. Studier av vårdkonsumtionen har visat stora regionala variationer, som inte kan relateras till skillnader i behov. Exempelvis finns det inget entydigt samband mellan sjukvårds-

kostnaderna per person i olika landsting och andelen äldre i befolkningen. Detsamma gäller om kostnaderna fördelas på olika distrikt inom ett landsting. Om den faktor som är mest styrande vid traditionell anslagstilldelning är anslagsmottagarens föregående anslag, är det uppenbart att nya former för prioritering och resurstilldelning behöver införas.

Det är därför ett framsteg när man baserar resursfördelningen till en viss regionalt avgränsad befolkning på olika indikatorer, som mäter behovet av vård. Svårigheten ligger naturligtvis i att definiera de relativa behoven hos olika befolkningar. Åldersstruktur, dödlighet, familjesammansättning, arbetslöshet, inkomst och utbildning är alla indikatorer som visats ha samband med hälsa och vårdbehov, och det finns naturligtvis ännu fler tänkbara. Svårigheterna att finna valida metoder för att beräkna vilken vikt olika behovsindikatorer skall ha vid fördelningen av resurser. Det gäller också att skapa en rimlig politisk enighet om dessa vikter och att få dem accepterade hos befolkningen.

Vi kan konstatera att alla fyra landstingen utarbetat metoder för denna resursfördelning, som kunnat accepteras av olika inblandade parter. Det kan dock förväntas att kriterierna för resursfördelningen mellan olika populationer kommer att bli föremål för mera debatt, när de blir mer kända och när deras betydelse för resursfördelningen blir större. Ännu verkar det som om den historiska vårdkonsumtionen i viss utsträckning fått slå igenom, troligen beroende på att det är den enda grund man har.

En skillnad mellan de olika modellerna synes vara att budgeten i Dala- och Bohusmodellerna fördelas på mindre enheter som motsvarar kommuner, medan sjukvårdsområdena i Stockholm och Malmöhus kan innefatta flera kommuner.

Fritt val av vårdgivare för patienten

I Dalamodellen får varje person ett erbjudande om att registrera sig hos en läkare, vanligen vid den vårdcentral som finns i kommunen. Eftersom vårdcentralen tecknar avtal med kliniker vid sjukhusen, blir valet inom sekundärvården beroende av vilka avtal som finns. I samråd med läkaren finns också här en viss valfrihet.

Även Bohusmodellen förutsätter att patienten skall kunna välja läkare, vårdlag, vårdmottagning eller andra alternativ, som t. ex. kontrakt med vårdlag i primärvården, en enskild läkare eller privatläkare. Man har även fr. o. m. 1991 möjlighet att välja vård över landstingsgränserna.

Skillnaden synes alltså vara liten mellan dessa båda modeller.

I Stockholmsmodellen betonas att valfriheten inte är ovillkorlig. Den innebär t. ex. inte en frihet att välja vårdnivå. Den viktigaste praktiska konsekvensen är borttagandet av upptagningsområdena för sjukhusvård fr. o. m. 1991. Inom primärvård, långtidsvård och psykiatri finns ett områdesansvar som garanterar vård vid den enhet där man bor. Det skall dock vara möjligt att byta vårdcentral och informationen om detta skall öka. En skillnad mellan Dalamodellen och Stockholmsmodellen tycks vara att den förra betonar valet av läkare medan den senare betonar valet av vårdcentral. Det är möjligt att skillnaderna i praktiken är små.

I Malmöhus läns landsting finns redan ett fritt vårdsökande. Från och med 1991 omfattar detta nästan hela södra sjukvårdsregionen. Erfarenheterna hittills tyder inte på att patienterna i större grad utnyttjar möjligheten att söka vård utanför det egna distriktet. Det kan dock bero på att informationen varit begränsad och att det tar en viss tid för att beteendet skall förändras.

