Vem vårdar bäst? En ESO-rapport om svensk sjukhusvård i ett jämförande perspektiv

Clas Rehnberg

Rapport till
Expertgruppen för studier i offentlig ekonomi
2019:8

STATENS OFFENTLIGA UTREDNINGAR

Rapportserien kan köpas från Norstedts Juridiks kundservice.
Beställningsadress: Norstedts Juridik, Kundservice, 106 47 Stockholm
Ordertelefon: 08-598 191 90
E-post: kundservice@nj.se
Webbadress: www.nj.se/offentligapublikationer

Layout: Kommittéservice, Regeringskansliet
Omslag: Elanders Sverige AB
Tryck: Elanders Sverige AB, Stockholm 2019

ISBN 978-91-38-24984-0

Förord

Svensk sjukvård uppvisar medicinska resultat i världsklass när det kommer till behandling av en rad diagnoser. Samtidigt brottas sjukvården med en serie problem, exempelvis långa vårdköer och personalbrist. Sverige har, i ett internationellt perspektiv, en förhållandevis stor sjukhussektor. Eftersom sjukhusen är en central och resurskrävande del av hälso- och sjukvården är det viktigt att den fungerar effektivt. Det finns dock indikationer på att produktiviteten vid svenska sjukhus är lägre än i jämförbara länder.

I den här rapporten till ESO undersöker professor Clas Rehnberg om och vilka lärdomar det finns att dra från hur andra länder har organiserat sjukhussektorn. Genom att jämföra sjukhussystemen i ett antal europeiska länder med liknande målsättningar som Sveriges, syftar rapporten till att identifiera institutionella faktorer som kan påverka skillnader i resultat. Bland annat jämförs vårdens tillgänglighet genom t.ex. antalet sjukhus per capita och resurser i form av vårdplatser och personal. Även sjukhussektorns övergripande struktur granskas i syfte att ge lärdomar om hur styrning, incitamentsstrukturer och regleringar ser ut i andra länder.

Rehnberg visar att Sverige håller god standard när det gäller behandlingsresultat och ligger långt fram när det gäller införandet av ny medicinsk teknologi. Det tycks därmed inte råda brist på resurser, åtminstone inte i sjukhussektorn. Däremot finns brister i sjukhusvården vad gäller produktivitet, antal vårdplatser och väntetider för planerad icke-akut behandling. Rehnberg visar också att Sverige har en relativt låg andel allmänläkare och menar att en ökad flexibilitet i anställningsformer skulle kunna ge sjukhusläkare större möjlighet att verka utanför sjukhusen.

En annan viktig fråga rör styrningen och ersättningssystemen, där det i många andra länder är nationella myndigheter som ansvarar för utvecklingsarbetet av ersättningssystemen. Detta utgör en viktig

skillnad gentemot hur det är i Sverige. Även den högre utbildningen av vårdpersonal är i regel en statlig angelägenhet internationellt. Därför menar Rehnberg, att statens ansvar och inflytande över utvecklingen av styrinstrument och inriktning på specialistutbildningar bör öka.

Det är min förhoppning att den här rapporten ska ge perspektiv på sjukvårdens organisering och utgöra ett pedagogiskt underlag för den fortsatta diskussionen om sjukvården i Sverige.

Arbetet med rapporten har följts av en referensgrupp bestående av personer med god insikt i dessa frågor. Gruppen har letts av Sylvia Schwaag Serger, ledamot i ESO:s styrelse. Som alltid i ESO-sammanhang svarar författaren själv för innehåll, slutsatser och förslag i rapporten.

Stockholm i november 2019

Hans Lindblad
Ordförande i ESO

Innehåll

Sammanfattning **9**

Summary **19**

Utgångspunkter **29**

Del I. Struktur, kostnader, processer och resultat inom europeisk sjukhusvård **37**

1 Finansiering och produktion **39**

1.1 Finansiering 39

1.2 Ägandeformer inom sjukhussektorn 42

2 Sjukhussektorns struktur och tillgänglighet **45**

2.1 Sjukhusstruktur 47

2.2 Fördelning av läkare mellan specialiteter 48

2.3 Sjukhus och andra vårdformer 50

3 Tillgång till personal och utrustning **55**

3.1 Personal 55

3.2 Utrustning 57

3.3 Vårdplatser och beläggningsgrad 60

4 Processmått och produktivitet **63**

4.1 Vårdtider 63

4.2 Produktivitet ... 66
4.3 Väntetider ... 71

5 Utfall och kvalitet ... 77
5.1 Hjärtinfarkt och stroke ... 78
5.2 Överlevnad i cancer ... 80
5.3 Väntetid för operation av höftfraktur ... 81
5.4 Jämlik vård ... 83

6 Styrning, reglering och ersättningssystem ... 89
6.1 Reglering av kapacitet, etablering och investeringar ... 89
6.2 Ersättningssystem ... 91
6.3 Valfrihet ... 97

7 Sammanfattning av jämförelser mellan OECD-länder ... 99

Del II. Erfarenheter av styrning från utvalda länder: Nederländerna, Tyskland, Danmark och Norge ... 103

8 Fyra utvalda länder ... 105
8.1 Nederländerna ... 105
8.2 Tyskland ... 111
8.3 Danmark ... 119
8.4 Norge ... 126

9 Svensk sjukhusvård ... 135
9.1 Ersättning och incitament ... 135
9.2 Avtal med icke-sjukhusanställd personal ... 140
9.3 Icke-kontorstid – utanför sjukhus ... 143

9.4 Styrning av fortbildning/specialistutbildning och investeringar 144

10 Slutsatser och lärdomar för svensk sjukhusvård 149

Referenser 159

Bilagor 165

Sammanfattning

Sverige har en lång tradition av landstingsdrivna sjukhus som dominerat utbudet av vård, samtidigt som primärvården svarat för en förhållandevis liten andel av sjukvården. Detta är bakgrunden till flera pågående statliga utredningar med syfte att stärka primärvården och vad som kallas *nära vård*. Sjukhusvården svarar för vårdtjänster som öppenvård vid mottagningar, rutinmässig diagnostisering och behandling, högspecialiserad vård och akutverksamhet. Samtidigt har främst universitetssjukhusen ett uppdrag för utbildning och forskning. Sjukhusen är även beroende av samverkan med andra vårdformer som primärvård och efterföljande insatser efter utskrivning som rehabilitering och äldreomsorg. I diskussioner om framtidens sjukvård har det svenska sjukvårdssystemet betraktats som sjukhustungt och utvecklingen under senare år har gått mot att delar av sjukhusvården flyttats ut till andra vårdgivare. I de statliga utredningar som pågår finns målsättningar om att mindre vård ska ges vid sjukhusen för att uppnå ett mer övergripande effektivt sjukvårdssystem.

I denna rapport ges en jämförelse av sjukhussektorn i ett antal västeuropeiska länder med likartad ekonomisk standard och likartade levnadsvillkor och hälsoläge. Länderna uppvisar även likheter i sjukvårdssystemen med avseende på målsättningar om allmän tillgång till vård och liknande kostnadsnivåer. Hälso- och sjukvårdssystemen i Europa har i flera jämförelser karakteriserats som antingen skattebaserade eller socialförsäkringsbaserade system (Beveridge- respektive Bismarck-system). I rapportens första del används denna indelning för att redogöra för sjukhussektorns finansiering, struktur, resurser, prestationer, utfallsmått och fördelningsaspekter. De skattebaserade länderna är Danmark, Finland, Irland, Italien, Norge, Portugal, Spanien, Storbritannien och Sverige. Socialförsäkringsländerna är Belgien, Frankrike, Luxemburg,

Nederländerna, Schweiz, Tyskland och Österrike. I rapportens andra del redogörs mer ingående för hur regleringar, styrning och ersättningssystem utformas för sjukhussektorn i fyra olika länder, Nederländerna, Tyskland, Danmark och Norge.

Syfte och utgångspunkter

Syftet med rapporten är att ge en jämförelse av sjukhussektorn i ett antal västeuropeiska länder och samtidigt redovisa styrkor och svagheter i respektive land. I syftet ingår även att identifiera faktorer och styrmekanismer som kan ligga till grund för skillnader i resultaten. Avsikten är även att diskutera i vilken utsträckning svensk sjukvård kan dra lärdomar av hur sjukhusvården är organiserad i andra länder samt att peka på gemensamma utvecklingstendenser. Rapportens mervärde ligger i att ge kunskap och idéer om alternativa sätt att organisera och styra sjukhussektorn.

En utgångspunkt i rapporten är de problem som uppmärksammats i den svenska sjukhusvården, väntetider och tillgänglighet, men även att beakta positiva aspekter inom svensk sjukhusvård såsom goda resultat när det gäller främst medicinsk kvalitet och överlevnad för flera behandlingar. Inom svensk sjukvård och andra skattebaserade system har en integrerad modell med offentlig finansiering och offentligt ägda sjukhus i viss utsträckning reformerats under senare år. Idag sluter exempelvis flera regioner kontrakt med privata vårdgivare för enklare planerad vård. Eftersom utvecklingen sker mot bakgrund av ett tidigare helintegrerat offentligt produktionssystem är erfarenheter av utkontraktering fortfarande relativt begränsade. Ett mervärde i rapporten är att visa på lärdomar från främst länder med socialförsäkringssystem där man har lång erfarenhet att styra och kontraktera sjukhus inom ett mer pluralistiskt system med olika ägandeformer. Skillnaderna mellan skattebaserade system och länder med socialförsäkringssystem är främst uppdelningen mellan finansiär och vårdproducent och därmed inslaget av avtal och kontrakt mellan parter. Även reformer av sjukhussektorn i skattebaserade system studeras. Det gäller främst den statliga styrningen av självständiga regioner med ansvar för sjukvården. Gemensamt för samtliga ingående länder är en allmän tillgång till sjukvårdstjänster och en i huvudsak offentlig finansiering.

De källor som används i rapporten är till stor del internationella, såsom bl.a. OECD, WHO och The Commonwealth Fund, men även vetenskapliga publikationer och nationella rapporter. Dataunderlaget har kompletterats med rapporter och statistik från Socialstyrelsen, Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (Vårdanalys), SKL och SCB.

Offentlig finansiering och skillnader i vårdstruktur

Inledningsvis konstateras att skillnaderna mellan de studerade länderna är små när det gäller finansieringen av sjukhussektorn, inklusive sjukhusvård. Socialförsäkringsländerna har under en längre tid ökat den offentliga finansieringen och idag har flertalet av de ingående länderna en offentlig finansieringsandel som motsvarar ca 80 procent av sjukvårdens kostnader. Ländernas kostnader för hälso- och sjukvården som andel av BNP visar att samtliga länder ligger i intervallet 7-11 procent. Det är högre än i många andra OECD-länder, men klart lägre än i USA. Frågan om sjukhussektorns storlek är svårare att avgöra. Enligt befintlig statistik från OECD skiljer sig inte Sverige anmärkningsvärt från övriga länder. Däremot visar statistiken att Sverige i en internationell jämförelse har en låg andel allmänläkare och därmed en svag primärvård. Samtidigt visar den svenska utvecklingen att sjukhusläkarna utgör en stor och ökande andel av läkarkåren. Även utvecklingen av kostnader och investeringar visar på ett sjukhusdominerat system.

Socialförsäkringsländerna har en klart högre andel av privat producerad vård inom sjukhussektorn, där icke-vinstdrivande sjukhus dominerar. Det innebär en mer pluralistisk sjukhusstruktur och inslaget av kontrakt och prestationsersättningar är större än i skattebaserade system. I några av dessa länder finns även offentliga sjukhus, främst universitetssjukhus.

Statistiken över yrkesverksamma läkare och sjuksköterskor visar att Sverige i en internationell jämförelse inte har brist på utbildad personal. Läkartätheten är högre än i flertalet jämförbara länder och tillgången på sjuksköterskor ligger nära genomsnittet. Även tillgång till utrustning baserat på vanligt förekommande teknologier visar på god tillgång.

Låg produktivitet och långa väntetider

Analyser av relationen mellan resursinsats och prestationer (mätt som arbetsproduktivitet och sjukhusens totalproduktivitet) har i tidigare studier visat en klart lägre nivå för svensk sjukvård i allmänhet och sjukhusvården i synnerhet. Även om det föreligger metodologiska problem med produktivitetsanalyser pekar såväl de internationella jämförelserna som den svenska utvecklingen på problem när det gäller relationen mellan resursinsatser och aktivitet inom svensk sjukvård, inklusive sjukhusen.

Väntetider för planerade behandlingar och operationer som ges vid sjukhusen har gett upphov till debatt. Internationella jämförelser av väntetider är problematiska då olika sätt att mäta vänte-episoder används. Här finns mätningar baserade på registerdata för väntetid och intervjustudier av patienter och medborgare. En rimlig tolkning av befintlig statistik är att skattebaserade system har större problem med väntetider än socialförsäkringsländer. En sannolik förklaring till problemet med köer och väntetider i Sverige kan vara den låga produktiviteten. En bidragande orsak kan vara den höga beläggningsgraden inom svensk sjukhusvård vilket indikerar en brist på antal vårdplatser. Detta kan i sin tur leda till problem med patientflöden och behandlingsprocesser inom sjukhusen.

Hög medicinsk kvalitet och jämlik vård

Svensk sjukhusvård visar mycket goda resultat när det gäller överlevnad och medicinsk kvalitet. Det gäller framförallt allvarliga sjukdomar som cancer, hjärtinfarkt, stroke m.m. Vi kan dock konstatera att flera länder i jämförelsen ligger på ungefär samma nivå. Sverige ligger även långt framme när det gäller införandet av ny medicinsk teknologi som dagkirurgi och nya behandlingsmetoder. Inom detta område uppvisar flera länder med socialförsäkringssystem en långsammare tillämpning och utveckling av t.ex. dagkirurgi. Förklaringarna till dessa resultat är inte helt klarlagda, men arbetet med nationella riktlinjer och kvalitetsregister i Sverige lyfts fram som orsaker. En annan förklaring kan vara en, i internationell jämförelse, god och jämlik folkhälsa samt hög levnadsstandard.

I de studerade länderna finns målsättningar om en allmän tillgång till sjukvård och en jämlik fördelning av vårdutnyttjandet. De internationella jämförelserna av ett jämlikt vårdutnyttjande visar inte på några markanta skillnader mellan skattebaserade system och socialförsäkringssystem. De skillnader som finns förklaras av enskilda egenskaper som höga patientavgifter och speciella vårdformer avsedda för vissa grupper inom enskilda länder. Analyserna av fördelningen av vårdutnyttjandet tyder på att svensk sjukhusvård varken är mer eller mindre jämlik än vården i andra länder. Generellt finns ett mönster där primärvården i större utsträckning konsumeras av låginkomsttagare, medan övrig specialiserad öppen vård (i Sverige främst vid sjukhusen) utnyttjas av höginkomsttagare. Den slutna vården, med inläggningar av patienter, utnyttjas i högre utsträckning av låginkomsttagare.

Resultaten av de internationella jämförelserna summeras i nedanstående tabell där styrkor och svagheter inom svensk sjukhusvård anges.

Styrkor	Likvärdig	Svagheter
Medicinsk kvalitet	Kostnadsnivå	Produktivitet
Ny medicinsk teknologi	Offentlig finansiering	Väntetider/tillgänglighet
Läkemedelsanvändning	Personaltillgång	Överbeläggning/brist på vårdplatser
	Utrustning	
	Jämlik vård	

I rapportens andra del studeras sjukhussektorns struktur, regleringar, tillämpning av ersättningsmodeller och anställningsformer i fyra utvalda länder. Relevanta erfarenheter från Nederländerna och Tyskland (socialförsäkringar) respektive Danmark och Norge (skattefinansiering) sammanställs utifrån problem relevanta för svensk sjukhussektor. De faktorer som studeras är följande:

- Samverkan och avtal mellan sjukhus och specialiserad vård utanför sjukhus
- Ersättningar, avtal och incitament
- Utbud och tillgång till vård utanför kontorstid
- Statens roll: utbildning, investeringar och uppföljning

Alternativa anställningsformer

Anställningsformerna för främst läkare skiljer sig mellan de skattebaserade systemen och socialförsäkringssystemen. Det är betydligt vanligare med dels sjukhusanställda läkare i skattebaserade system, dels att en mindre andel av läkarkåren är egna entreprenörer i dessa system. En fördel med anställd personal är möjligheterna till kontroll och styrning av verksamheten. En fördel med kontraktering är att incitamentsstrukturen blir tydligare, men samtidigt frånsäger sig huvudmän och finansiärer möjligheter till direkt styrning och samverkan. Erfarenheterna från Nederländerna och Tyskland visar att utkontraktering och organisation av läkarkåren i läkargrupper förutsätter reglering och överenskommelser som inte endast avser den egna kärnverksamheten. I avtal med fristående läkargrupper eller motsvarande avtalas därför även ansvar för utbildning och jour/beredskap. En förutsättning för att erhålla ersättning från den offentliga försäkringen är t.ex. deltagande i jour-organisation, beredskap och i viss mån utbildning. Samtidigt har läkare med egen praktik inläggningsmöjligheter vid sjukhusen för egna patienter.

Utvecklingen i den svenska sjukhusvården visar att delar av specialistvården i ökad utsträckning kontrakteras ut till privata vårdgivare men samtidigt saknas åtaganden som jourmedverkan och utbildning. Upphandling och vårdvalssystem är ofta fokuserade endast på leveranser som antal besök, operationer, behandlande patienter etc. och är i övrigt relativt oreglerat. I detta avseende kan lärdomar dras av hur avtal och överenskommelser utformats med aktörer utanför sjukhussektorn inom länder med socialförsäkringssystem. Mot bakgrund av de rekryteringsproblem som finns inom svensk sjukvård kan en ökad flexibilitet för anställningsformer och kontrakt för vårdanställda leda till ett bättre utnyttjande av humankapitalet inom sjukvården.

Fördelen med utkontraktering av planerad vård är en bättre tillgång till icke-akut vård och kortare väntetider. Samtidigt måste andra behov såsom bemanning av akutsjukhusens akutmottagningar och annat vårdutbud under icke-kontorstid tillgodoses. Här finns flera exempel från länder med socialförsäkringssystem där finansiärer och vårdgivare använder sig av såväl regleringar som incitament för att anställda utanför sjukhus eller i egen regi ska medverka i jour-organisation vid akutmottagningar. Även samverkan mellan sjukhus

och det vårdutbud som finns utanför sjukhusen under icke-kontorstid utgör möjligheter till en förbättrad tillgänglighet.

Ersättning och incitament

Utvecklingen av ersättningssystem för sjukhus och personal vid sjukhus har ändrats i flera länder och för sjukhussektorn har det inneburit att slutenvården i stor utsträckning idag ersätts för antal behandlade patienter enligt systemet med Diagnosrelaterade grupper (DRG). Denna ersättningsprincip bygger på att sjukhusen erhåller en fast ersättning för hela vårdepisoden vid sjukhuset. Tidigare ersättningsprinciper som var baserade på antal vårddagar (Tyskland), prestation av deltjänster (Belgien, Nederländerna), budget (de nordiska länderna och Storbritannien) har avvecklats till fördel för DRG-systemet. Utvecklingen i Sverige visar dock på en tillbakagång till budgetanslag inom flera regioner, även om DRG fortsatt används som uppföljningsinstrument.

I flera länder pågår en utveckling av ersättningssystemen för att anpassa dem till nya arbetssätt, organisationsformer, behandlingsmetoder och ny teknologi. Det gäller inte minst utformningen av prestations- och kvalitetsbaserade ersättningssystem för nya typer av tjänster och arbetssätt. En aspekt som framgår tydligt vid en jämförelse mellan skattebaserade och socialförsäkringssystem är formerna för professionens roll i förhandlingar av ersättningssystem. I såväl Nederländerna som Tyskland förhandlar uppdragsgivare som försäkringsbolag, sjukhus eller sjukkassor med regionala läkarförbund inom olika specialiteter. Motsvarande avtal i Sverige utarbetas av regionerna/landstingen där ackrediteringskriterier, ersättningssystem och andra avtalsvillkor fastställs, utan direkta förhandlingar med professionen. En fördel med förhandlade avtal är dels ett tydligt inflytande från professionen, dels ett bättre ansvarstagande (*commitment*) från professionens sida för innehållet i avtalen.