Det understryks i beskrivningarna att patienternas val skall få ekonomiska konsekvenser för producenterna. Riktigt hur detta skall gå till är inte klart. Exempelvis kan patienters val bli annorlunda än vad som förutsatts i befolkningsbaserade budgetramar eller vårdavtal. Hur skall exempelvis val av vård utanför det egna landstinget kunna gå till och hur skall den finansieras?

Interna marknader

I Dalamodellen samlas de fyra sjukhusen i en gemensam organisation, sjukhusgruppen. I sjukhusgruppen organiseras kliniker som egna resultatenheter och blir helt beroende av intäkter för sin finansiering. Exakt hur avtalen skall utformas anges inte. I Bohusmodellen skall sjukhusen sälja sjukvård med utgångspunkt i en prislista. Prissättningen skall baseras på diagnos. Ett liknande system, baserat på en indelning av patienterna i dia-

gnosrelaterade grupper (DRG) planeras i Stockholm. Detta kan dock kompletteras med andra typer av avtal. När det gäller sjukvården i Malmöhus står det inte helt klart hur ersättningarna till klinikerna för överströmmade patienter beräknas.

För samtliga landsting gäller att olika serviceverksamheter bildar egna resultatenheter som säljer sina tjänster till klinikerna. Erfarenheterna av detta är ännu mycket begränsade.

I alla fyra landstingen betonas utvecklingen av en intern marknad för lokaler och införande av internhyror. När det gäller medicinsk service, t. ex. röntgen och laboratorieundersökningar, pågår bl. a. i Stockholm försök med internprissättning i kombination med att serviceverksamheterna fått egen styrelse och eget resultatansvar. Detta är ett sätt att tydliggöra både kostnaderna för och värdet av underleverantörernas arbete. Både köpare och säljare får motiv för att agera mer effektivt. Potentialen för effektivisering är, att döma av erfarenheter från näringslivet och staten, förmodligen avsevärd. Det finns dock risk att felaktiga incitament och kalkyler leder till snedstyrning och att tungrodda administrativa system åter upp effektivitetsvinsterna.

Informationssystem

I Bohusmodellen har mycket arbete lagts ned på att utveckla en patientrelaterad redovisningsmodell. Denna gör det möjligt att beräkna kostnaden per behandlad patient och beräkningarna utgör underlag för styrning och resursfördelning. I Stockholm finns patientbaserad kostnadsredovisning än så länge endast på Huddinge sjukhus. Även i Malmöhus har utvecklingen av ett ekonomiskt styrsystem varit av central betydelse för att kunna konstruera konsumtionsbudgetar. Utan att det anges närmare får vi förutsätta att även detta system i princip bygger på en patientrelaterad kostnadsredovisning. I Stockholmsmodellen anges också explicit behovet av ett informationssystem för kvalitetssäkring.

Vi kan konstatera att både ekonomisystemen och andra informationssystem är föremål för stora förändringsprojekt. Detta är inget anmärkningsvärt och inte nödvändigtvis föranlett av strävandena mot ökad valfrihet och konkurrens. Utan informations-

system som ger underlag för detaljbeslut lokalt och överblick centralt kan decentralisering inte fungera. Lokal autonomi förutsätter både att man kan agera effektivt lokalt och att man kan ingripa och vägleda centralt.

Decentralisering inom ett slutet system är emellertid ofta otillräckligt om man vill inskräpa nödvändigheten av god kvalitet och god ekonomi. Just oförmågan att styra hierarkiskt inom sjukvården har sannolikt varit den viktigaste faktorn bakom landsningsledningarnas sökande efter alternativa styrformer. Om den synliga handen inte hinner med, eller visar sig peka i fel riktning eller inte beaktas, kan det vara lockande att ge utrymme för den osynliga handen, marknaden. När det gäller informationssystemen bör dock konsekvensen av en marknadsorientering med inbördes konkurrerande enheter vara en övergång till dels lokalt ansvar för utformning och drift, dels tydliga krav på rapportering. Denna bör avse såväl ekonomi som kvantitativ och kvalitativ information om verksamheten. Här återstår mycket att göra.