En avtalsform mellan uppdragsgivare och vårdgivare lämpar sig i regel bäst i ett system med offentliga finansiärer och där huvudparten av vårdproduktion bedrivs i privat regi. Det är relativt sällsynt med förhandlingar inom en offentligt styrd organisation med

juridiskt bindande avtal mellan företrädare för beställare och vårdgivare. Det hindrar emellertid inte att regionerna i Sverige har direkta förhandlingar med de privata aktörer som idag finns inom främst primärvård och öppenvård samt planerad vård utanför sjukhusen. Med förhandlingar som i Nederländerna och Tyskland ges ett ökat inflytande för professionen, samtidigt som åtaganden som tillgänglighet, medverkan i jour-organisation, utbildningsansvar m.m. tydliggörs.

Tillgång till sjukvård utanför kontorstid

Belastningen och efterfrågetrycket på sjukhusens akutmottagningar är ett problem som förekommer i varierande utsträckning i flera länder. Det finns en relativt stor samstämmighet om att akuta sjukdomsproblem i större utsträckning kan omhändertas utanför akutsjukhusen. De få internationella jämförelser som genomförts visar att i bl.a. Sverige och flera andra länder söker sig en större andel av patienterna till akutmottagningar p.g.a. avsaknad av alternativ vård under icke-kontorstid. I Belgien och Danmark är denna siffra klart lägre och visar på möjligheterna att styra patientströmmar till andra alternativ. De länder som byggt ut alternativ till sjukhusvård och försökt att styra patientströmmar till andra vårdgivare är bl.a. Danmark, Nederländerna och Norge. I Nederländerna provas sedan en tid tillbaka ett system med dels utökad tillgänglighet av allmänläkare under icke-kontorstid, dels en speciell organisation för kroniskt sjuka och äldre multisjuka som i viss utsträckning är tillgänglig under icke-kontorstid. Den danska modellen med standardiserade och ackrediterade patientflöden bygger på ett liknande resonemang (Danske Kvalitetsmodel).

Inte statlig drift – men tydlig styrning och uppföljning

Staten har, i såväl skattebaserade system som socialförsäkringssystem, en viktig roll för ett övergripande ansvar, regleringar och styrning av olika aktörer. I de fyra länder som studerats i rapportens andra del finns en relativt långtgående decentralisering av själva driften av sjukhussektorn. Undantaget är Norge där en statlig företagsorganisation tagit över sjukhusdriften. I Nederländerna och

Tyskland dominerar privata icke-vinstdrivande organisationer som ägare av sjukhusen. Statlig styrning är dock mer omfattande för vidareutbildning och specialisering av främst läkare än i Sverige. I Sverige finns historiskt en långtgående decentralisering av ansvar och befogenheter inom framförallt sjukhussektorn där frihetsgraderna och autonomin för de svenska regionerna är stor. Det gäller inte minst ansvaret för fortbildning och specialiseringen av läkarkåren. En tydligare statlig styrning inom detta område kan vara en nyckel till en ökad andel allmänläkare och förstärkt primärvård. Även beslut om investeringar i ny- och ombyggnationer samt inköp av avancerad utrustning sker utan statlig kontroll och reglering.

Andra områden där staten i de fyra länderna har ett större inflytande är utvecklingen av styr- och ersättningsmodeller. Detta gäller främst utvecklingsarbetet och ramarna för resursfördelningen. Förhandlingar och kontraktsrelationer är däremot ofta decentraliserade till regionala eller privata aktörer, även om staten har en god insyn och kontroll över hur dessa avtal och kontrakt utformas, t.ex. i Danmark och Tyskland. Ett annat väsentligt område är uppföljning av såväl produktivitet och effektivitet som fördelningsaspekter där nationella myndigheter eller institut kontinuerligt följer utvecklingen. I detta avseende är den danska modellen intressant där staten har ett krav på en positiv produktivitetsutveckling inom sjukhussektorn.

Sjukhussektorn i Sverige står inför flera utmaningar. De senaste decenniernas utveckling med en privatisering av vårdformer, inte minst planerad sjukhusvård, har inneburit att Sverige och andra skattebaserade system närmat sig den struktur som finns inom länder med socialförsäkringssystem. I detta avseende finns lärdomar om hur regleringar, ersättningssystem och anställningskontrakt kan utformas för att uppnå en effektiv vårdstruktur då vården kontrakteras ut. En annan central fråga som diskuteras är om staten ska öka sitt inflytande inom sjukhussektorn och eventuellt ta över driften av sjukhusen. Det finns emellertid svagt stöd för en sådan omstrukturering i andra länder oavsett system. Statens roll i de studerade länderna avser inte främst ett förstatligande av driftsformerna utan mer av en tydlig långsiktig roll för frågor om hur utbildning, investeringar och infrastruktur ska regleras samt uppföljning av effektivitets- och fördelningsaspekter.

Summary

Sweden has a long tradition of county council-run hospitals that have dominated the supply of health care at the same time as primary health care has accounted for a relatively small share of health care. This is the background to several ongoing government inquiries intended to strengthen primary health care and what is called *local health care*. Hospital health care is responsible for health care services like out-patient care at clinics, routine diagnosis and treatment, highly specialised care and emergency care services. At the same time, the university hospitals, in particular, have a responsibility for education and research. Hospitals are also dependent on cooperation with other forms of health care such as primary health care and subsequent interventions after discharge such as rehabilitation and elderly care. The trend in recent years has gone in the direction of parts of hospital health care being moved out to other health care providers. Here, the Swedish hospital system has been regarded as hospital-centred. Ongoing government inquiries have an overall objective of providing less health care at hospitals in order to achieve a health care system of greater overall efficiency.

This report makes a comparison of the hospital sector in a number of west European countries with a similar economic standard and similar living conditions and health status. The health care systems of these countries also display similarities regarding goals of universal access to health and similar cost levels. Several comparisons have classified health care systems in Europe as either tax-based or social insurance-based (Beveridge or Bismarck systems). The first part of this report uses this classification to give an account of the financing, structure, resources, performance, outcome measures and distributional aspects of the hospital sector. The tax-based countries are Denmark, Finland, Ireland, Italy, Norway, Portugal, Spain, Sweden and the UK. The social insurance

countries are Austria, Belgium, France, Germany, Luxembourg, the Netherlands and Switzerland. The second part of this report gives a more detailed account of the design of regulation, governance and payment systems for the hospital sector in four countries: the Netherlands, Germany, Denmark and Norway.

Purpose and starting points

The purpose of the report is to make a comparison of the hospital sector in a number of west European countries, and to set out the strengths and weaknesses of each country at the same time. A further purpose is to identify factors and governance mechanisms that can form the basis for differences in outcomes. The intention is to also discuss to what extent Swedish health care can learn lessons from how hospital health care is organised in other countries and to identify common trends. The added value of the report is that it provides knowledge and ideas about alternative ways of organising and governing the hospital sector.

One starting point for the report is the problems of waiting times and accessibility in Swedish hospital health care that have attracted attention, but also to take account of positive aspects of hospital health care in Sweden such as good results especially regarding medical quality and survival for several treatments. In Swedish health care and other tax-based systems, an integrated model of public funding and publicly owned hospitals has undergone some reform in recent years. For example, several regions now sign contracts with private health care providers for simple planned care. Since this development is taking place against the background of a previously fully integrated public production system, the experience of contracting out is still relatively limited. One added value of the report is that it points to lessons especially from countries with social insurance systems, which have long experience of governing and contracting hospitals in a more pluralist system with different forms of ownership. The major differences between tax-based systems and countries with social insurance systems are the division into funder and care provider and therefore the occurrence of agreements and contracts between parties. Reforms of the hospital sector in tax-based systems are also studied. This applies chiefly to the governance

by central government of independent regions responsible for health care. All the countries studied share universal access to health care services and mainly public funding.

Most of the sources used in the report are international, including the OECD, WHO and the Commonwealth Fund, but scientific publications and national reports have also been used. The supporting data has been supplemented with reports and statistics from the Swedish National Board of Health and Welfare, the Swedish Agency for Health and Care Services Analysis, the Swedish Association of Local Authorities and Regions (SALAR) and Statistics Sweden.

Public financing and the differences in health care structure

Initially, it is concluded that the differences between the countries studied are small regarding the financing of hospitals, including hospital health care. The social insurance countries have for a long time increased their public funding, and today most of the countries included have a public funding share corresponding to about 80 per cent of health care costs. The countries' costs of health care as a share of GDP show that most of the countries are in the interval of 7–11 per cent. This is higher than in many other OECD countries, but clearly lower than in the US. The question of the size of the hospital sector is more difficult to decide. According to existing OECD statistics, Sweden does not differ from the other countries in a remarkable way. But the statistics do show that, in an international comparison, Sweden has a low share of general practitioners and weak primary health care. At the same time, developments in Sweden shows that hospital doctors make up a large and rising share of the medical profession. The development of costs and investments also points to a hospital-dominated system.

Social insurance countries have a clearly higher share of privately produced health care in the hospital sector, which is dominated by non-profit hospitals. This results in a more pluralist hospital structure and there are more contracts and performance-based payments than in tax-based systems. Some of these countries also have public hospitals, mainly university hospitals.

The statistics on practising doctors and nurses show that, in an international comparison, Sweden does not have a shortage of

trained personnel. The density of doctors is higher than in most comparable countries and access to nurses is close to the average. Access to equipment based on commonly used technologies also points to good access.

Low productivity and long waiting times

Analyses of the relationship between resource inputs and performance (measured as labour productivity and overall hospital productivity) in previous studies have shown a clearly lower level for Swedish health care in general and hospital health care in particular. Even though there are methodological problems in productivity analyses, both international comparisons and developments in Sweden point to problems concerning the relationship between resource inputs and activity in Swedish health care, including hospitals.

Waiting times for planned treatments and operations done at hospitals have caused debate. International comparisons of waiting times are problematic as different ways of measuring waiting episodes are used. Here there are measurements based on register data for waiting times and interviews of patients and citizens. A reasonable interpretation of the statistics available is that tax-based systems have greater problems with waiting times than social insurance countries. One probable explanation of the problem of queues and waiting times in Sweden can be the low productivity. One contributing factor may be the high occupancy rate in Swedish hospital care, which indicates a shortage of hospital beds. This may then lead to problems with patient flows and treatment processes in hospitals.

High medical quality and equal care

Swedish hospital health care shows very good results regarding survival and medical quality. This chiefly applies to serious diseases like cancer, heart attacks and stroke. We can, however, see that several countries in the comparison are at about the same level. Sweden is also at the forefront concerning the introduction of new medical technology like day surgery and new treatment methods.

Here several countries with social insurance systems show slower application and development of day surgery, for instance. The explanations of these results are not fully established, but work in Sweden on national guidelines and on quality registers is highlighted as a cause. Another explanation may be what is, in an international comparison, good and equal health status and a high standard of living.

The countries studied have goals about universal access to health care and an equal distribution of health service use. The international comparisons of equal service utilisation do not point to any great differences between tax-based systems and social insurance systems. The differences that are found are explained by individual features like high patient charges and special forms of care intended for certain groups in individual countries. The analyses of the distribution of service use do not suggest that Swedish hospital health care is more or less equal than this care in other countries. In general, there is a pattern in which primary health care is consumed to a greater extent by low-income earners, while other specialised care (in Sweden mainly at hospitals) is used by high-income earners. In-patient care, with admissions of patients, is used to a greater extent by low-income earners.

The results of the international comparisons are summed up in the following table setting out strengths and weaknesses in Swedish hospital health care.

Strengths	Equivalent	Weaknesses
Medical quality	Level of costs	Productivity
New medical technology	Public funding	Waiting times/accessibility
Drug use	Access to staff	Bed occupancy/shortage of hospital beds
	Equipment	
	Equal care	

The second part of the report studies the hospital sector's structure, regulation, application of payment models and forms of employment in four selected countries. Relevant experience from Germany and the Netherlands (social insurance) and from Denmark and

Norway (tax financing) is summarised on the basis of problems relevant to the Swedish hospital sector. The problems studied are:

- Collaboration and agreements between hospitals and specialised care outside hospitals
- Payments, agreements and incentives
- Supply of and access to care outside office hours
- Central government role: training, investment and monitoring.

Alternative forms of employment

The forms of employment for doctors in particular differ between tax-based systems and social insurance systems. It is much more common to have hospital-employed doctors in tax-based systems and a smaller proportion of the medical profession to be self-employed in these systems. One advantage of employed personnel is the possibilities for control and governance of activities. One advantage of contracting is that the incentive structure is clearer; but, at the same time, organisers and financiers give up possibilities of direct governance and collaboration. Experience from Germany and the Netherlands shows that contracting-out and the organisation of the medical profession in groups of doctors require regulation and agreements that do not relate solely to own core services. Agreements with independent groups of doctors or the equivalent therefore also cover responsibility for training and for out-of-hours and on-call services. For example, participation in out-of-hours and on-call services and in certain training may be required for payment from the public insurance. At the same time, doctors with their own practices are able to have their patients admitted to hospital.

The development of hospital health care in Sweden shows that parts of specialist health care are increasingly contracted out to private health care providers, but there are, at the same time, no commitments regarding training and participation in on-call services, for instance. Procurement and health care choice systems often focus only on deliveries as the number of consultations,

operations, patients treated, etc., and contain relatively little other regulation. Here, lessons can be learned from how contracts and agreements with actors outside the hospital sector are designed in countries with social insurance systems. Against the background of the recruitment problems in Swedish health care, greater flexibility for employment forms and contracts with health care employees can lead to better use of human capital in health services.

The advantage of contracting out planned health care is better access to non-acute care and shorter waiting times. At the same time, other needs such as the staffing of the emergency departments of acute hospitals and other provision of care outside office hours must be satisfied. Here, there are several examples of countries with social insurance systems in which financiers and health care providers use both regulation and incentives so that employees working outside hospitals in their own practice also participate in out-of-hours services at emergency departments. Collaboration between hospitals and the range of health care available outside hospital outside office hours also provides possibilities for better accessibility.

Payment and incentives

The development of payment systems for hospitals and staff at hospitals has changed in several countries, and for the hospital sector this has meant that, to a great extent, in-patient care now receives payment for the number of patients treated according to the system of diagnosis-related groups (DRGs). This payment principle is based on hospitals receiving a fixed payment for the whole of the care episode at the hospital. Previous payment principles that were based on the number of in-hospital days (Germany), the performance of component services (Belgium, Netherlands), budget (Nordic countries and UK) have been phased out in favour of the DRG system. However, developments in Sweden show a return in budget appropriations in several regions, even though DRG continues to be used as a monitoring instrument.

In several countries payment systems are being developed to adapt to new ways of working, forms of organisation, treatment methods and new technology. This applies especially to the design of performance- and quality-based payment systems for new types

of services and ways of working. One aspect that emerges clearly from a comparison of tax-based and social insurance systems is the forms for the role of the profession in negotiations of payment systems. In both Germany and the Netherlands principals, such as insurance companies, hospitals and health insurance funds, negotiate with medical associations in various specialities. Corresponding agreements in Sweden are drafted by the regions/county councils, and in them accreditation criteria, payment systems and other contractual terms are laid down without any direct negotiations with the profession. One advantage of negotiated agreements is that they provide both a clearer influence for the profession and a better commitment on the part of the profession to the content of the agreement.

A contractual form between principals and care providers is generally most suitable in a system with public funders in which most health care production is carried out by private providers. It is relatively rare to have negotiations in a publicly governed organisation with legally binding agreements between representatives of purchasers and health care providers. Despite this, however, regions in Sweden have direct negotiations with the private actors that currently operate mainly in primary health care and in outpatient care and in planned care outside hospitals. With negotiations, as in Germany and the Netherlands, the profession is given more influence at the same time as undertakings like accessibility, participation in the out-of-hours organisation, responsibility for training, etc., are made clear.

Access to care outside office hours

The load and demand pressure on hospital emergency departments is a problem found to a varying degree in several countries. There is relatively great agreement that acute medical problems can be dealt with to a greater extent outside the acute hospitals. The few international studies carried out show that in several countries, including Sweden, a larger share of patients make their way to emergency departments on account of the lack of alternative health care outside office hours. In Belgium and Denmark this figure is clearly lower, demonstrating the possibilities of steering patient

flows to other alternatives. The countries that have expanded alternatives to hospital care and tried to steer patient flows to other health care providers include Denmark, the Netherlands and Norway. In the Netherlands a trial has been under way for some time of a system with, first, greater access to general practitioners outside office hours and, second, a special organisation for people with chronic diseases and older people with multiple illnesses that is available to some extent outside office hours. The Danish model of standardised and accredited patient flows is based on a similar discussion (the Danish Healthcare Quality Programme).

The central government should not run, but have clear influence and control

Central government has an important role, in both tax-based systems and social insurance systems, in providing overall responsibility, regulation and governance of various actors. In the four countries studied in the second part of the report there is relatively far-reaching decentralisation on the actual running of hospitals. The exception is Norway, where a state corporate organisation has taken over the running of hospitals. In Germany and the Netherlands private non-profit organisations dominate as owners of hospitals. However, central governance is more extensive for the further training and specialisation of doctors, in particular, than in Sweden. In Sweden there has historically been far-reaching decentralisation of responsibilities and powers in the hospital sector in particular, with considerable degrees of freedom and autonomy for the regions in Sweden. This applies, not least, to responsibility for further training and specialisation of the medical profession. Clearer central government governance in this area may be a key to a higher share of general practitioners and reinforced primary care. Decisions on investments in new construction and alterations and on purchases of advanced equipment are made without central government control and regulation.

Other areas in which central government in these four countries has more influence are the development of governance and payment models. This applies chiefly to development work and the budgetary frameworks for resource allocation. In contrast, negotiations and contractual relations are often decentralised to regional or private

actors, even though central government has good insight into and control of the design of these agreements and contracts, e.g. in Denmark and Germany. Another important area is monitoring of both productivity and efficiency and of distributional aspects, in which national agencies or institutes continuously track developments. The Danish model is of interest here; in it central government has a requirement of a positive productivity growth in the hospital sector.

The hospital sector in Sweden is facing several challenges. Developments in recent decades with a privatisation of forms of health care, especially planned hospital care, have meant that Sweden and other countries with tax-based systems are approaching the structure found in countries with social insurance systems. Here, there are lessons to be learned about how regulation, payment systems and employment contracts can be designed to achieve an efficient health care structure when health care is contracted out. Another central issue discussed is whether central government should increase its influence on the hospital sector and take over the running of hospitals. There is, however, weak support for such a restructuring in other countries, irrespective of system. The role of central government in the countries studied relates not primarily to a nationalisation of forms of management, but to a clear, long-term role for questions concerning the regulation of training, investment and infrastructure and for monitoring of efficiency and distributional aspects.

Utgångspunkter

Inledning

Sjukhussektorn är en central och resurskrävande del av hälso- och sjukvården. I det svenska hälso- och sjukvårdssystemet finns en lång tradition där offentliga sjukhus svarat för ett centralt utbud av sjukvårdstjänster och där sjukhussektorn är förhållandevis stor. I debatten framförs ofta att Sverige i jämförelse med andra europeiska länder har en stor andel av sjukvårdens resurser koncentrerade till sjukhusvård. Även i jämförelse med våra nordiska grannländer lägger vi en mindre andel av personal och resurser på primärvård och annan öppenvård utanför sjukhusen. Strukturen med en dominans av sjukhus och somatisk specialistvård har alltmer kommit att diskuteras och ifrågasättas. Mot bakgrund av att flera statliga utredningar[1] arbetar med frågan om att förstärka och bygga ut primärvården har emellertid frågor om hur vi använder resurserna inom sjukhusvården hamnat i skymundan.

Det svenska sjukvårdssystemet har traditionellt varit uppbyggt kring drift och ansvar för vården vid större akutsjukhus. Landstingens ursprungliga uppgift vid instiftandet under slutet av 1800-talet var att driva somatiska sjukhus för kroppsvård. Mentalsjukvården och den öppna vården på landsbygden (provinsialläkarsystemet) drevs tidigare av staten, medan en kår av privatläkare svarade för den öppna vården i städerna. Även om landstingen utförde driften av sjukhusen var man i stor utsträckning ombud för en statlig sjukvårdspolitik. Staten reglerade tjänster på sjukhusen och styrde med olika typer av bidrag. Under 1940- och 1950-talen presenterades flera utredningar som föreslog att landstingen skulle ta ett ökat ansvar för den öppna sjukvården. Med ett antal reformer

[1] Det avser främst utredningarna: Samordnad utveckling för god och nära vård (S 2017:01) samt Styrning för en mer jämlik vård (S 2017:08).

främst under 1960- och 1970-talen delegerades psykiatrin och den öppna vården till landstingen. De statliga mentalsjukhusen överfördes till landstingsregi. Landstingen tog även över provinsialläkarsystemet som avvecklades och ersattes med en uppbyggnad av primärvården. Landstingens frihetsgrader när det gällde organisation av sjukvården ökade samtidigt. I början på 1980-talet överfördes även de två statliga undervisningssjukhusen, Akademiska i Uppsala och Karolinska i Stockholm, till respektive landsting.

Inslaget av ett sjukhusdominerat system har emellertid inte ändrats nämnvärt. Den sjukhusorienterade strukturen har dock under senare tid ifrågasatts och flera utredningar har under de senaste 30 åren pekat på behovet av en utbyggd primärvård samtidigt som delar av sjukhusens planerade vård lagts ut på privata vårdgivare inom främst somatisk specialistvård. En parallell utveckling är införandet av vårdval med valfrihet för patienterna och konkurrens mellan vårdgivare. Dessa utvecklingstendenser ställer svensk sjukhusvård inför nya utmaningar. Lärdomar från sjukvårdssystem med en mångfald av vårdgivare och en stor andel öppenvård utanför sjukhus, men med liknande målsättningar för hälso- och sjukvården, är relevant att studera. Det kan leda till idéer och uppslag om alternativa modeller för organisation och styrning av sjukhusvården.

Syfte

Syftet med rapporten är att ge en jämförelse av sjukhussektorn i ett antal europeiska länder och samtidigt redovisa styrkor och svagheter i respektive land. I syftet ingår även att identifiera faktorer och styrmekanismer som kan förklara skillnader i resultat. Avsikten är att diskutera i vilken utsträckning svensk sjukvård kan dra lärdomar av hur sjukhusvården är organiserad i andra länder samt att peka på gemensamma utvecklingstendenser.

Fokus i rapporten ligger på följande punkter:

- Vilka är de väsentliga skillnaderna mellan länder i resultat i termer av resurser, prestationer, medicinsk kvalitet, tillgänglighet och övergripande effektivitet inom sjukhussektorn?

- I vilken utsträckning bidrar ersättningssystem och regleringar till skillnader i vårdstruktur – hur skiljer sig Sverige från utvecklingen i Europa?
- Vilka skillnader finns i jämlikt vårdutnyttjande mellan länder och sjukvårdssystem?
- Hur hanteras utbildningsfrågor och personalrekrytering i sjukvårdssystem med utkontraktering och mångfald av vårdgivare?
- Vilka är lärdomarna för svensk sjukhusvård när det gäller styrning och utkontraktering till externa vårdgivare?

Rapportens mervärde är att ge kunskap om alternativa sätt att organisera och styra sjukhussektorn. Utgångspunkten för de aspekter som kommer att belysas är de problem som uppmärksammats inom den svenska sjukhusvården. Samtidigt beaktas positiva aspekter inom svensk sjukhusvård såsom goda resultat när det gäller främst medicinsk kvalitet och överlevnad för flera behandlingar, men även aspekter för att upprätthålla kostnadskontroll i systemet.

Inom svensk sjukvård och i andra länder där sjukvården finansieras med skattemedel, har i regel samma huvudman ansvar för vårdproduktionen. Denna integrerade modell har i viss utsträckning reformerats under senare år. Idag sluter flera regioner kontrakt med privata vårdgivare för enklare planerad vård. Dessutom finns sedan flera år ett privat vinstdrivande akutsjukhus i Stockholm. Denna utveckling utgår emellertid från ett helintegrerat offentligt produktionssystem med relativt begränsade erfarenheter av utkontraktering. Ett mervärde i rapporten är även att visa på lärdomar från länder med socialförsäkringssystem där man har lång erfarenhet av att styra och kontraktera sjukhus inom ett mer pluralistiskt system med olika ägandeformer. I jämförelsen ingår även erfarenheter från länder med skattebaserade system där sjukhussektorn reformerats genom dels utkontraktering, dels ett större inslag av statlig styrning. Gemensamt för samtliga ingående länder är en allmän tillgång till sjukvårdstjänster och en i huvudsak offentlig finansiering.

Bakgrund

Hälso- och sjukvårdssystemen i Europa har i flera jämförelser karakteriserats som antingen skattebaserade eller socialförsäkringsbaserade system, även benämnda *Beveridge-* respektive *Bismarck-system.*[2] Som exempel på det förstnämnda systemet brukar de nordiska länderna och Storbritannien nämnas, medan länder som Belgien, Frankrike, Nederländerna, Schweiz och Tyskland är exempel på det senare. Gemensamt för båda systemen är en offentlig finansiering och rätt till vård för samtliga medborgare. Även om skatteuttag och socialförsäkringsavgifter/premier för hälso- och sjukvården administreras olika följer man principen att finansieringen tas ut efter inkomst och oberoende av risk för sjukdom. Länder med socialförsäkringssystem skiljer sig i detta avseende från länder med stor andel privat finansiering genom privata sjukvårdsförsäkringar och/eller höga patientavgifter. Finansieringen av sjukvården för skattebaserade system och socialförsäkringssystem följer således likartade principer och i sammanställningar från OECD (Organisation for Economic Co-operation and Development) karakteriseras den som offentlig.

En väsentlig skillnad mellan de skattebaserade- och socialförsäkringsbaserade systemen är emellertid separationen mellan finansiering och vårdproduktion. I socialförsäkringssystem finns en tradition med en tydlig uppdelning där sjukkassor och andra försäkringsgivare ansvarar för finansieringen medan oberoende vårdgivare, såväl vinstdrivande som icke-vinstdrivande, svarar för vårdutbudet. Skattefinansierade system utmärks av ett integrerat system där huvudmannen (stat eller region) ansvarar för såväl finansiering som produktion av vårdtjänster. Det innebär att den huvudsakliga vården bedrivs i offentlig regi, även om kontraktering med privata vårdgivare ökat som andel av vårdproduktionen under senare decennier. Utvecklingen mot en utkontraktering och privatisering av vårdformer i skattebaserade system, inte minst inom planerad sjukhusvård, har inneburit att systemen närmat sig varandra beträffande struktur och organisation, men samtidigt finns fortfarande bety-

[2] *William Beveridge (1879–1963*), brittisk ekonom och arkitekt till välfärdsystemet i Storbritannien och speciellt the National Health Service (NHS). *Otto von Bismarck (1815–1898)*, rikskansler i Tyskland som under sin senare regeringsperiod lade grunden till det tyska socialförsäkringssystemet genom ett antal reformer strax före sekelskiftet.

dande skillnader. Finansieringsprinciperna i socialförsäkringssystemen har även haft en utveckling där den offentliga andelen ökat och är idag jämförbar med motsvarande andel i skattebaserade system. I båda systemen ligger idag den offentliga finansieringens andel av de totala sjukvårdskostnaderna på ca 75–80 procent (OECD 2018).

Urval av länder

I rapporten kartläggs finansiering, kostnader, produktion samt olika typer av effektivitets- och fördelningsaspekter för länderna uppdelade i de två kategorierna socialförsäkringssystem och skattebaserad finansiering. Ett motiv till denna indelning är att den tillämpats i tidigare internationella jämförelser (se t.ex. van der Zee och Kroneman 2007). Ett annat motiv är just utvecklingen i Sverige och andra skattebaserade system mot att sluta avtal med fristående vårdgivare där erfarenheter från socialförsäkringssystem kan bidra med kunskap. Urvalet är dock begränsat till länder med likartad ekonomisk standard, levnadsvillkor, inkomstfördelning, hälsoläge och sjukvårdskostnader som Sverige. I gruppen skattebaserade system ingår Danmark, Finland, Irland, Italien, Norge, Portugal, Spanien, Storbritannien och Sverige. I gruppen socialförsäkringssystem ingår Belgien, Frankrike, Luxemburg, Nederländerna, Schweiz, Tyskland och Österrike. Det innebär att länder som ändrat sjukvårdssystem i Östeuropa inte ingår i urvalet.[3] I tabellen nedan framgår ett antal välfärdsindikatorer för de ingående länderna.[4]

[3] Flertalet av de östeuropeiska länderna ändrade efter Berlinmurens fall sina system från skattebaserade planhushållningsmodeller till olika former av socialförsäkringssystem.
[4] Länder utanför Europa som kunnat ingå i sammanställningen är Australien, Kanada och Nya Zeeland. För enkelhetens skull har ett europeiskt perspektiv valts.

Tabell **Ekonomisk standard, inkomstfördelning, hälsoindikatorer och sjukvårdskostnader för de ingående länderna (senast tillgängliga år)**

Skattebaserade system	DAN	FIN	IRL	ITA	NOR	POR	SPA	STO	SVE
BNP/inv.(kronor)	50 685	43 730	71 020	39 043	60 492	31 042	35 054	42 943	49 084
BNI/inv.(kronor)	56 448	47 981	61 232	42 627	68 310	32 193	39 045	44 677	53 600
Gini	0,28	0,25	0,29	0,33	0,26	0,34	0,34	0,32	0,28
Medellivslängd (år)	82,8	84,4	83,6	85,6	84,2	84,3	86,3	83,0	84,1
Spädbarnsdödlighet (per 1 000 födda)	3,1	1,9	3,0	2,8	2,2	3,2	2,7	3,8	2,5
HSK[1)]-/BNP (procent)	10,2	9,2	7,1	8,9	10,4	9,0	8,8	9,6	10,9

Socialförsäkringssystem	BEL	FRA	LUX	NED	SCH	TYS	ÖST
BNP/inv.	47 373	40 861	104 702	50 302	64 216	49 921	53 895
BNI/inv.	50 109	45 152	76 220	56 884	64 675	53 680	50 362
Gini	0,26	0,29	0,31	0,27	0,29	0,29	0,28
Medellivslängd	84,0	85,5	85,4	83,2	85,6	86,0	84,1
Spädbarnsdödlighet	3,2	3,7	3,8	3,5	3,6	3,4	3,1
HSK[1]-/BNP	10,0	11,5	6,1	10,1	12,3	11,3	10,3

[1)] HS = Hälso- och sjukvårdskostnader.
Källa: OECD Health Database.

Samtliga ingående länder har en hög ekonomisk standard och bra hälsotillstånd i ett internationellt perspektiv.[5] Resurser avsatta till hälso- och sjukvård ligger också högt, men klart lägre än nivån för i synnerhet USA (17,9 procent av BNP). Länderna har en relativt likartad profil beträffande inkomstfördelningen. Även om länderna är relativt homogena i ett internationellt perspektiv så är variationerna större inom gruppen skattebaserade system, medan socialförsäkringsländerna är mer homogena med avseende på ekonomisk standard och levnadsnivå. Sjukhusstrukturen skiljer sig även åt inom denna grupp. Det bör även nämnas att tre länder i gruppen skattebaserade system tidigare hade system baserade på en blandning av

[5] Bruttonationalinkomsten (BNI) är ett mått som visar på den ekonomiska aktiviteten. Till skillnad från BNP tar BNI även hänsyn till inkomster till och från utlandet. BNI är ett inkomstbegrepp som ger en bättre bild av ett lands konsumtionsutrymme än vad BNP gör. Vissa länder som Irland och Luxemburg uppvisar stora skillnader mellan måtten. För båda länderna är BNI väsentligt lägre än BNP. I Luxemburgs fall beror detta delvis på att landet har många gränspendlare, personer som arbetar i Luxemburg men bor i ett annat land. När deras löneinkomster räknas bort från BNP blir BNI lägre. Att BNI är väsentligt lägre än BNP i Irland beror i huvudsak på att många multinationella företag har förlagt sina huvudkontor till landet, men att vinsterna från dessa ofta tillfaller ägare i andra länder.

privata och socialförsäkringar[6] som reformerades och övergick till skattefinansiering och en i huvudsak integrerad modell med offentliga sjukhus, medan primärvården fortfarande bedrivits i privat regi (Italien 1978, Portugal 1979, Spanien 1986).

Material och metod

Den internationella statistiken kommer till stor del från publiceringar och databaser vid internationella organisationer som OECD, Eurostat, WHO (World Health Organization), The Commonwealth Fund m.fl. Viktiga källor har varit OECD:s hälsodatabas och länder-rapporter från European Observatory/WHO. Även nationell statistik har använts i viss utsträckning för de studerade länderna. För att komplettera data och underlag för Sverige har rapporter och statistik från Socialstyrelsen, Vårdanalys (Myndigheten för vård- och omsorgsanalys), SKL (Sveriges Kommuner och Landsting) och SCB (Statistiska Centralbyrån) inhämtats. Vid sidan av dessa källor har vetenskapliga publikationer om sjukhusvårdens struktur och verksamhet kartlagts, utan att uppfylla kraven på en fullständig litteraturöversikt. Publiceringar och andra skriftliga underlag har kompletterats med ett mindre antal intervjuer med främst forskare, men även med myndighetspersoner i ett antal länder. Intervjuerna har varit s.k. semistrukturerade med fasta frågor samt friare frågor för uppföljning.

Rapportens struktur

De aspekter som behandlas i rapporten utgår dels från aktuella problem inom svensk sjukhusvård, dels från de skillnader som finns mellan länderna samt gemensamma utvecklingstendenser. En central frågeställning är hur uppnådda resultat kan förklaras av struktur, regleringar, ersättningssystem och omfattningen av sjukhussektorn.

[6] Skillnaden mellan privata försäkringar och socialförsäkringar är att de först nämnda i regel är frivilliga att teckna, att premien sätts utifrån risk för sjukdom samt att individer som saknar försäkring inte har något ekonomiskt skydd vid sjukdom. Socialförsäkringar är i regel obligatoriska, premien baseras på inkomst och försäkringen täcker hela befolkningen.

Rapporten består av två delar. Den första delen baseras på befintlig jämförande statistik och ett antal studier för sjukhussektorn i de utvalda europeiska OECD-länderna med liknande målsättningar om allmän tillgång som det svenska sjukvårdssystemet. Den statistiska sammanställningen är deskriptiv och avgränsas till indikatorerna kostnader, resurser, processer, måluppfyllelser och strukturella/institutionella faktorer som är relevanta för sjukhussektorn. I de statistiska sammanställningarna grupperas de ingående länderna i de två systemen för finansiering av hälso- och sjukvården (skattebaserade system och socialförsäkringssystem).

Rapportens andra del är en jämförelse av Sverige med två länder med socialförsäkringssystem (Nederländerna och Tyskland) och två länder med skattebaserade system (Danmark och Norge) där analysen utgår från uppnådda resultat och relaterar dessa till strukturella och institutionella faktorer. Denna del bygger delvis på resultat från rapportens första del och avsikten är att belysa ett antal frågeställningar som förutsätter ett mer detaljerat och kvalitativt angreppsätt. Det berör bl.a. ansvarsfördelningen mellan olika aktörer samt instrument för styrning och organisation inom sjukhussektorn. Denna del avslutas med ett avsnitt där motsvarande frågeställningar diskuteras utifrån förhållandena inom svensk sjukhusvård och angränsande områden.

I ett sista kapitel diskuteras gemensamma utmaningar och vilka lärdomar som är relevanta för svensk hälso- och sjukvård. I denna diskussion är syftet inte att ge förslag för att direkt importera lösningar eller organisationsmodeller, utan snarare att ge uppslag där svensk sjukvård kan hämta idéer för styrning och reglering inom nuvarande struktur.

Del I. Struktur, kostnader, processer och resultat inom europeisk sjukhusvård

I denna del av rapporten presenteras och diskuteras tillgänglig internationell statistik med fokus på sjukhussektorns struktur och verksamhet. Statistiken avgränsas till jämförelsen med europeiska OECD-länder i Västeuropa. Även ett antal vetenskapliga studier som tar upp aspekter relevanta för sjukhussektorn i de ingående länderna presenteras. I sammanställningen redogörs för sjukhussektorns omfattning, tillgängliga resurser, prestationer, uppnådda resultat samt fördelningsaspekter. Även institutionella faktorer som ägande, styrning, ersättningssystem m.m. redovisas. Avsikten är att belysa likheter och skillnader, inom såväl som mellan, skattebaserade system och länder med socialförsäkringar. Samtidigt kommenteras förhållanden inom svensk sjukhusvård i jämförelse med övriga länder i de två typerna av sjukvårdssystem. I detta avsnitt görs inga beräkningar av den övergripande effektiviteten där prestationer och resultat kopplas till resursinsatser inom sjukhussektorn.[7] Vissa skillnader och egenskaper som anses intressanta tas även upp i del II av rapporten med en mer detaljerad och kvalitativ ansats.

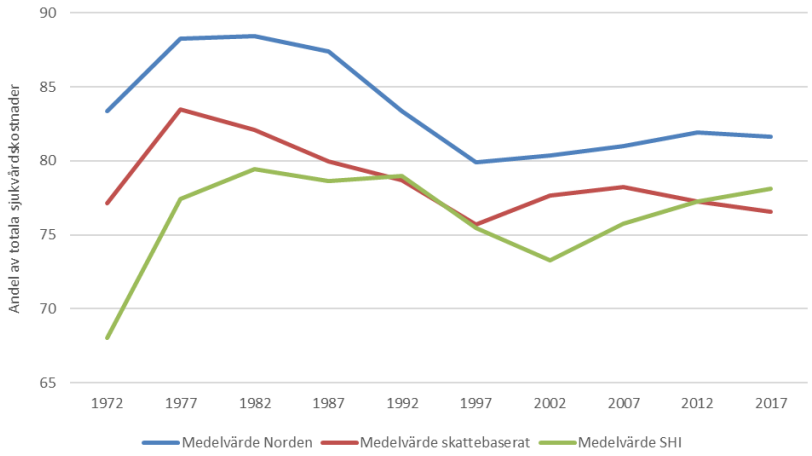
[7] Avsikten är således inte att rangordna länderna utifrån effektivitetssynpunkt. Sådana studier saknas för sjukhussektorn, däremot finns ett antal studier där sjukvårdssystem jämförts och rangordnats (se t.ex. GBD 2015 Healthcare Access and Quality Collaborators). Även Världshälsoorganisationen (WHO 2000) har tidigare presenterat rangordningar av sjukvårdssystem.

1 Finansiering och produktion

1.1 Finansiering

Hälso- och sjukvårdssystemen i Europa har olika traditioner när det gäller finansiering. Som tidigare angivits finns finansiering baserad på skatter respektive socialförsäkringar. I de skandinaviska länderna och Storbritannien finns en lång tradition av att finansiera vården med olika typer av skatter, medan länder som Frankrike, Nederländerna och Tyskland finansierat vården med socialförsäkringspremier betalda av arbetsgivare och arbetstagare i kombination med vissa skatter. Ibland har länder med socialförsäkringar felaktigt benämnts ”försäkringssystem” kopplat till privat finansiering, men finansieringen i dessa länder följer i stort samma princip som i de skattebaserade systemen, dvs. att medborgarna erlägger en obligatorisk premie som är baserad på inkomst. Förutom att försäkringarna är obligatoriska finns regleringar om ett relativt brett definierat försäkringsskydd, att ingen individ kan nekas försäkring, att deklarationer om hälsostatus inte får inhämtas och utgöra underlag för premiesättning m.m. Premierna får således inte sättas utifrån risk, som i en privat försäkring. Även inom systemen finns skillnader, framförallt mellan skattebaserade system som antingen bygger på statliga skatteintäkter eller som i Norden med regionala skatter. En skillnad som ibland framhålls är att finansieringen är öronmärkt för hälso- och sjukvården i socialförsäkringssystem. Detsamma kan sägas om länder som Sverige med en regional skatt som i huvudsak finansierar sjukvården. I figur 1.1 redovisas utvecklingen av den totala offentliga finansieringen för dels de skattebaserade systemen totalt, dels för de nordiska länderna samt för socialförsäkringsländer.

Figur 1.1 Offentlig finansiering för skattebaserade och socialförsäkringssystem



Not: SHI=Social Health Insurance.
Källa: OECD Health Database.

Som figuren visar har länderna i de olika systemen närmat sig varandra, vilket främst beror på att socialförsäkringsländer tagit bort premiebetalningar som varit kopplade till risk samt att man genom statlig reglering utjämnat intäkter mellan de sjukkassor som svarar för finansieringen. De nordiska länderna har genomgående haft en högre offentlig finansiering än övriga länder. Siffrorna för socialförsäkringssystemen visar på en högre andel offentlig finansiering om Schweiz exkluderas.[8] Den offentliga finansieringen har således varit något högre i länder med skattefinansierade system, men som framgår av figuren har dessa skillnader minskat och helt försvunnit under senare årtionden. Vi kan således konstatera att det inte föreligger några större principiella skillnader mellan skattefinansierade och socialförsäkringsfinansierade system när det gäller om finansieringen är offentlig eller privat. Det betyder att huvuddelen av de finansiella strömmarna som slutligen når vårdgivarna går via offentliga tredjepartsfinansiärer. Vare sig offentliga producenter, icke-

[8] Schweiz är det land i Europa som har minst andel offentlig finansiering. De privata sjukförsäkringarna svarar för ca 30 procent av hälso- och sjukvårdskostnaderna i landet. Dessa är dock mer reglerade och systemet har en betydligt mer jämlik profil än andra länder med stor andel privat finansiering (som t.ex. USA).

vinstdrivande eller vinstdrivande företag erhåller intäkter direkt från patienterna i någon större omfattning. De patientavgifter som tas ut är i regel reglerade och lika stora oberoende av vårdgivarnas driftsformer. Det kan dock finnas skillnader i hur dessa patientavgifter utformas, beroende på vårdformer där avgifterna är lägre för sjukhusvård följt av öppen vård och högre för läkemedel. Även inslaget av högkostnadsskydd, ett tak för avgifter under ett år, ger ett skydd mot höga sammanlagda kostnader för patienten. Enligt sammanställningar av OECD (2018) finns inga större skillnader mellan länderna när det gäller försäkringsskyddet för sjukhusvård. Principen om låga patientavgifter omfattar flertalet länder och skillnaderna gäller främst remissförfarandet.