Sammanfattning av vad som gjorts

Sammanfattningsvis kan konstateras att alla fyra landstingen har funnit att decentralisering med målstyrning och rambudgetering inte har varit tillräckligt. Alla har tagit betydelsefulla steg mot att skilja mellan beställare och utförare. I samtliga modeller – vi ser dem som sådana även om man i Malmöhus inte vill uppfatta sitt förändringsarbete som en modell – betonas också konsumentens valfrihet och att resurserna skall följa konsumenten. För att detta skall vara möjligt har arbete påbörjats för att skapa såväl interna priser som en patientbaserad kostnadsredovisning. Informationssystemen är dock inte färdigutvecklade och det saknas ännu system för kvalitetskontroll.

Besluten om produktion har decentraliserats till självständiga enheter med kostnadsansvar. I några fall tilldelas resurserna fortfarande via budget, t. ex. i Malmöhus, medan i andra avsikten är att klinikerna skall erhålla sina resurser genom kontrakt med primärvården (Dalamodellen) eller genom en fast prislissa (Bohusmodellen) eller genom en kombination (Stockholmsmodellen).

Vad har man inte gjort?

I ingen av de prövade modellerna är det möjligt för konsumenterna att välja omfattningen av sitt försäkringskydd. Alla invånare har i princip samma försäkringskontrakt. Det är inte heller möjligt för konsumenten att välja ett försäkringskontrakt som ger lägre kostnader och därmed få pengar tillbaka. Någon valfrihet när det gäller försäkringens omfattning och utformning (t. ex. graden av självrisk) finns således inte och därmed inte heller någon konkurrens mellan försäkringsgivare. Kommunen/distriktet har monopol på sjukförsäkringskontrakt för invånarna.

I kapitlet om Malmöhus diskuteras möjligheterna att ta fullt betalt för behandlingar med svaga medicinska indikationer. Detta visar att det för vissa individer kan finnas intresse för ett kontrakt som innefattar något mera än standardkontraktet. I framtiden kan området, där det är svårt att dra gränsen mellan vad som är medicinskt svaga respektive starka indikationer, komma att utvidgas. Bedömningarna kan också variera starkt mellan olika patienter och mellan olika läkare. Ett flexibelt försäkringskontrakt skulle kunna underlätta dessa svåra prioriteringar och öka valfriheten för konsumenten.

Ingen av modellerna har heller tagit upp det långsiktiga finansieringsproblemet i svensk sjukvård. Samtliga modeller utgår från variationer i sjukvårdsbehov mellan olika geografiskt avgränsade populationer. Vi vet dock att sjukvårdsbehovet varierar över livscykeln och att såväl demografiska förändringar som utveckling och introduktion av ny teknologi kan leda till kraftiga intertemporala variationer i vårdbehovet.

För att åstadkomma en långsiktig stabilitet i sjukvårdens finansiering finns ett behov av ett ökat långsiktigt sparande. Detta problem löses inte av de pågående systemförändringarna. Det finns inga incitament för invånarna att öka sitt sparande för framtida vårdkonsumtion. Behovet av samverkan mellan försäkrings-systemet och sjukvården har inte heller tillgodsetts i modellerna. Diskussioner pågår emellertid.

I samtliga modeller förutsätts att den offentliga sjukvården även framöver skall vara den huvudsakliga producenten. Möjligheterna för privata producenter att verka på marknaden kommer dock att öka på flera olika sätt, dels inom området medicinsk och

annan service (inklusive fastighetsförvaltning, kök, patienthotell etc.), dels genom att privata läkare och sjukhus kan få bedriva vård enligt kontrakt. Det saknas dock i samtliga modeller en klar plan för hur privata och andra konkurrerande institutioner skall utnyttjas för att skapa och vidmakthålla dynamiken i hälso- och sjukvården.