Den privata finansieringen består dock inte endast av patientavgifter utan även av privata försäkringar. Privata sjukvårdsförsäkringar är vanligare i socialförsäkringssystem och täcker den vård som inte ingår i basutbudet. De privata försäkringarna är frivilliga att teckna och premierna kan sättas utifrån risk. Detta varierar emellertid då även dessa försäkringar kan vara reglerade i vissa länder. I flera av länderna med socialförsäkringar har medborgarna möjlighet att välja tilläggsförsäkringar för vård som inte ingår i den offentliga finansieringen. Den vård som täcks av dessa försäkringar utförs även av vårdgivare som svarar för vård finansierad av den obligatoriska försäkringen. Beträffande patientavgifter är primärvården avgiftsfri i ett antal länder (bl.a. Danmark, Nederländerna, Storbritannien), men istället måste medborgarna acceptera ett remissförfarande för tillgång till specialist- och sjukhusvård. I Sverige är remissförfarandet mindre strikt, men istället förekommer patientavgifter i såväl primärvården som för övrig specialiserad vård.

En viktig skillnad mellan de båda systemen är förekomsten av konkurrens mellan försäkringsgivare. I skattebaserade system saknas denna valfrihet och medborgarna är hänvisade till en statlig eller regional finansiär. Enda möjligheten att välja inom dessa system är i regel genom att flytta (rösta med fötterna). I flera länder med socialförsäkringssystem finns möjligheter att välja mellan olika konkurrerande försäkringsgivare och sjukkassor. Det är främst i Nederländerna, Schweiz och Tyskland där denna möjlighet finns. Samtidigt kompenserar staten genom regleringar och kontroll över finansiering på så sätt att försäkringsgivare som har en stor andel

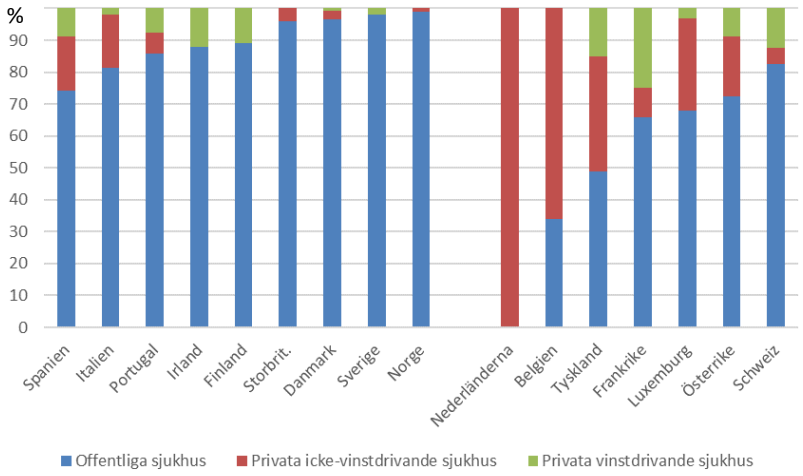
äldre och kroniskt sjuka individer får extra tillskott genom omfördelningar baserade på behov. Detta påverkar inte minst resurstilldelningen för sjukhusen som kan stå för stora kostnader för kroniskt sjuka patienter. Syftet med konkurrens mellan försäkringsgivare är att dessa ska ges incitament att effektivisera vården genom kontrakt och ersättningar till vårdgivare.

Sammanfattningsvis är den offentliga andelen av finansieringen relativt lika i de redovisade länderna. Sjukhusvården finansieras i stor utsträckning av skatter eller socialförsäkringspremier i samtliga länder och inslaget av patientavgifter är mycket begränsat. Sverige och de nordiska länderna har tidigare haft en högre andel offentlig finansiering, men har närmat sig andra länder. För svensk del minskade den offentliga finansieringen av sjukvården under 90-talskrisen då bl.a. subventioner till vuxentandvården och i viss utsträckning förskrivna läkemedel reducerades. Finansieringen i länder med socialförsäkringssystem baseras på samma princip som skattebaserade system och täcker idag samtliga medborgare med samma rättigheter.

1.2 Ägandeformer inom sjukhussektorn

Om finansieringsformerna uppvisar ett homogent mönster mellan länderna finns emellertid stora skillnader i hur sjukvårdens produktion är utformad i olika system. En grundläggande skillnad mellan skattebaserade- och socialförsäkringsbaserade system har varit just driftsformerna för vårdproduktionen. Den officiella statistiken kring fördelningen av privata vårdgivare (med eller utan vinst) och offentliga vårdgivare saknar uppgifter om resursfördelningen, men OECD har uppskattat fördelningen av vårdplatser beroende på driftsform. Det kan ge viss vägledning och beskrivning av de historiska förhållanden som än idag påverkar vårdens struktur och organisation. I figur 1.2 redovisas fördelningen mellan olika ägandeformer baserat på antalet vårdplatser.

Figur 1.2 **Ägandeformer av sjukhus, skattebaserade/socialförsäkring (baserat på fördelningen av vårdplatser mellan ägande form)**



Källa: Paris m.fl. (2010).

I de sjukvårdssystem som har en lång historia av skattefinansiering har finansieringen och vårdproduktionen integrerats under en och samma huvudman. Det gäller främst de skandinaviska länderna och det brittiska NHS (National Health Service). I dessa länder har vissa privata vårdgivare vid mindre enheter (sanatorier, långvård m.m.) tidigare införlivats i den offentliga sektorn, men framförallt har expansionen av specialiserad somatisk vård uteslutande ägt rum i offentlig regi. I de länder där skattefinansiering införts relativt sent förekommer dock en större privat sektor bland vårdproducenterna, vilket förklaras av ett historiskt utbud av privata sjukhus i dessa länder (t.ex. Italien och Spanien). Sverige, Finland och Irland är länder som helt saknar privata icke-vinstdrivande sjukhus.

Inom socialförsäkringssystemen har sjukkassorna i ett tidigt skede haft en renodlad roll som finansiär. I vissa länder finns lagstiftning om att sjukkassor (eller motsvarande) inte får bedriva vård i egen regi. En tydlig separation av finansiering och utförande har således varit huvudregeln i flertalet socialförsäkringsländer. Dessa länder domineras dock i huvudsak av icke-vinstdrivande sjukhusorganisationer (stiftelser, ideella och religiösa organisationer m.m.). Privata vinstdrivande sjukhus utgör generellt en mindre andel, där Frankrike har störst andel följt av Tyskland, Schweiz och Österrike.

Sedan förekommer det inom såväl skattebaserade system som socialförsäkringssystem att offentligt ägda sjukhus har privata avdelningar med enkelrum och extra icke-medicinsk service som finansieras privat (bl.a. Storbritannien, Schweiz, Tyskland).

Universitetssjukhus bedrivs i huvudsak med offentligt ägande eller i privat icke-vinstdrivande regi både i skattefinansierade system och i länder med socialförsäkringssystem.

2 Sjukhussektorns struktur och tillgänglighet

Sjukhussektorns andel av de totala sjukvårdsresurserna är inte helt enkel att uppskatta med befintlig internationell statistik. Ett centralt problem är avgränsning och definition av begreppet ”sjukhus”. Traditionellt har sjukhus omfattat vårdinrättningar med vårdplatser, dvs. slutenvård. Denna klassificering rymmer dock en mängd olika inrättningar som avancerade akutsjukhus, sjukhus med endast planerad vård, mindre sjukhus och vårdhem för äldre och kroniskt sjuka patienter. Med akutsjukhus avses i regel sjukhus som har tillgång till akutmottagning 24 timmar om dygnet under veckans alla dagar. I statistik kan detta bli ett problem då akutsjukhus inkluderas, men även mindre sjukhus som dels endast utför planerad vård, dels endast behandlar vissa patientgrupper (exempelvis sjukhus specialiserade på barn, cancerpatienter m.m.).[9] Vid en bedömning av sjukhussektorns storlek är det vidare inte tillräckligt att räkna antalet sjukhus per invånare utan att ta hänsyn till sjukhusens storlek. OECD:s statistik över antal sjukhus visar sig otillförlitlig då definitionerna uppenbart skiljer sig åt. Ur statistiken framgår exempelvis att Sverige har relativt få antal sjukhus per invånare, vilket dock inte säger mycket om sektorns storlek. Det kan vara så att sjukhusstrukturen i Sverige i större utsträckning är koncentrerad till ett färre antal större sjukhus.

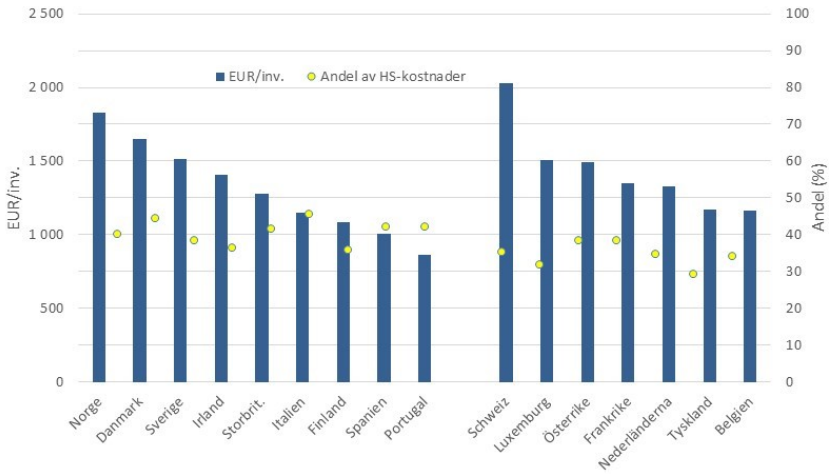
Den ekonomiska redovisningen vid OECD har under det senaste decenniet blivit alltmer detaljerad och visar kostnadsandelar för olika vårdområden. Även denna indelning särskiljer emellertid inte akutsjukhus från övriga sjukhus. Klassificeringen utgår från slutenvård och öppenvård, där även primärvårdens andel av öppenvården

[9] I Sverige gäller det bl.a. geriatriska sjukhus och vårdinrättningar som tar emot akut sjuka äldre patienter under kvällar och helger.

är osäker. Indelningarna för sjukhusen är baserade på vårdformer som slutenvård, dagsjukvård och öppenvård och saknar andra indelningar av sjukhus. Utifrån dessa data är det därför svårt att avgöra storleken på sjukhussektorn.

I den senaste upplagan av rapportserien *Health at a Glance 2018* har OECD emellertid uppskattat kostnader för sjukhussektorn för ett antal länder. I figur 2.1 nedan redovisas dels sjukhuskostnaderna per invånare samt sjukhuskostnadernas andel av den totala hälso- och sjukvården.

Figur 2.1 Sjukhuskostnader per invånare samt som andel av totala sjukvårdskostnader



Källa: OECD (2018).

I OECD-rapporten anges inte hur begreppet sjukhus har definierats. Man har emellertid exkluderat enheter som mindre sjukhus och sjukhem inriktade mot kroniker, långtidsvård m.m., vilka redovisas separat. Däremot ingår sannolikt vissa specialistsjukhus som saknar akutmottagning och annan dygnet-runt-mottagning. Som framgår av figuren har Sverige tillsammans med Norge, Danmark, Schweiz, Luxemburg och Österrike något högre sjukhuskostnader per invånare, medan sjukhuskostnadernas andel av de totala sjukvårdskostnaderna enligt OECD:s uppskattning motsvarar en genomsnittlig nivå. De skattebaserade länderna har en något högre andel av sjukvårdskostnaderna inom sjukhussektorn.

2.1 Sjukhusstruktur

Eftersom en beskrivning av sjukhusstrukturen försvåras av att begreppet sjukhus rymmer flera former av vårdinrättningar, och olika behandlingar inom den slutna vården, avgränsas sammanställningen till sjukhus som bedriver akutverksamhet 7 dagar i veckan med dygnet-runt-mottagning (24/7). Härtill finns i vissa länder även avancerade specialistsjukhus inriktade på vissa behandlingar (t.ex. cancervård) eller patientgrupper (t.ex. barnsjukhus) som inkluderas i den nationella statistiken för enskilda länder.

I flera länder har en koncentration av förlossningsmottagningar och akutverksamheter genomförts vilket minskat antalet större sjukhus med akut kapacitet. Ytterligare ett problem vid kartläggningen av antal sjukhus är att sammanslagningar gjorts av fysiskt åtskilda inrättningar som därefter ingår i en och samma organisation. Ett exempel är Karolinska universitetssjukhuset som är placerat vid två geografiskt åtskilda platser. Motsvarande arrangemang finns i andra länder. För universitetssjukhus är information om antalet enheter relativt säker, även om vissa av dessa bedriver verksamhet vid flera fysiska enheter. I tabell 2.1 har olika internationella och nationella källor använts för att beskriva sjukhusstrukturen i länderna.

Tabell 2.1 Uppskattning av antal sjukhus (sjukhustyp) samt sjukhus per invånare (2011–2016)

	Universitets-sjukhus	Akut-sjukhus	Akutsjukhus per 100 000 invånare
Skattebaserade system			
Sverige	7	60	0,6
Finland	5	38	0,69
Danmark	5	54	0,94
Norge	8	43	0,81
Spanien	12	550	1,2
Storbritannien	21	--	--
Portugal	6	157	1,49
Irland		56	1,22
Socialförsäkringssystem			
Belgien	8	128	1,19
Frankrike	32	1876	2,88
Luxemburg		5	0,83
Nederländerna	8–12	99	0,58
Schweiz	6		
Tyskland	37	1736	2,1
Österrike	6–11	128	1,5

Källor: OECD, European Observatory, EuroHOPE och nationell statistik.

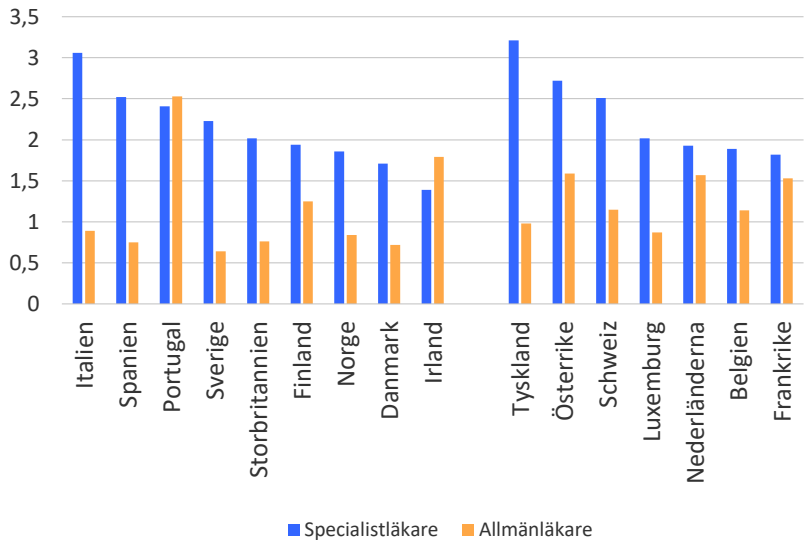
Siffrorna i tabellen ska tolkas med försiktighet mot bakgrund av de problem som finns med definitioner av begreppet sjukhus. Universitetssjukhus och akutsjukhus är dock förmodligen något mer enhetligt definierade även om skillnader existerar även för dessa enheter. En observation är att de nordiska länderna, tillsammans med Nederländerna och Luxemburg, har färre sjukhus. Frankrike och Tyskland är de länder som har flest sjukhus i förhållande till befolkningsmängden. Vid tolkning av siffrorna bör även geografiska egenskaper som befolkningstäthet beaktas.

2.2 Fördelning av läkare mellan specialiteter

Eftersom de ekonomiska sammanställningarna över sjukhussektorns storlek är förknippade med en viss osäkerhet har fördelningen av personal, främst läkare, använts som indikatorer på sektorns storlek och fördelningen mellan vårdformer. Ett sådant

mått är andelen allmänläkare (verksamma utanför sjukhusen) respektive specialistläkare av den totala läkarkåren samt hur andelen öppenvårdsbesök hos läkare fördelas mellan primärvård och annan specialiserad öppenvård. Även dessa mått bör tolkas med försiktighet då specialiserad öppenvård i flera länder ligger utanför sjukhusen. Sverige har dock en relativt stor andel specialiserad öppenvård vid sjukhus. Undantagen är de större regionerna, främst Region Stockholm där delar av den somatiskt specialiserade vården kontrakterats ut till privata vårdgivare under senare år. I figur 2.2 redovisas läkartätheten för såväl allmänläkare som övriga specialister i OECD-länderna.

Figur 2.2 **Allmänläkare och specialistläkare, 2016 (eller senast tillgängliga år, per 1 000 invånare)**



Källa: OECD Health Database.

Länderna i figuren är rangordnade efter tillgång till specialistläkare inom somatisk vård och psykiatri för de två systemen (skattebaserade och socialförsäkringssystem). Som framgår av figuren har Sverige totalt sett en relativt god läkartäthet med en god tillgång till läkare inom specialist- och sjukhusvård. Andelen allmänläkare är emellertid låg och antalet allmänläkare per invånare ligger på en låg

nivå internationellt sett. Skillnaderna mellan de skattebaserade systemen (till vänster i figuren) och länder med socialförsäkringssystem visar en något större andel, och bättre tillgång till, allmänläkare för de sistnämnda. I OECD-statistiken finns för vissa länder även en grupp läkare som inte fördelats mellan kategorierna allmänläkare och specialistläkare. Storleken på denna grupp har ofta använts för att visa på primärvårdens svaga roll inom svensk sjukvård. Här saknas en uppdelning av specialistläkarna mellan anställning vid sjukhus/akutsjukhus och öppenvårdsmottagningar utanför sjukhus.

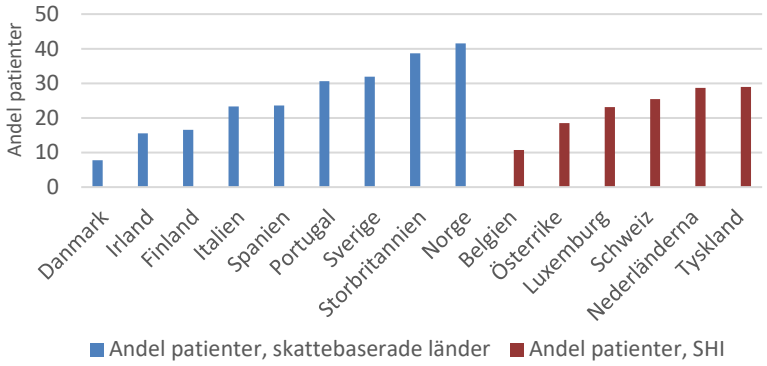
Sammanfattningsvis kan utifrån denna jämförelse konstateras att kostnadsnivån för sjukhusen mellan länderna visserligen varierar men att skillnaderna är relativt små. Sverige har en god tillgång på främst specialist- och sjukhusläkare, men kostnadsredovisningen från OECD tyder inte på att sjukhussektorns storlek avviker från flertalet andra länder. Kostnadsredovisningen är dock relativt ny och bör tolkas med försiktighet. Generellt är sjukhussektorns andel av de totala kostnaderna något lägre i socialförsäkringssystem. Det kan förklaras av att dessa länder har en relativt stor andel av öppenvård och planerad vård utanför sjukhusen.

2.3 Sjukhus och andra vårdformer

Sjukhusens verksamhet är beroende av hur andra vårdformer fungerar. Det innebär att förebyggande vård, insatser som föregår behandling vid sjukhus samt olika vårdformer som följer när patienten är färdigbehandlad och klar att skrivas ut från sjukhuset, påverkar patientflödet till just sjukhusen. Utbudet av vård som kan avlasta sjukhusen och/eller ge ”rätt” ingångar till sjukhusvård påverkar därmed sjukhusens effektivitet. Det gäller inte minst remissförfarandet och förekomst av s.k. grindvaktsfunktion (*gate-keeping)* där primärvården kan påverka efterfrågan på sjukhusvård. Även den information som ges till patienter i behov av vård har inverkan på var de söker sig, och primärvårdens förutsättningar att omhänderta fall som inte behöver vård vid sjukhus påverkar söktrycket på sjukhusen. Sådana förutsättningar handlar främst om möjligheten att få kontakt eller besökstid inom primärvården eller annan vårdform utanför sjukhusen såväl under som utanför kontorstid. Det finns även andra vårdformer i gränsområdet mellan primärvård och akutsjukhus som

svarar för vård utanför kontorstid. Efterfrågetrycket på sjukhusens akutmottagningar är därmed beroende av vilka alternativ som finns tillgängliga utanför sjukhusen. Detta har bl.a. uppmärksammats i en studie av van den Berg m.fl. (2016) där orsakerna till varför patienter sökt vård vid sjukhusens akutmottagningar kartlagts. Studien är baserad på en enkätundersökning där patienter som besökt sjukhusens akutmottagningar svarat på frågor om sökbeteende m.m. (figur 2.3).

Figur 2.3 Andelen patienter som besökte en akutmottagning eftersom primärvården inte var tillgänglig



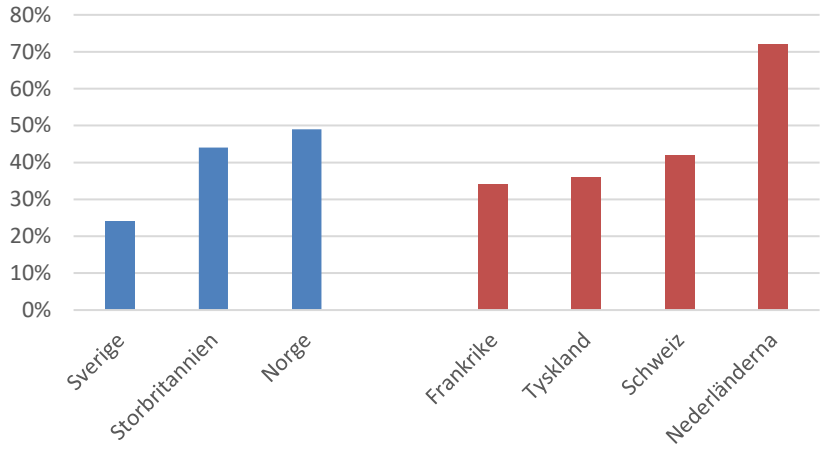
Källa: van den Berg m.fl. (2016).

Enligt studien är andelen patienter som sökt vård vid akutmottagningar p.g.a. bristande tillgänglighet i primärvården generellt lägre i länder med socialförsäkringssystem. Bland de skattebaserade systemen ligger även Danmark, Finland och Irland på en låg nivå. Siffran för Sverige ligger över samtliga länder med socialförsäkringssystem tillsammans med Norge och Storbritannien. Studien visade även att patienter med fast läkarkontakt hade en lägre sannolikhet för besök vid akutmottagning. En brist i studien är den relativt låga svarsfrekvensen i flera länder, däribland Sverige. Representativiteten i studien kan därmed ifrågasättas.

En liknande bild framkommer från studien Commonwealth Fund International Health Policy Survey, presenterad i en rapport från Vårdanalys (2016). Även denna studie baseras på enkätsvar men urvalet består av medborgare 18 år och äldre. Studien omfattar ett

mindre antal OECD-länder. I figur 2.4 presenteras frågor om tillgänglighet till vård under kvällar och helger.

Figur 2.4 Tillgänglighet till vård på kvällar och helger utan att gå till sjukhusets akutmottagning



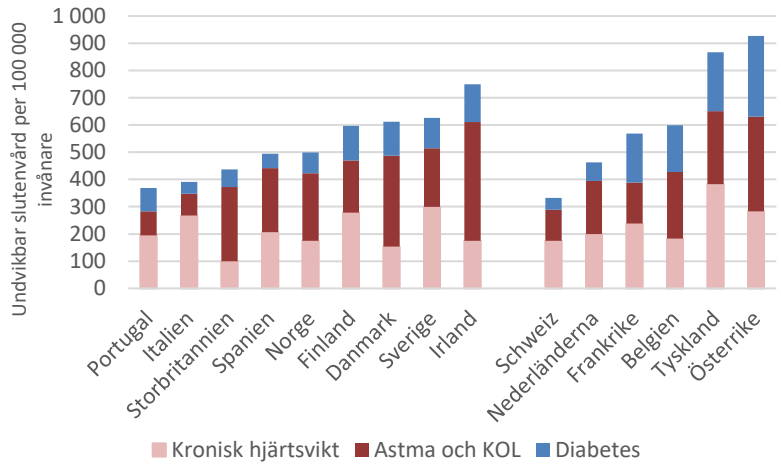
Källa: Vårdanalys (2016).

Frågan i enkäten löd: ”*Hur lätt eller svårt är det att få vård på kvällen, på helgen eller på en helgdag utan att gå till sjukhusets akutmottagning?*” I figuren anges procentandelen för hur många som svarat ”*mycket lätt*” eller ”*ganska lätt*”. Som framgår av figuren uppger svenska medborgare lägst andel, dvs. att man i stor utsträckning är hänvisad till sjukhusens akutmottagningar under kvällar och helger. Även i denna studie finns skillnader i andelen individer som besvarat enkäten. I studien var dock svarsfrekvensen i Sverige högre än i flertalet andra länder (Vårdanalys 2016). Skillnaderna mellan länderna kan även förklaras av geografiska variationer där det är naturligt att sjukhusen har en mer central roll i glest befolkade länder eller landsdelar.

Ett annat centralt mått som speglar samverkan mellan primärvård (eller öppen specialistvård) utanför sjukhus och sjukhusvård är andelen undvikbar slutenvård för kroniska sjukdomar. Om andelen undvikbar slutenvård är hög kan det ge en indikation på att vården utanför sjukhusen inte fyllt sin funktion eller att samverkan mellan olika vårdformer inte fungerar. Konstruktionen av detta mått bygger på diagnoskoder för kroniska sjukdomar som bedöms kunna undvikas inom slutenvården. Bland de diagnoser som valts ut finns sådana

som främst bedömts belysa hur väl den icke-sjukhusbundna vården handlägger kroniska eller mer långvariga åkommor. Utöver detta ingår även en del mer akuta tillstånd där adekvat behandling given inom rimlig tid bedömts kunna förhindra inläggning på sjukhus.[10] I figur 2.5 visas antal personer med undvikbara slutenvårdstillfällen per 100 000 invånare år för diagnoserna kronisk hjärtsvikt, astma/KOL samt diabetes.

Figur 2.5 Undvikbar slutenvård per 100 000 invånare för kroniska sjukdomar, 2013 (eller närmaste tillgängliga år)



Källa: OECD (2016).

Som framgår av figuren finns stora variationer inom båda systemen, där länder som Portugal, Italien och Schweiz visar låga siffror. Sverige ligger tillsammans med Irland, Tyskland och Österrike högt. En kritik mot måttet är att ett lågt värde inte nödvändigtvis tyder på ett gott omhändertagande i öppenvård, utan även kan förklaras av sämre tillgång till både öppenvård och slutenvård vid sjukhus.

Ett annat mer globalt problem kopplat till hur sjukhus och andra vårdgivare agerar är ändamålsenlig läkemedelsanvändning. Det gäller främst antibiotikaförskrivningen där överförskrivning medför stora problem med resistens. I Sverige och internationellt pågår ett arbete med att begränsa förskrivning av antibiotika. Även om arbetet att

[10] I begreppet undvikbar slutenvård ingår diagnoser hjärtsvikt, kroniskt obstruktiv lungsjukdom, hypertoni och diabeteskomplikationer, men också en del akuta tillstånd som blödande magsår och njurbäckeninflammation.

begränsa antibiotikaförskrivningen ofta drivs av centrala myndigheter – i Sverige av Folkhälsomyndigheten och andra aktörer – har förskrivande vårdgivare som sjukhus- och primärvårdsläkare en central roll för användningen. I den internationella statistiken har Sverige tillsammans med Danmark, Nederländerna och Österrike en klart lägre grad av den totala antibiotikaförskrivningen inom såväl sjukhus- som primärvård (ECDC 2015).

Sammanfattningsvis är en väsentlig skillnad i sjukhusstrukturen den autonoma ställning som sjukhusen har i länder med socialförsäkringssystem. Sjukhusen är i regel privata och fristående från finansiärerna. De kan inom vissa ramar fatta beslut om investeringar, rekrytering och anställningsformer för personalen m.m. Den ägandeform som dominerar är emellertid privata icke-vinstdrivande organisationer. Beträffande tillgänglighet av akut vård under icke-kontorstid utanför sjukhus ger resultaten ovan en indikation på att den är sämre inom skattebaserade system, inklusive Sverige. Även måttet undvikbar slutenvård visar på ett högt utnyttjande av sjukhusvård i Sverige och några andra länder, dock är skillnaden mellan de två systemen relativt liten.

3 Tillgång till personal och utrustning

Hälso- och sjukvården, och inte minst sjukhusen, är en personalintensiv verksamhet där kostnader för personal svarar för ca 70 procent av de totala resurserna. En god tillgång till personal som läkare och sjuksköterskor är en förutsättning för god kvalitet och bra tillgänglighet till vård. Även sammansättningen av personalkategorier är viktig. En hög tillgång till läkare, men brist på sjuksköterskor kan ha negativa konsekvenser för tillgången till vårdplatser och utnyttjandet av behandlingskapaciteten. Detta leder i sin tur till en lägre produktivitet. Även investeringar och tillgång till medicinsk teknologi påverkar tillgängligheten och utfallet av vården. I detta avsnitt presenteras statistik över tillgång till personal, nyexaminerade, tillgång till utrustning samt statistik över vårdplatser och beläggningsgrad för de ingående länderna.

3.1 Personal

Tillgången till arbetskraft inom hälso- och sjukvården anges i OECD:s statistik för den totala sysselsättningen inom sektorn. Den totala sysselsättningen för hälso- och sjukvård samt social sektor uppgår för länderna i rapporten till ca 13 anställda per 1 000 invånare. Sverige ligger på en tredjeplats (16,7 anställda per 1 000 inv.) efter Norge och Danmark. Inga större skillnader mellan skattefinansierade system och socialförsäkringssystem kan noteras (OECD 2018).

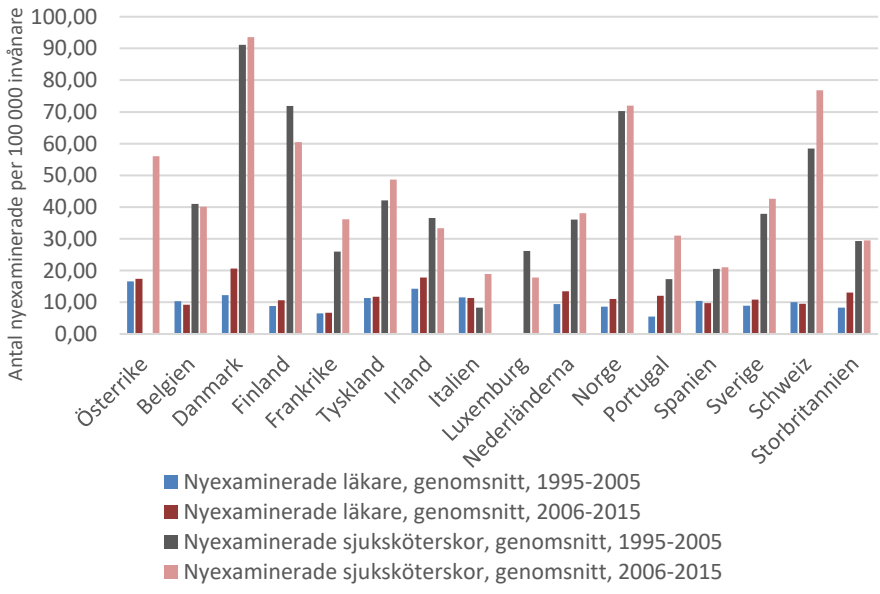
Som tidigare presenterats finns vissa variationer när det gäller tillgång till läkare mellan och inom skattebaserade och socialförsäkringssystem. Den totala läkartätheten visar inga större skillnader mellan systemen, men andelen allmänläkare är lägre i skattebaserade

system, vilket inte minst gäller för Sverige. Totalt sett har Sverige en god tillgång till läkare (4,2/1 000 inv.), vilket är över snittet för länderna i rapporten (3,7/1 000 inv.). Österrike, Norge och Portugal rapporterar fler läkare per 1 000 invånare.

Statistiken över sjuksköterskor och andra grupper i vården är förknippad med större osäkerhet. Den statistik som finns för sjuksköterskor är inte uppdelad på specialistinriktning. Sverige har 11,1 anställda sjuksköterskor per 1 000 invånare vilket motsvarar genomsnittet för de studerade länderna (11,2/1 000 inv.). Totalt sett har således svensk sjukvård en god tillgång på personal inom sjukvården, i synnerhet tillgången till läkare, dock med färre specialiserade mot allmänmedicin.

Tillgången på arbetskraft påverkas även av utvecklingen av nyutbildad personal. Nyexaminerad vårdpersonal ska kompensera för pensionsavgångar och täcka nya behov i vården. Rekryteringen av ny personal till hälso- och sjukvården kan studeras med statistik över antalet nyexaminerade läkare och sjuksköterskor. I figur 3.1 redovisas nyexaminerade studenter för dessa båda grupper.

Figur 3.1 **Antal nyexaminerade läkare och sjuksköterskor per 100 000 invånare 1995–2015**



Källa: OECD Health Database, Universitetskanslerämbetet, Statistiska Centralbyrån.

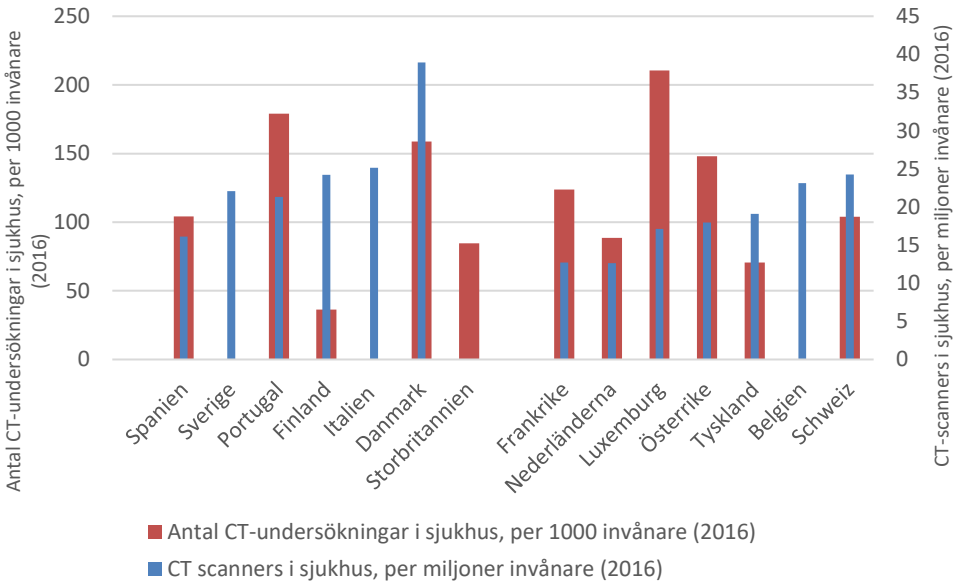
De länder som har flest nyexaminerade studenter per 100 000 invånare under den senaste perioden är våra nordiska grannländer och Schweiz. Sverige intar en position i mitten. I statistiken tas ingen hänsyn till att medborgare från ett land utbildas i grannländer eller att arbetskraft importeras från andra länder. Det gäller t.ex. att svenska läkare under senare år i viss utsträckning fått sin utbildning i Danmark.

Lönenivåer är en faktor som kan påverka såväl rekrytering till sjukvårdssektorn som utfall i form av prestationer och kvalitetsaspekter. I OECD:s statistik över löner och inkomster är nivåerna för läkare och sjuksköterskor lägre i Sverige än i flertalet andra länder. Det finns emellertid en viss osäkerhet i statistiken när det gäller extrainkomster utanför den huvudsakliga anställningen för olika personalkategorier, inte minst läkare (OECD 2018).

3.2 Utrustning

Tillgången och användningen av avancerad utrustning är viktiga förutsättningar för korrekt diagnostisering och efterföljande behandling. Samtidigt finns en avvägning mot alltför stora kostnader och icke-optimalt utnyttjande av medicinsk teknologi. I detta avsnitt presenteras data över tillgång och användning av två vanliga diagnostiska teknologier: datortomografi (CT) och magnetisk resonansavbildning (MR) enheter. Tillgängligheten till dessa teknologier har ökat under senare årtionden och är viktig för korrekt diagnostik av flera sjukdomar vid akutsjukhus. I figur 3.2 redovisas antal CT-undersökningar samt antal CT-scannar per en miljon invånare för de studerade länderna.

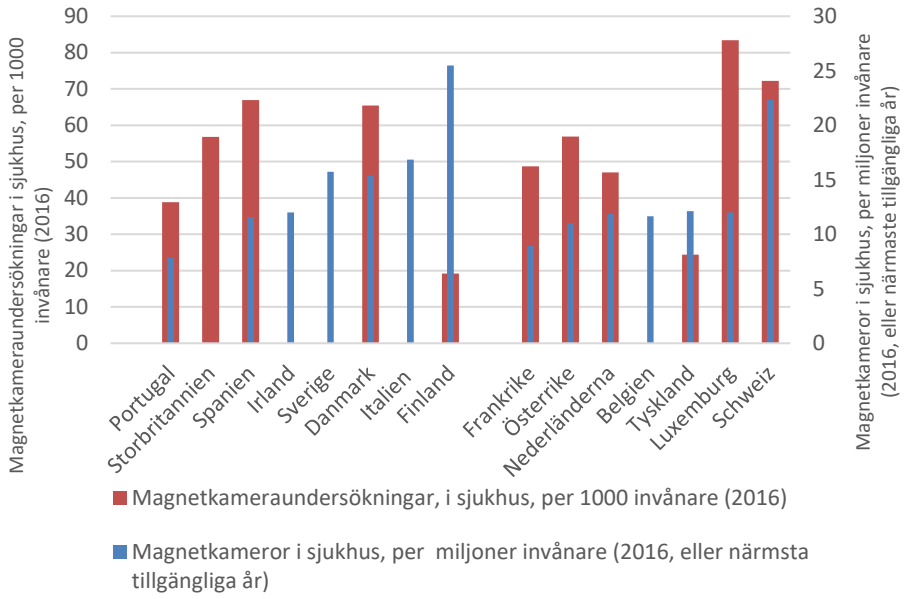
Figur 3.2 **Antal CT-undersökningar i sjukhus per 1 000 invånare samt antal CT-scanners i sjukhus per miljoner invånare**



Källa: OECD Health Database (2018).

Den smalare blåfärgade stapeln visar tillgången till utrustning mätt som antal CT-scanners per en miljon invånare. Högst är tillgången i Danmark och lägst Frankrike och Nederländerna. Övriga länder ligger på en relativt likartad nivå. Den fyllda stapeln (orange) visar antal CT-undersökningar per 1 000 invånare, vilket är högst i Luxemburg följt av Portugal, Danmark och Österrike. Detta mått ger viss möjlighet att bedöma kapacitetsutnyttjandet vilket är högst i Portugal, Frankrike, Luxemburg och Österrike. Lägst kapacitetsutnyttjande uppvisas i Finland och Danmark. Tyvärr saknas data över antal CT-undersökningar i Sverige, men tillgången till utrustningen ligger på en jämförbar nivå med övriga länder. I figur 3.2 presenteras motsvarande resultat för tillgång och användning av magnetkameror.

Figur 3.3 **Totalt antal magnetkameraundersökningar i sjukhus, per 1 000 invånare samt antal magnetkameror i sjukhus, per miljoner invånare**



Källa: OECD Health Database (2018).