För effektiva marknader krävs att nya producenter kan få tillträde. Om man vill nå marknadsmässighet i sjukvården krävs en medveten politik för att stimulera konkurrensen mellan producenter. En väsentlig begränsning i de prövade modellerna är att huvuddelen av alla arbetskontrakt fortfarande finns med samma part som skall tillgodose konsumentintresset. Exempelvis är alla anställda vid sjukhusgruppen i Dalamodellen anställda av landstinget. Om landstinget skall vara den idealiske sponsorn borde landstinget inte vara ansvarigt för några arbetskontrakt, varken i primärvården eller i sjukhusvården. Erfarenheterna av försöken får utvisa om en sådan separering, med exempelvis stiftelseägda sjukhus, kan vara värd att pröva.

Som poängteras av såväl forskarna som företrädarna för de olika landstingen så är övergången till en mera marknadsanpassad sjukvård en process snarare än en alternativ organisation. För att kunna styra utvecklingen i önskad riktning är det nödvändigt att dra lärdomar av hur processen fortlöper. God information, diskussion och utvärdering av försöken är därför avgörande för om de skall bli framgångar eller misslyckanden.

En uppenbar brist i det pågående förändringsarbetet i landstingen är att åtgärder för att säkra systemets legitimitet på lång sikt saknas. I ingen av de fyra modellerna har man redan från början byggt in någon utvärdering för att undersöka och säkertälla att den prövade modellen uppnår de uppsatta målen rörande effektiv och rättvis sjukvård. Detta gör förändringsarbetet sårbart och öppet för angrepp från olika intressenter som ser sin position försämrad, speciellt som informationssystemen för såväl kostnads- som kvalitetskontroll ännu ej är utbyggda.

Eftersom försöken utnyttjar valfrihet och konkurrens som strategiska medel för att nå en effektivare sjukvård kan det vara motiverat att påminna om några centrala frågor. I den mån det inte finns goda svar förefaller det vara angeläget att söka dem.

1. Valfrihet för vem:
 - patienten?
 - primärvårdsläkaren?
 - försäkringsgivaren?
 - någon annan?
2. Valfrihet beträffande vad?
3. Konkurrens mellan vilka:
 - mellan privata och offentliga producenter?
 - mellan offentliga producenter inom landstinget
 - inom primärvård?
 - inom sekundärvård?
 - mellan offentliga producenter inom och utom landstinget?
4. Konkurrens beträffande vad:
 - icke medicinsk service?
 - medicinsk service?
 - omvårdnad?
 - medicinsk behandling?
 -
5. Vem skall betala? Hur?

Inte bara de iblandade aktörerna utan även den intresserade allmänheten borde engagera sig i att försöka finna svaren på frågorna. Sjukvårdens huvudintressenter är ju inte bara producenterna och dagens patienter utan vi alla – i egenskap av både finansierare och potentiella patienter.

Valfrihet och konkurrens i sjukvården

I debatten om förnyelsen av den svenska hälso- och sjukvården efterlyses med allt större eftertryck dels att vårdmonopolet bryts upp och att konkurrens skapas, dels att patienterna ges valfrihet. Inom landstingen pågår försök med att öka konkurrensen och valfriheten, hittills i huvudsak inom den bestående landstingsmodellens ram. Men krav på mer långtgående systemförändringar förs allt oftare fram.

Den här boken har två syften. Det första är att sammanfatta vad forskning kring valfrihet och konkurrens i sjukvård och annan offentlig tjänsteproduktion har kommit fram till. Det andra är att presentera och kommentera de försök som nu pågår i fyra av de i detta sammanhang mest progressiva landstingen: Dalarna, Bohus, Stockholm och Malmöhus. Forskarnas resonemang innebär dels att Dalamodellen m fl inte går långt nog, dels att man tagit för lätt på riskerna för oväntade och oönskade konsekvenser.

Boken vänder sig till dem som i olika funktioner utformar framtidens sjukvårdssystem, men också till dem som vill få grepp om vad som pågår för att bättre kunna följa och delta i debatten.

ISBN 91-7150-407-9


FÖRLAG

I K E

Institutet för kommunal ekonomi



9 789171 504074