När det gäller antalet enheter för magnetkameraundersökningar visar Finland och Schweiz de högsta nivåerna, medan övriga länder inte uppvisar stora skillnader, med undantag för Portugal som ligger på en låg nivå. Antalet undersökningar är högst i Luxemburg, Schweiz, Danmark och Spanien, medan Finland och Tyskland ligger på en låg nivå. Kapacitetsutnyttjandet är högst i Danmark, Frankrike, Luxemburg, Portugal och Spanien och lägst i Finland. Totalt sett är det svårt att identifiera skillnader som kan kopplas till vilken typ av sjukvårdssystem som länderna tillhör. Siffrorna för Sverige visar även för MR endast tillgång till utrustning, medan information om kapacitetsutnyttjande saknas. Tillgången till CT och MR är emellertid relativt god och ligger något över genomsnittet för de ingående länderna.

Redovisningen av tillgång personal och vanligt förekommande teknologier visar att svensk sjukhusvård har en god kapacitet av arbetskraft och utrustning. I synnerhet är tillgången till läkare speci-

aliserade för sjukhusverksamhet hög och ligger över ett internationellt genomsnitt. Tillgången på sjuksköterskor och utrustning är i linje med genomsnittet för de ingående länderna. Lönenivån i Sverige ligger något under genomsnittet i statistiken. Generellt har länder med socialförsäkringssystem en något högre lönenivå i jämförelse med skattebaserade system. Tillgången på utrustning vid sjukhus, illustrerad av CT-scanners och MR-kameror, är god även om statistiken inte redovisar hur dessa utnyttjas i Sverige.

3.3 Vårdplatser och beläggningsgrad

Internationellt finns en tydlig trend mot att antalet vårdplatser vid sjukhusen minskar till följd av den medicinskteknologiska utvecklingen mot kortare vårdtider och ökad andel behandling och operationer i öppenvård. I OECD-statistiken uppvisar Sverige det lägsta antalet vårdplatser per invånare tillsammans med Danmark och Storbritannien (OECD 2018). Dessa länder ligger även långt fram när det gäller införandet av dagkirurgi och annan öppenvårdsbehandling.

Även om det finns goda skäl till denna utveckling finns problem när det gäller tillgången på vårdplatser eftersom det påverkar dels adekvat inläggning av patienter, dels patientströmmar och processer som operationskapacitet m.m. inom sjukhusen. I den senaste OECD-rapporten (2018) har även försenade utskrivningar kartlagts för ett antal länder (samtliga skattebaserade system). I rapporten har omfattningen av antalet vårddagar som kan hänföras till försenad utskrivning uppskattats. Danmark uppvisade den lägsta nivån med fem vårddagar per 1 000 invånare relaterad till försenad utskrivning, medan Sverige och Irland låg på en betydligt högre med 40 respektive 43 vårddagar per 1 000 invånare (OECD 2018).

I diskussioner om processer, logistik och försenade utskrivningar tas förekomst av överbeläggningar ofta upp som en orsak. I utredningen ”Effektiv vård” (SOU 2016:2, bilaga 2, s. 15) diskuteras problemet med överbeläggningar som leder till att processer bromsas upp, att operationer ställs in, en försämrad produktivitet samt inte minst ökad risk för vårdskador. I utredningen anges en

rekommendation att sjukvården ”*behöver styra mot en beläggningsgrad i akut somatisk vård på ca 85–90 procent i stället för 95–105 procent som ofta är fallet idag*” (SOU 2016:2, s. 683).

I OECD:s statistik presenteras beläggningsgraden vid sjukhus, vilken dock inte omfattar Danmark och Sverige. Från rapporten framgår att för övriga länder ligger den genomsnittliga beläggningsgraden mellan 75–85 procent, med undantag för Irland som ligger högre. Även om nationell statistik saknas för Sverige har bl.a. Västra Götalandsregionen (VGR 2014) kartlagt beläggningsgraden för samtliga akutsjukhus i regionen under åren 2012–13. Medelvärdet av beläggningen per avdelning per dag under hela observationsperioden varierade mellan 75–101 procent, med ett genomsnitt på 92 procent (median 92,5 procent). I rapporten konstateras ett samband mellan hög beläggningsgrad och förekomst av vårdskador. Vid en medelbeläggning på 88 procent och däröver ses en tydlig ökning av frekvensen av skador (VGR 2014). Utifrån antagandet att siffrorna från VGR speglar den svenska situationen är det intressant att Irland och Sverige med hög beläggningsgrad även uppvisade en hög nivå av försenade utskrivningar från sjukhusen.

Den höga beläggningsgraden kan även bero på att mindre sjuka patienter överförs till öppenvård och de svårare mer vårdtunga patienterna samlas i den slutna vården. Enligt Socialstyrelsen kan hög beläggningsgrad innebära att antalet vårdplatser inte räcker för att möta behoven, vilket även visar sig i att specialistvårdens produktion, produktivitet och kapacitet gick ned under perioden 2012–2016. Bristande kapacitet i form av vårdplatser leder sannolikt till undanträngning och risker för patientsäkerheten (Socialstyrelsen 2018a).

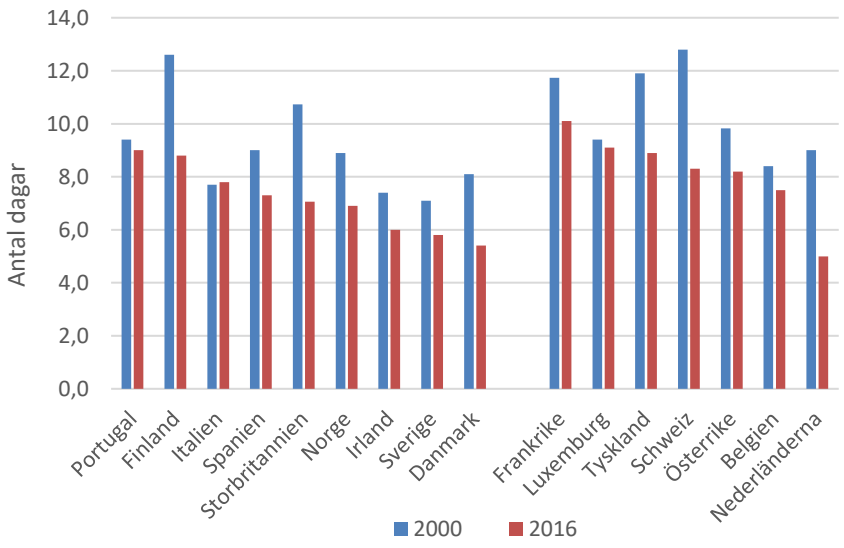
4 Processmått och produktivitet

En effektiv användning av resurser inom hälso- och sjukvården är viktig för att kunna möta den generella trenden av ett ökat behov av vårdtjänster till följd av en åldrande befolkning. Utvecklingen av nya medicinska metoder ställer också krav på prioriteringar i resursanvändningen. I detta avsnitt presenteras ett antal mått för väntetider och prestationer inom sjukhusvården. Därefter sammanställs statistik och studier över produktivitetsutvecklingen inom sjukhussektorn. Även om dessa mått inte belyser sjukhussektorns effektivitet och resultat har de en avgörande betydelse för utfallet i form av kvalitet. Vissa processmått som t.ex. väntetider påverkar även lidande och produktionsbortfall för patienten och eventuellt även det medicinska utfallet vid försenad behandling.

4.1 Vårdtider

En orsak till den internationella trenden med färre vårdplatser per invånare, som diskuterades i föregående kapitel, är en minskad medelvårdtid. Med medelvårdtid avses den tid en patient är inneliggande på ett sjukhus under en vårdepisod. Medelvårdtider vid sjukhus visar en nedåtgående trend till följd av allt effektivare behandlingar, bättre anestesimetoder m.m. Det föreligger dock skillnader som kan kopplas till traditioner och även utformningen av ersättningssystem. I flera länder fanns tidigare incitament att behålla patienten längre tid än medicinskt nödvändigt. I bl.a. Tyskland (dåvarande Västtyskland) ersattes sjukhusen per vårddag vilket resulterade i väsentligt längre vårdepisoder vid sjukhusen i jämförelse med andra länder. I figur 4.1 redovisas OECD:s statistik över den genomsnittliga medelvårdtiden vid sjukhus för 2000 och 2016.

Figur 4.1 Medelvårdtid för sjukhus



Källa: OECD Health Database.

Även med denna statistik finns problem med jämförbarhet då olika typer av sjukhus inkluderas i jämförelserna. Den nedåtgående trenden återfinns emellertid i flertalet länder och den genomsnittliga skillnaden mellan de två systemen är liten. Däremot finns större variation inom gruppen skattebaserade system. Sverige, tillsammans med Danmark, uppvisar de lägsta medelvårdtiderna. Flera länder med socialförsäkringssystem uppvisar av tradition relativt långa vårdtider (Frankrike, Tyskland), medan Nederländerna har den kortaste medelvårdtiden.

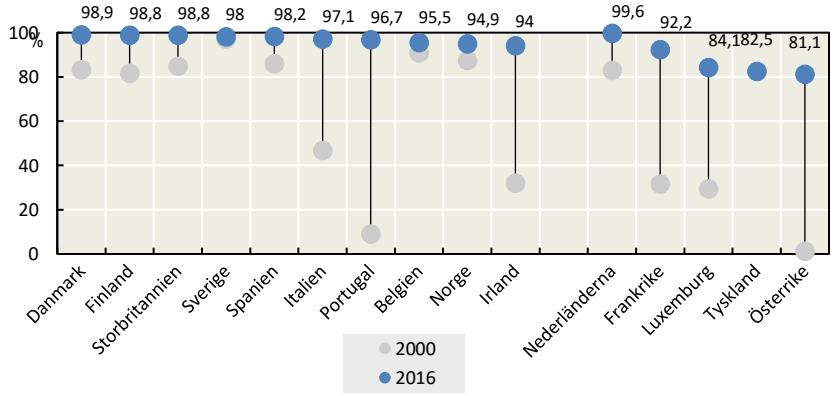
I OECD:s sammanställningar finns även medelvårdtider för enskilda sjukdomsgrupper och behandlingar. Även om det finns skillnader mellan enskilda sjukdomar kvarstår ett generellt mönster där länder som Danmark, Sverige och Nederländerna har de kortaste vårdtiderna. Länder med socialförsäkringssystem, med undantag för Nederländerna, ligger förhållandevis högt.

En central fråga är om den nedåtgående trenden för medelvårdtider är positiv eller negativ. Generellt bedöms utvecklingen vara positiv då utvecklingen samtidigt visar på såväl lägre kostnader per vårdepisod som bättre medicinska resultat. Att ligga inne på sjukhus

i onödan utsätter patienter för ökad risk för infektioner m.m. Samtidigt finns kritik mot utvecklingen då en alltför tidig utskrivning kan leda till återinskrivning, alltför stor belastning för vårdformer utanför sjukhusen samt inte minst ökat lidande för patienten.

Skillnader i vårdtider bör även relateras till hur stor andel av patienterna som behandlas inom dagkirurgi eller annan dagbehandling. Det kan vara så att länder som inte tagit till sig ny teknologi som möjliggör dagbehandling, kan uppvisa korta medelvårdtider då förhållandevis enkla patientfall fortfarande behandlas i slutenvård. En typ av behandling som nästan helt och hållit överförts från sluten till öppen vård är kataraktoperationer inom ögonvård. I figur 4.2 redovisas hur stor andel av kataraktoperationer som ges inom dagkirurgisk verksamhet.

Figur 4.2 **Andel av kataraktoperationer utförda som dagoperationer, 2000 och 2016 (eller närmaste tillgängliga år)**



Källa: OECD Health Database.

För kataraktkirurgi är det tydligt att sjukhus i skattebaserade system i större utsträckning genomför operationerna inom dagkirurgisk verksamhet. Inom gruppen socialförsäkringssystem är det främst Nederländerna som har en hög andel dagkirurgi. Länder som Tyskland och Österrike med en tradition av hög andel slutenvård vid sjukhus har en tydlig fördröjning av införandet av öppenvårdsbehandling. Skillnaderna har dock minskat väsentligt under senare år.

4.2 Produktivitet

Med begreppet produktivitet avses förhållandet mellan insatta resurser och produktionsresultat. Produktivitet mäter förmågan att omvandla resurser till resultat, inom sjukvården i form av producerade tjänster. Det närliggande begreppet effektivitet anger förhållandet mellan de effekter och resultat som uppnås med de insatta resurserna. Effektivitet definieras traditionellt som graden av måluppfyllelse i förhållande till resursanvändning. Eftersom relationen till resursanvändning ingår i båda begreppen och utfallet måste ta hänsyn till såväl kvantitet som kvalitet utgör produktivitet en del av effektiviteten.

Vid produktivitetsmätningar skiljer man i regel mellan partiella och totala mått. Ett vanligt partiellt mått är arbetsproduktivitet som mäter värdet av produktionen relaterad till en enskild produktionsfaktor, i detta fall arbetskraft. Vid kartläggning av totalproduktiviteten mäts värdet av produktionen relaterat till samtliga produktionsfaktorer, dvs. totalkostnaderna. I kommande avsnitt ges exempel på mätningar av såväl arbetsproduktivitet och totalproduktivitet för läkare respektive sjukhus.

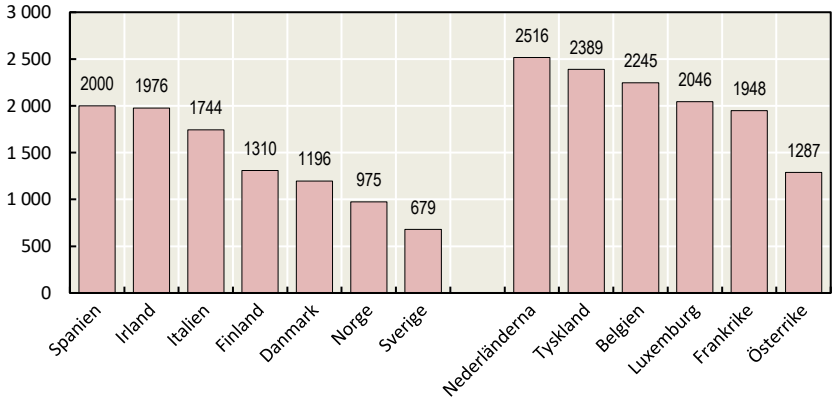
Arbetsproduktivitet

Arbetsproduktivitet definieras som produktionsvolym per anställd eller arbetad timme per anställd. En högre arbetsproduktivitet innebär t.ex. både att mer volym kan produceras givet antalet arbetade timmar och att färre antal timmar krävs för att uppnå en given produktionsvolym. Utvecklingen av arbetsproduktivitet har generellt haft en stark påverkan på ekonomisk tillväxt och välståndsutvecklingen. Arbetsproduktiviteten påverkas positivt av investeringar i materiellt kapital, som utrustning, men även utbildning har en positiv effekt genom att en mer kompetent arbetskraft höjer förädlingsvärdet per arbetad timme. Utbildning är också en förutsättning för innovationer och utveckling på sikt.

Ofta är förutsättningarna för en förbättrad arbetsproduktivitet större inom tillverkningsindustrin i jämförelse med tjänstesektorer som hälso- och sjukvård, kultur och utbildning. Detta har även visats i flera sammanställningar över produktivitetsutvecklingen i olika samhällssektorer. Det betyder emellertid inte att mätningar av

arbetsproduktivitet är ointressanta inom dessa sektorer. Jämförelser mellan enheter och länder inom samma sektor kan bidra med kunskap om mer effektiva arbetssätt och identifiera problem. Internationellt har ett antal relativt enkla mått på arbetsproduktivitet tagits fram. I figur 4.3 redovisas antalet läkarbesök per läkare. Statistiken är dock inte avgränsad till sjukhussektorn utan avser samtliga läkarkategorier.

Figur 4.3 Uppskattat antal konsultationer per läkare, 2016 (eller närmaste tillgängliga år)



Källa: OECD Health Database.

Från figuren framgår att socialförsäkringsländerna i genomsnitt har en något högre produktivitet än de skattebaserade systemen. I de nordiska länderna, och framförallt i Sverige, är antalet konsultationer per läkare lågt. Detta mönster med en låg arbetsproduktivitet i Sverige har funnits under en längre period. Det kan finnas flera förklaringar till skillnaderna såsom incitament och ersättningssystemens utformning, hur läkarbesök definieras, patient-läkare kontinuitet, innehållet i besöken, besökens längd och arbetssätt. Ett exempel på det sistnämnda är att annan personal, främst sjuksköterskor, svarar för mer avancerade vårdkontakter och fungerar som substitut för läkarinsatser i Sverige och de nordiska länderna. Frågan kvarstår då hur frigjord tid för läkare används. Om sjuksköterskor tar över vissa besök borde tillgången och väntetider till läkarbesök minska, men samtidigt får läkarna mer avancerade

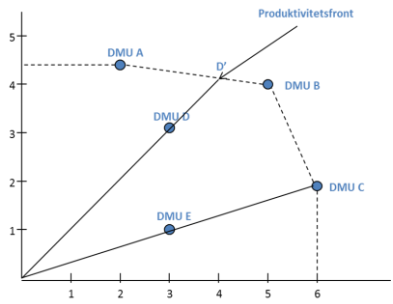
patientfall med behov av längre besökstid. En orsak till en låg arbetsproduktivitet är att besöken tar lång tid, vilket dels kan ses som god kvalitet, men även förklaras av en bristande kontinuitet. Bristande kontinuitet är förknippat med att patientens sjukdomshistoria inte är känd för vårdgivaren och genererar därmed onödigt lång besökstid. Detta gäller förmodligen främst inom primärvården, men kan även vara relevant för besök i öppenvård. I länder med socialförsäkringssystem där prestationsersättning tillämpas i större utsträckning (se avsnitt 8) är denna ersättning kopplad till att en enskild läkare följer patienten genom hela vårdepisoden.

Sjukhusens produktivitet

Jämförelser av sjukhusens totalproduktivitet mellan länder är sällsynt. En orsak är bristen på jämförbara data av såväl resursinsatser som prestationer och utfall. Ett annat problem är definitionen av vad ett sjukhus är. I en nordisk studie har produktiviteten vid akutsjukhusen i Danmark, Finland, Norge och Sverige jämförts där en likartad definition av sjukhus tagits fram (Kittelsen m.fl. 2008, 2015). Studien korrigerar också för patientsammansättning samtidigt som kostnader beräknas på ett likartat sätt. En fördel med att jämföra sjukhus i Norden är likheter i struktur och organisation såsom offentlig finansiering och offentligt ägande av akutsjukhusen. I samtliga länder ansvarar regionala myndigheter för såväl finansiering som drift av sjukhusen, även om det statliga inflytandet ökat i Danmark och Norge. Även skattefinansieringen dominerar och inslaget av patientavgifter är lågt, samtidigt som privatpatienter vid offentliga sjukhus inte förekommer.

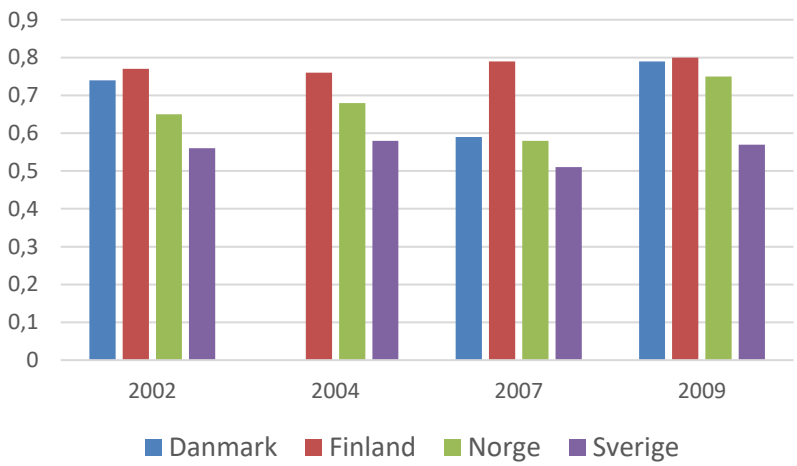
FAKTARUTA: Data Envelopment Analysis (produktivitet)

Data Envelopment Analysis (DEA) är en metod som ger möjlighet till en form av benchmarking där den relativa effektiviteten mellan enheter jämförs. Idén bakom DEA är att studera om enskilda produktionsenheter har en effektiv produktion. Detta kan göras antingen genom att undersöka om enheten skulle kunna använda mindre resurser för att producera de resultat man uppvisar eller genom att studera om enheten skulle kunna prestera bättre med hjälp av befintliga resurser. Det förstnämnda betecknas som en input-orienterad DEA-modell, medan det senare benämns som en output-orienterad DEA-modell. Vilken ansats man använder beror på om man är intresserad av att produktionsenheten huvudsakligen ska försöka minska sin resursanvändning eller öka sina resultat. DEA-metoden tillåter flera inputvariabler (*s*).
Det centrala effektivitetsbegreppet vid DEA-analys utgörs av teknisk effektivitet. Den tekniska effektiviteten mäter förmågan att producera en maximal mängd output (hälsoresultat, prestationer) från en given mängd input (resurser). Styrkan med metoden är att den simultant kan hantera en rad olika output och input. Metoden kan illustreras med ett exempel där mottagningarna producerar två olika output, bestående av läkarbesök (*y*), och övriga besök (*x*), genom att nyttja en insatsfaktor – totala kostnader. I figuren nedan representerar D' produktionsmöjlighetskurvan (produktionsfronten), där linjen indikerar den övre nivån för alla tekniskt möjliga produktionskombinationer som ges av mottagningarnas resultat.



Studien är unik såtillvida att till skillnad från tidigare studier av sjukhusproduktiviteten där prestationer som vårdtillfällen, vårddagar och besök använts, baseras studien på data över vårdtillfällen grupperade efter jämförbara diagnosgrupper enligt systemet med Diagnosrelaterade grupper (DRG). Det nordiska systemet Nord-DRG ger möjligheter till mer rättvisande jämförelser av prestationer mellan sjukhusen. Metodologiskt används metoden Data Envelopment Analysis (se faktaruta), en s.k. frontanalys där kostnader för insatsfaktorer och producerade tjänster används för att uppskatta det mest effektiva produktionssättet, den så kallade produktionsfronten. Modellen ger en relativ jämförelse av produktiviteten (benchmarking) där ”de effektivaste” produktionsenheterna finns på fronten och övriga enheter kan relatera sin produktivitet och förbättringspotential. I figur 4.4 redovisas den genomsnittliga produktiviteten för akutsjukhus i de nordiska länderna.

Figur 4.4 Genomsnittlig produktivitet vid nordiska sjukhus, 2002–2009



Källa: Kittelsen m.fl. 2008, 2015.

Som framgår av figuren visar resultaten att de svenska sjukhusen har en generellt lägre produktivitet under samtliga år. Analysen har även tillämpats för samtliga nordiska universitetssjukhus och visar liknande resultat, dvs. lägst produktivitet för produktion av sjukvårdstjänster vid de svenska enheterna. I delstudien för universitetssjukhus utvidgades dock analysen till att även inkludera forsknings-

och utbildningsprestationer.[11] När dessa prestationer inkluderades förbättrades produktiviteten vid de svenska universitetssjukhusen (Medin m.fl. 2011). Även om studierna i de nordiska jämförelserna av sjukhusproduktiviteten är några år gamla, så visar utvecklingen i Sverige på en nedgång i produktiviteten (se avsnitt 9), medan sjukhusen i Danmark haft en positiv utveckling (se avsnitt 8.3).

4.3 Väntetider

Väntetider för planerad vård förekommer i flertalet sjukvårdssystem även om problemets storlek varierar. Orsaker till väntetider är faktorer som fluktuationer i behov och efterfrågan, teknologiska genombrott, låg produktivitet samt hur indikationsgränser tillämpas. Variationer i behov/efterfrågan kan bero på skillnader i efterfrågetryck under årstider eller tidigare års vårdkapacitet gjort att en väntelista byggts upp. Introduktion av nya innovativa medicinska teknologier som möjliggör behandlingar som tidigare inte existerat innebär ofta ett kraftigt efterfrågetryck. En ineffektiv vårdorganisation med låg produktivitet kan leda till att befintliga resurser inte utnyttjas optimalt. Skillnader i indikationsgränser, dvs när en åkomma bedöms vara tillräckligt allvarlig för att den ska leda till vårdinsatser, mellan länder och över tid kan leda till längre väntetider om dessa vidgas p.g.a. ändrade bedömningar eller ny teknologi som möjliggör behandling (Siciliani och Hurst 2005). Ett annat problem vid jämförelser av väntetider är skillnader i registrering, mätpunkter och definitioner vid jämförelser av väntetider mellan och inom länder samt över tid (Viberg m.fl. 2013).

Den internationella statistiken över väntetider har varit begränsad till ett mindre antal länder. Avsaknad av data över väntetider kan bero på att förutsättningar med informationssystem att samla in data saknas eller att problemet med väntetider bedöms vara marginellt och nyttan med statistiken begränsad. Den statistik som finns kan delas in i dels enkätstudier till befolkningen, patienter eller vårdgivare, dels registerdata över hur länge patienter väntar på en viss behandling.

[11] Forskningsprestationer baserades på antal citeringar av vetenskapliga publikationer, CWTS field normalised citation score samt andel av topp 5 procent publiceringar. Undervisningsprestationer bestod av utbildning av läkarstudenter samt läkare under specialistutbildning.

OECD har nyligen börjat presentera väntetidsstatistik för sex vanliga operationer; gråstarr, hjärtkirurgi, protesoperation i höft och knä, borttagande av livmoder och operation vid prostataförstoring (OECD 2016). Av de länder som ingår i jämförelsen har endast ett land socialförsäkringssystem (Nederländerna) och övriga länder skattebaserade sjukvårdssystem (Danmark, Finland, Italien, Norge, Portugal, Spanien, Storbritannien och Sverige). I tabell 4.1 nedan presenteras en sammanvägning av väntetiderna för de sex vanliga operationerna i form av ett index där ett högt värde indikerar korta väntetider.

Tabell 4.1 Väntetider baserade på registerdata, OECD-länder (index)

Land	Väntetid OECD (2015, eller närmaste tillgängliga år)
Nederländerna	0,95
Danmark	0,80
Italien	0,79
Sverige	0,73
Finland	0,56
Storbritannien	0,55
Portugal	0,27
Spanien	0,25
Norge	0,04

Källa: OECD 2016.

I sammanställningen redovisar således Nederländerna den kortaste väntetiden och Sverige anges ligga på en fjärdeplats i urvalet av länder. Sverige uppvisar i jämförelse kortare väntetider för borttagande av livmoder, hjärtkirurgi och grå starr-operation, och längre väntetider för operation vid prostataförstoring, höft- och knäoperationer.

Sammanställningen har dock kritiserats för skillnader i hur väntetiderna mäts. Ett problem med registerdata är att väntetider registreras på olika sätt i olika länder. De skillnader som presenterats i OECD-studien har uppmärksammats i ett nummer i tidningen Sjukhusläkaren (2018). I artikeln anges att skillnaderna när det gäller startdatum för väntetid varierar mellan länderna. I tabell 4.2 nedan framgår hur registreringen av startdatum skiljer sig mellan de nordiska länderna.

Tabell 4.2 Registrering av väntetider

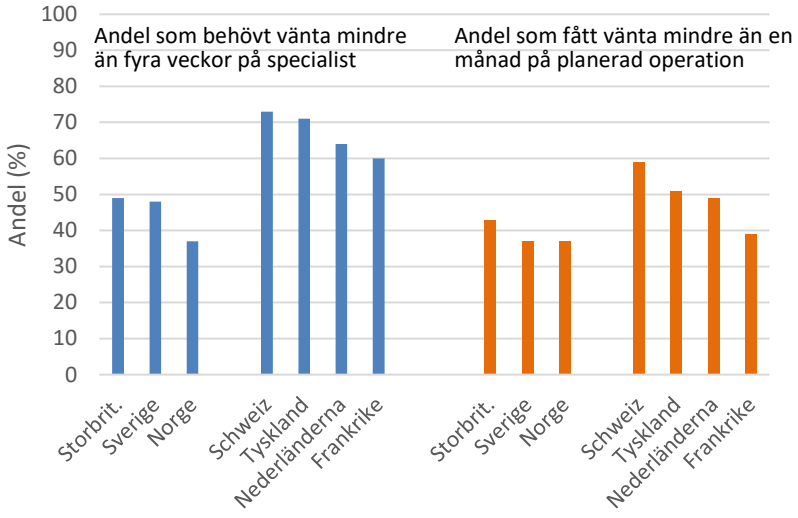
Remiss till specialistvården	Remiss behandlas – beslut första besök	Första läkarbesök	Provtagning m.m.	Beslut om operation	Operations-datum
Danmark och Norge	Finland			Sverige	

Källa: Sjukhusläkaren (2018).

Som framgår av tabellen hanteras registrering av väntetider olika där väntetiden i Danmark och Norge inleds redan med det datum remissen kommer in till specialistvården. I Finland anges startdatum den dag remissen behandlas inom specialistvården och ett datum sätts upp för ett första besök. Den svenska registreringen beräknas först när patienten haft sitt första besök, eventuella prover tagits och beslut om operation fattats, vilket innebär att patienten redan väntat en tid på olika besked. Underlaget från Nederländerna som ligger bäst till i OECD:s tabell rapporterar inte faktiska väntetider utan vad som kallas förväntade väntetider. Det är oklart om dessa är kortare eller längre än de faktiska väntetiderna (Sjukhusläkaren 2018). Mot bakgrund av dessa skillnader i definition och metod är sannolikt den svenska placeringen för hög i förhållande till våra grannländers.

Det andra alternativet för att bedöma väntetider utgår från enkätstudier där patienter svarat på frågor om väntetider och har bl.a. genomförts i Commonwealth Fund International Health Policy Survey. Vårdanalys (2016) har redovisat resultaten från The Commonwealth Fund för ett antal länder. I rapporten sammanställs bl.a. befolkningens svar på ett antal frågor om väntetider inom sjukvården för elva länder. I figur 4.5 redovisas väntetider till specialistmottagning samt tid för icke-akut eller planerad operation. Ett högt värde visar att en större andel väntat en kortare tid.

Figur 4.5 Väntetider till specialist och planerad operation



Källa: Vårdanalys (2016).

Frågorna som utgör underlag till resultaten har ställts till patienter som besökt specialistläkare under de senaste två åren, respektive patienter som genomgått planerad kirurgi under de senaste två åren. Som framgår av figuren är det en högre andel av patienterna som anger att man fått vård inom rimlig tid hos specialist eller för operation vid sjukhus i socialförsäkringsländerna. Norge och Sverige ligger sämst till av de länder som igår i studien. I The Commonwealth Funds undersökning har även frågor ställts om väntetider vid sjukhusens akutmottagningar med liknande rangordning av länderna (Vårdanalys 2016).

Ytterligare ett exempel på enkätstudie, dock kombinerat med kvalitativa intervjuer är Organisationen *Health Consumer Powerhouse* (HCP) som i sina årliga rapporter ”Euro Health Consumer Index” presenterar ett antal indikatorer för sjukvårdens tillgänglighet och effektivitet, däribland klassificering av väntetider för olika länder (HCP 2018). Dessa uppgifter baseras på intervjuer med ett urval av patienter samt mer kvalitativa intervjuer med företrädare för hälso- och sjukvårdssystemen. Då uppgifter saknas om metodologiska tillvägagångssätt för sammanvägningen har kritik framförts även mot denna studie. Resultaten visar dock på kortare väntetider för länder med socialförsäkringssystem.

Även om metoderna skiljer sig åt mellan studierna och studierna kritiserats så finns vissa gemensamma resultat. I tabell 4.3 återges rangordningen utifrån resultaten från OECD (2018) och Vårdanalys/The Commonwealth Fund (2016). Ett högt värde indikerar kort väntetid (andel som väntat mindre än en månad respektive ett index).

Tabell 4.3 Länder rangordnade efter väntetider baserade på olika studier

Vårdanalys - tillgång till specialist			
1	Schweiz	73	SFS
2	Tyskland	71	SFS
3	Nederländerna	64	SFS
4	Frankrike	60	SFS
5	Storbritannien	49	Skatt
6	Sverige	48	Skatt
7	Norge	37	Skatt

Vårdanalys - tillgång till operation			
1	Schweiz	59	SFS
2	Tyskland	51	SFS
3	Nederländerna	49	SFS
4	Storbritannien	43	Skatt
5	Frankrike	39	SFS
6	Sverige	37	Skatt
7	Norge	37	Skatt

OECD			
1	Nederländerna	0,98	SFS
2	Danmark	0,80	Skatt
3	Italien	0,79	Skatt
4	Sverige	0,73	Skatt
5	Finland	0,56	Skatt
6	Storbritannien	0,55	Skatt
7	Portugal	0,27	Skatt
8	Spanien	0,25	Skatt
9	Norge	0,04	Skatt

Not: SFS = Socialförsäkringssystem.

Från tabellen kan vi se att flertalet länder med korta väntetider (högt värde) utgörs av socialförsäkringssystem. Danmark intar en tätposition som skattebaserat system, medan Österrike har sämst placering bland socialförsäkringssystemen. Sverige intar en plats i mitten av länderna i OECD:s rangordning, men ligger sämre till i The Commonwealth Fund/Vårdanalys studie. Med hänsyn till kritiken mot skillnader i registreringsunderlag för OECD-studien kan den svenska placeringen vara alltför positiv i denna studie. En fråga som infinner sig är varför statistik om faktiska väntetider inte rapporteras från flera socialförsäkringsländer. Ett svar kan, mot bakgrund av dessa siffror, vara att motiven till väntetidsregister

saknas vid korta väntetider. Från OECD-studien framgår att av de nio länder för vilka det finns data på faktiska väntetider och förväntad väntetid, har Nederländerna de kortaste väntetiderna följt av Danmark och Italien, med Sverige på fjärde plats.

Problemet med väntetider varierar således mellan länderna. Generellt sett är tillgängligheten dock bättre inom socialförsäkringssystemen. En förklaring till detta kan vara förekomsten av ersättningssystem med tydligare incitament till behandling samt konkurrens mellan vårdgivare (se avsnitt 6). Inom skattebaserade system har problemet med långa väntetider hanterats med reformer liknande den svenska vårdgarantin. I Danmark har staten intagit en central roll som aktör med införandet av tydliga regler, patienträttigheter men även incitament och konkurrens mellan vårdgivare (se avsnitt 8.3).

Väntetider påverkas således av faktorer på både efterfråge- och utbudssidan. Efterfrågan ändras beroende på vilka kriterier för behandling som tillämpas, förekomst av patientavgifter och geografisk tillgång till vård. På utbudssidan har faktorer som incitament och ersättningssystem, produktivitet, konkurrens mellan vårdgivare samt behandlingskapacitet stor betydelse (Siciliani och Hurst 2005). Även med hänsyn till brister rörande data och metoder som finns vid jämförelser av väntetider uppvisar länder med socialförsäkringssystem kortare väntetider. Som redovisats i tidigare avsnitt är sjukhuskapaciteten inte större i socialförsäkringssystemen. En sannolik förklaring är snarare incitamentsstrukturen och tillgång till en mångfald av vårdgivare som leder till ett bättre utnyttjande av humankapital och kapacitet.

Sjukhussektorn är en komplex verksamhet som helt naturligt är svår att summera. Utifrån befintlig internationell statistik av sjukhusens processer och aktiviteter framgår emellertid vissa skillnader och mönster mellan de studerade länderna. Sverige, och andra skattebaserade system ligger långt framme när det gäller införandet av ny teknologi som behandling i öppenvård. Detta förklarar en del av det låga antalet vårdplatser, samtidigt som det finns problem med överbeläggningar och en alltför hög beläggning på befintliga vårdplatser. Svensk sjukhusvård uppvisar även en lägre produktivitet i de jämförelser som gjorts. Härtill är väntetider för planerad vård längre i Sverige och andra skattebaserade system i jämförelse med länder med socialförsäkringssystem.

5 Utfall och kvalitet

En av hälso- och sjukvårdens viktigaste målsättningar är att bidra till hälsoförbättringar och att bota sjukdomar. I tidigare internationella sammanställningar har hälso- och sjukvårdens kostnader, struktur, finansiering och produktion relaterats till hälsoindikatorer som medellivslängd, spädbarnsdödlighet och överlevnad för olika sjukdomar. Även om denna typ av studier fortfarande genomförs råder idag konsensus om att den övergripande folkhälsan i huvudsak påverkas av faktorer som ligger utanför hälso- och sjukvårdens kontroll. Den ökade medellivslängden och minskade spädbarnsdödligheten påverkas i hög utsträckning av ekonomisk tillväxt, tillgång till utbildning, hygien och levnadsstandard m.m. Därmed inte sagt att insatser inom hälso- och sjukvården är betydelselösa. Det finns även forskning som visar att betydelsen av medicinsk forskning och sjukvårdsinsatser för folkhälsans utveckling ökat under senare tid (se bl.a. Murphy och Topel 2003).

Mot bakgrund av ovanstående har senare internationella studier med syfte att jämföra sjukvårdssystem avgränsats till att mäta utfall och kvalitet som kan kopplas till sjukvårdsinsatser. Det innebär att man vid analyser av t.ex. sjukhusvård för akut hjärtinfarkt endast mäter överlevnad för hjärtinfarktpatienter som behandlats vid sjukhus, samtidigt som analysen begränsas till en tidshorisont som är rimlig för att bedöma effekter av sjukhusvårdens insatser.

Svensk sjukvård har under lång tid uppvisat goda resultat när det gäller vårdens kvalitet mätt som överlevnad vid behandling av olika sjukdomar. Även kvalitetsindikatorer för planerad vård uppvisar i ett internationellt perspektiv goda resultat, även om dessa jämförelser är mer sällsynta. I detta avsnitt presenteras några internationella jämförelser för överlevnad och medicinsk kvalitet för ett antal sjukdomar som främst behandlas inom sjukhussektorn. Även om sjukhusen har en central roll för behandlingen av dessa sjukdomar är

det viktigt att beakta att vårdinsatser utanför sjukhusen samt folkhälsan i ett land även påverkar dessa resultat.

5.1 Hjärtinfarkt och stroke

Under de senaste tjugo åren har jämförelser mellan länder rörande överlevnad för ett antal sjukdomar genomförts i flera forskningsprojekt, men även av OECD och andra internationella organisationer. Dessa studier har främst varit inriktade på sjukdomar och behandlingar där överlevnad ansetts vara det mest relevanta måttet. Överlevnad vid hjärtinfarkt efter utskrivning från sjukhus är ett centralt mått på sjukhusens medicinska kvalitet. Hjärtinfarkt är dessutom en vanlig sjukdom som behandlas vid flertalet akutsjukhus. I tabell 5.1 presenteras de senaste årens resultat för dödlighet i hjärtinfarkt för inskrivna patienter över 45 år.

Tabell 5.1 Dödlighet vid akut hjärtinfarkt, andel (%) avlidna 30 dagar efter inskrivning på sjukhus

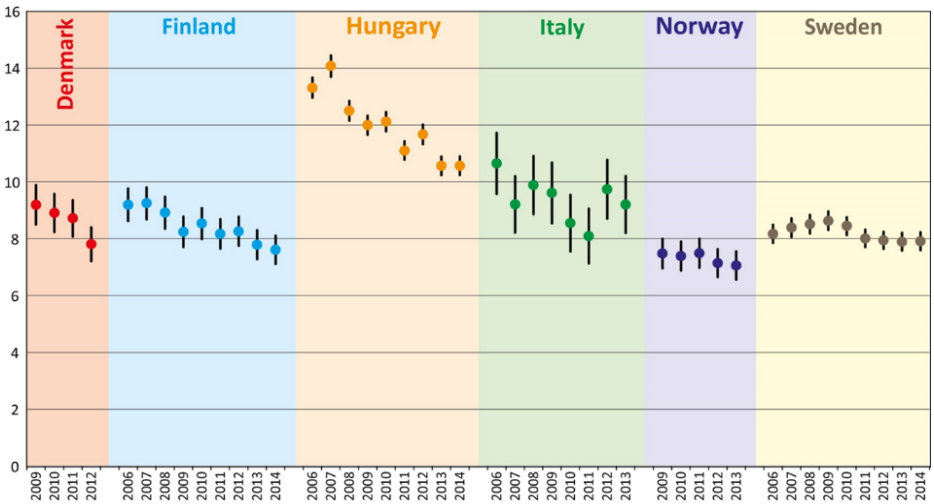
	2011	2012	2013	2014	2015
Skattebaserade system					
Danmark	4,8	4,5	4,1	3,6	4,0
Finland	7,0	7,1	6,5	5,8	5,6
Irland	6,8	6,8	6,4	-	-
Italien	5,8	5,8	6,4	-	-
Norge	4,7	4,5	4,0	3,8	3,7
Portugal	8,4	-	9,4	-	7,9
Spanien	8,7	8,2	8,0	7,8	7,9
Storbritannien	8,5	8,0	7,7	7,5	7,1
Sverige	4,6	4,7	4,5	4,3	4,2
Socialförsäkringssystem					
Belgien	7,3	7,6	8,0	7,0	-
Frankrike	6,2	6,1	6,2	5,9	5,6
Nederländerna	6,3	5,4	-	-	-
Tyskland	9,1	-	8,7	-	7,7
Österrike	8,4	7,9	7,8	7,4	7,4

Källa: OECD (2016, 2018).

Från tabellen framgår att en kontinuerlig förbättring i samtliga länder ägt rum. Norge uppvisar under det senaste året lägst dödlighet tätt följt av Danmark och Sverige. Skillnaderna mellan skattebaserade och socialförsäkringssystem är relativt små. Storbritannien, Portugal, Spanien och Tyskland uppvisar dock sämre resultat.

Inom EU-projektet EuroHOPE (European Health Care Outcomes, Performance and Efficiency) genomfördes en liknande jämförelse av överlevnad efter stroke, för de länder där patient- och dödsorsaksregistren kunde samköras på individnivå. I studien korrigerades även utfallet för skillnader i ålder, kön, tidigare sjukdomshistoria och bidiagnoser. Resultaten för dödlighet inom 30 dagar efter utskrivning av stroke-patienter presenteras med konfidensintervall för de ingående länderna (figur 5.1).

Figur 5.1 **Dödlighet, andel (%), inom 30 dagar efter utskrivning av stroke-patienter i Danmark, Finland, Ungern, Italien (tre nordliga provinser), Norge och Sverige**



Källa: EuroHOPE study group (2014).

Norge uppvisade lägst dödlighet för stroke följt av Sverige, Finland och Danmark. Från figuren noteras även variationer inom länderna samt en generell nedåtgående trend i mortalitet. Resultaten för behandling av hjärtinfarkt- och höftfrakturpatienter uppvisade i denna studie liknande resultat med Norge och Sverige i topp. En fråga som aktualiserades i studien generellt är om resultaten från ett

land som Ungern, med klart högre dödlighet men förbättrat resultat över tid, kan kopplas till sjukhusens behandlingsprocedurer och kvalitet, eller om externa faktorer som medellivslängd och den generella folkhälsan påverkar resultaten. Även om studien avgränsats till patienter som behandlas vid sjukhusen och standardisering genomförts för skillnader i ålder, kön, tidigare sjukdomshistoria m.m. kvarstår frågan om resultaten i överlevnad endast kan tillskrivas behandlingarna vid sjukhusen.

5.2 Överlevnad i cancer

Överlevnad av cancerbehandlingar har varit central i internationella jämförelser. I flera länder finns register av god kvalitet för uppföljning av cancerpatienter. Överlevnaden för cancerpatienter antas vara en funktion av den behandling som ges vid sjukhusen, även om bakgrundsfaktorer kan påverka utfallet. I tabell 5.2 presenteras femårsöverlevnaden för två vanliga cancerformer (bröstcancer och kolorektalcancer) för länderna i rapporten.

Tabell 5.2 Överlevnad, andel (%), för cancerpatienter

	Bröstcancer (endast kvinnor)		Kolorektalcancer	
Skattebaserade system	**2000–2004**	**2010–2014**	**2000–2004**	**2010–2014**
Danmark	80,3	86,1	51,5	61,6
Finland	86,5	88,5	61,2	64,8
Irland	77,2	82,0	53,2	60,5
Italien	84,2	86,0	59,0	64,1
Norge	84,7	87,7	60,0	66,6
Portugal	81,6	87,6	56,5	60,9
Spanien	83,1	85,4	56,6	63,3
Storbritannien	79,8	85,6	51,9	60,0
Sverige	85,6	88,8	60,2	64,9
Socialförsäkringssystem				
Belgien	84,8	86,4	64,2	67,8
Frankrike	86,8	88,5	60,6	63,7
Nederländerna	83,9	86,6	58,1	63,0
Tyskland	83,9	86,0	62,0	64,8
Österrike	81,7	84,8	60,7	63,7

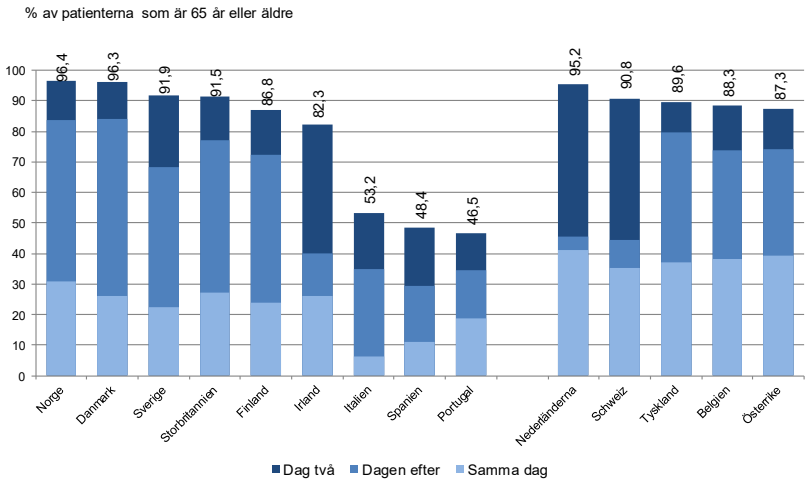
Källa: OECD (2016, 2018).

Som framgår av tabellen uppvisar Sverige, Finland och Frankrike bäst resultat för bröstcancer och Belgien och Norge bäst resultat för kolorektalcancer. Utvecklingen går mot ökad överlevnad i samtliga länder och cancersjukdomar. Skillnaderna mellan skattebaserade system och länder med socialförsäkringssystem är emellertid små. Överlevnad i cancer kan även påverkas av externa faktorer som förebyggande insatser, kanske främst genom bröstcancerscreening som påverkar hur långt framskriden cancer som behandlas. Rörande sådana förebyggande insatser finns vissa skillnader mellan länderna där Sverige, Norge, Spanien, Storbritannien och Österrike har en lång erfarenhet.

5.3 Väntetid för operation av höftfraktur

Ett annat mer procedurinriktat mått som anses vara en god proxy för kvalitet är snabb insats och operation av höftfrakturer. I flertalet nationella riktlinjer anges att dessa patienter bör opereras inom 48 timmar efter frakturhändelsen för att uppnå optimalt resultat av behandlingen. Helst ska väntetiden till operation vara så kort som möjligt. Indikatorn kan även ge en bild av hur väl samverkan mellan äldreomsorg och sjukvård fungerar, där äldreomsorgen har ansvar för förebyggande insatser. I figur 5.2 redovisas hur stor andel av höftfrakturpatienterna som genomgår operation samma dygn som man anländer till sjukhuset, dygnet efter eller nästkommande dygn.

Figur 5.2 Väntetid operation höftfraktur



Källa: OECD Health Database.

Störst andel av höftfrakturpatienter som får vård redan första dygnet återfinns i Nederländerna följt av Österrike. De länder som bäst uppfyller målsättningen om vård inom 48 timmar är Norge, Danmark och Nederländerna.

Behandling av akut och allvarligt sjuka är naturligtvis en av de viktigaste uppgifterna för akutsjukhusen. Vi kan se att Sverige i flertalet jämförelser intar en topposition med goda resultat vad gäller överlevnad. Samtidigt kan vi notera att några av de länder som uppvisar goda resultat beträffande väntetider och tillgänglighet för planerade behandlingar, bl.a. Nederländerna, ligger nära de resultat som Sverige och andra framgångsrika skattebaserade system uppnår. Orsakerna till att Sverige och andra länder redovisar goda resultat mätt som överlevnad vid allvarliga sjukdomar som hjärtinfarkt, stroke och cancer kan vara flera. Enligt Socialstyrelsens bedömning (2018b) av de resultat som OECD redovisar ”*hänger de goda resultaten för Sveriges del samman med det systematiska arbete som bedrivs inom hälso- och sjukvården med att förhindra dödlighet genom effektiv behandling och behandling i rätt tid, genom till exempel standardiserade vårdförlopp och nationella riktlinjer för vård och behandling*”. De svenska kvalitetsregistren har med stor sannolikhet bidragit med underlag för detta arbete. Även inom dansk sjukvård har ett liknande nationellt arbete och riktlinjer med standardiserade vårdförlopp

införts med goda resultat (avsnitt 8). I vilken utsträckning andra länder genomfört motsvarande arbete med riktlinjer är inte dokumenterat.

Sammanfattningsvis uppvisar svensk sjukhusvård mycket goda resultat för behandling av akuta tillstånd och cancersjukdomar med överlevnad som kvalitetsindikator. Som förklaringar till de goda resultaten anges ett systematiskt arbete och spridning av kunskap på nationell nivå. Samtidigt är det möjligt att externa faktorer och en god folkhälsa bidrar till goda resultat inom sjukhusvården. Beträffande skillnader mellan skattebaserade system och länder med socialförsäkringssystem är det svårt att se tydliga skillnader då det förekommer variationer inom båda grupperna.

5.4 Jämlik vård

I de föregående avsnitten har fokus legat på vilka resurser som finns tillgängliga, hur de används samt prestationer och utfall inom sjukhussektorn. Vid sidan av ett effektivt resursutnyttjande finns i flertalet länder även målsättningar om jämlik vård angivet i såväl lagstiftningen som i policydokument. Det avser principer om hur vården ska finansieras och fördelas. Internationellt har Världshälsoorganisationen (WHO) under en längre tid arbetat med finansiering av hälso- och sjukvården under begreppet ”*Universal Health Coverage*” (UHC) med målsättning att finansieringen ska i) täcka hela befolkningen, ii) omfatta i stort sett samtliga sjukvårdstjänster samt iii) minimera finansiella hinder att söka vård (WHO 2010). Detta arbete har fokuserat på låg- och medelinkomstländer då flertalet OECD-länder idag i stor utsträckning redan uppfyller dessa krav. Ett undantag är det amerikanska sjukvårdsystemet där varken hela befolkningen eller alla vårdtjänster täcks av en generell sjukvårdsfinansiering. Även om finansieringen i de flesta västeuropeiska länder idag är relativt heltäckande och utbudet av sjukvårdstjänster omfattar större delen av befolkningen finns skillnader i fördelningen av vårdtjänster.

Det finns såväl motiverade som omotiverade skillnader i vårdutnyttjandet mellan socioekonomiska grupper. När skillnader som observeras inte kan förklaras av skillnader i vårdbehov eller av medicinska orsaker finns starka skäl att förutsätta att en ojämlikhet

i vården föreligger. Omotiverade skillnader kan bero på faktorer som olika kostnadströsklar för patienterna (främst patientavgifter), patientens egna preferenser, skillnader i kunskap om befintlig behandling, olika ersättningssystem och organisation av vården, tillgång till utrustning och personal samt lokala behandlingstraditioner.

I Västeuropa samt ett antal övriga OECD-länder har detta studerats med olika metoder. Skillnader i vårdutnyttjandet kan studeras utifrån variationer mellan geografiska områden, socioekonomiska grupper, patientgrupper med olika behov m.m. Det gäller främst skillnader i utnyttjande av behandlingar, läkemedel och andra processindikatorer, men även utfall i form av vårdkvalitet och förbättrad hälsa. Att skillnader föreligger i vårdutnyttjande mellan individer, grupper eller geografiska områden behöver inte med nödvändighet betyda att vården är ojämlik. Det kan tvärtom vara så att vissa skillnader är en förutsättning för jämlik vård.

Jämlik vård rymmer flera dimensioner, skillnader i hälsoläget i befolkningen, kunskaper om sjukdomar och behandlingar, tillgången och utnyttjandet av vårdtjänster, hur finansieringen till sjukvården fördelas mellan grupper, skillnader i hälsoutfall av behandling m.m. OECD har under de senaste tjugo åren publicerat ett antal studier om jämlikt vårdutnyttjande där man tillämpat hälsoekonomiska metoder för mätning av ojämlikhet. Detta arbete inleddes under 1990-talet genom ett EU-finansierat projekt där forskare inom hälsoekonomi tillämpade standardiserade metoder och använde liknande datakällor för en bättre jämförelse mellan länderna (van Doorslaer m.fl. 1992). De tre dimensionerna av jämlik vård och hälsa som studerades var: i) skillnader i hälsotillstånd (Equity in Health), ii) fördelningen av den ekonomiska bördan för sjukvård (Equity in Finance), samt iii) fördelningen av vårdutnyttjandet.

i) **Jämlik hälsa**: Skillnader i hälsotillstånd är ett område som studerats av olika forskningsdiscipliner. Analyserna har avsett skillnader i livslängd, självskattad hälsa, hälsorelaterat beteende såsom rökning, alkohol, vikt och diet. I flertalet länder föreligger skillnader i hälsa mellan exempelvis regioner och socioekonomiska grupper. I dessa studier förekommer ofta förklaringsmodeller till dessa skillnader. Från dessa modeller framkommer att skillnader i hälsa främst påverkas av faktorer utanför hälso- och sjukvårdssystemet, samtidigt som sjukvården har möjligheter att reducera

ohälsa hos de mest behövande. Denna typ av studier är viktiga för analyser av hälsans fördelning i samhället men ligger utanför syftet med denna studie.

ii) **Jämlik finansiering**: Fördelningen av den ekonomiska bördan för konsumtionen av hälso- och sjukvård har främst utforskats av national- och hälsoekonomer. Fördelningen påverkas i hög grad av vilka finansieringskällor för vården som dominerar i ett sjukvårdssystem. I länder med en hög andel privata försäkringar och egenfinansiering lägger i regel låginkomsttagare en högre andel av sin inkomst på hälso- och sjukvård än höginkomsttagare (dvs. ett regressivt system). I länder med skattefinansiering och socialförsäkringar bidrar istället höginkomsttagare med en större andel av sin inkomst än låginkomsttagare (progressivt system) eller så är andelen relativt lika för samtliga hushåll (proportionellt system). Det svenska sjukvårdssystemet uppvisar i en rad jämförelser med andra OECD-länder en nästintill proportionell finansiering i likhet med flertalet skattebaserade system och socialförsäkringssystem i Europa (Wagstaff m.fl. 1999). Skillnader mellan länderna som ingår i denna studie är således små.

iii) **Jämlikt vårdutnyttjande**: Fördelningen av vårdutnyttjande avser hur vårdtjänster som inläggningar, vårddagar och besök samt läkemedelsförskrivning fördelas mellan socioekonomiska grupper. En viktig metodologisk aspekt är att fördelningen av vårdutnyttjandet bör standardiseras för ålder, kön och hälsostatus, då behov av vård varierar mellan grupper. Det är främst denna dimension av jämlik vård som varit föremål för diskussion om hur olika sätt att producera och organisera vården påverkar tillgänglighet och vårdutnyttjande för olika socioekonomiska grupper. I detta avsnitt avgränsas redovisningen av jämlik vård till denna dimension.

Metod för analys av jämlikt vårdutnyttjande

De studier som sammanställs om jämlikt vårdutnyttjande är dels deskriptiva redogörelser av vårdutnyttjandets fördelning, dels mer analytiska studier. Metoderna utgår i huvudsak från den tradition

som funnits inom nationalekonomi med beräkning av s.k. koncentrationsindex för att analysera fördelningseffekterna. Måtten på vårdutnyttjande som används är olika typer av besök samt andra kontakter inom vården. Beroende på om avsikten är att belysa fördelningseffekter av den totala eller delar av vårdkonsumtionen kan måtten begränsas därefter. Ett koncentrationsindex kan visa ojämlikhet i t.ex. inkomst, konsumtion eller hälsa (se bilaga 1 för en mer detaljerad beskrivning). Med metoden jämförs den faktiska fördelningen av vårdutnyttjandet mellan individer med den tänkta situationen då varje individ har exakt samma vårdutnyttjande. Om alla individer konsumerar exakt lika mycket vård kommer koncentrationsindexet få värdet 0 (noll). Om vi har en situation där individer med låg inkomst konsumerar mer än de med hög inkomst kommer koncentrationskoefficienten att få ett negativt värde som lägst är -1. Ett motsatt läge där de med hög inkomst konsumerar mer än de med låg inkomst ger ett positivt värde på högst +1. Indexet varierar således mellan värdena -1 och +1. För att analysera om vårdutnyttjandet är jämlikt ska även en korrigering ske för skillnader i ålder, kön och vårdbehov. Vårdbehov mäts enligt indikatorer som uppfattning av självskattad hälsa och förekomst av kronisk sjukdom.

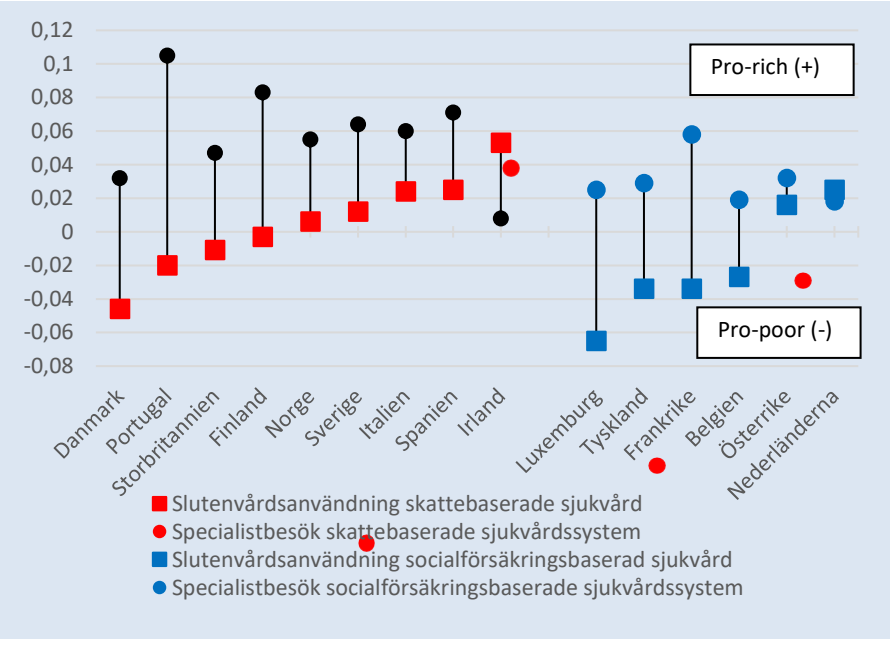
En justering av vårdutnyttjandet efter vårdbehov kan medföra att även om låginkomsttagare konsumerar mer vård så kan vårdutnyttjandet vara ojämlikt till deras nackdel. Utifrån vårdbehovet kan eller borde skillnaderna i vårdutnyttjandet vara än större. I likhet med de flesta empiriska jämlikhetsstudier är analysen fokuserad på den horisontella tolkningen av fördelning efter behov, dvs. i vilken utsträckning som personer med lika behov har tilldelats lika mycket vårdresurser eller, vid olika fördelning, i vilken utsträckning resursfördelningen avviker från normen. Utgångspunkten är att individer med lika behov ska behandlas lika, oavsett inkomst, kön och ålder.

Jämlikt vårdutnyttjande

OECD har under en längre tid publicerat studier där koncentrationsindex beräknats för olika vårdformer (primärvård, öppen specialistvård, slutenvård vid sjukhus, tandvård m.m.). För denna rapport med fokus på sjukhusvård är vårdformerna öppen specialistvård och slutenvård av störst relevans. Resultaten är relativt stabila

över de studerade åren. I figur 5.3 presenteras den senaste studien som avser åren 2014–2017 där koncentrationsindex för vårdformer med relevans för sjukhussektorn redovisas uppdelat på skattebaserade system och socialförsäkringssystem.

Figur 5.3 **Horisontell jämlikhet för sannolikhet för besök hos specialistläkare samt horisontell jämlikhet för sannolikhet för slutenvård, 15 länder, 2014–2017**



Källa: OECD (2019).

Det justerade koncentrationsindexet tolkas således så att ett värde över noll visar att höginksttagare har ett relativt högre vårdutnyttjande än låginkomsttagare, och ett värde under noll (dvs. negativt) att låginkomsttagare har ett relativt högre vårdutnyttjande än höginkomsttagare. Som framgår av figuren är slutenvården i större utsträckning ”*pro-poor*” (negativt värde) medan den öppna specialistvården är ”*pro-rich*”. Orsakerna till detta är inte tydliga. Ibland lyfts orsaker som att höginkomsttagare i större utsträckning söker vård tidigare och kan behandlas i öppenvård. Låginkomsttagare har även i större utsträckning ett högt vårdutnyttjande inom primärvården. Det högre vårdutnyttjandet av slutenvård brukar förklaras med att låginkomsttagare i större utsträckning väntar på att

vård och sjukdomsförloppet blir allvarligare, vilket kräver slutenvård i större utsträckning. Samtidigt har låginkomsttagare sämre hälsa och därmed större behov av avancerad sjukvård.

Ser vi till skillnaderna mellan de olika sjukvårdssystemen och länderna så finns variationer inom såväl skattebaserade som socialförsäkringssystem. För den slutna vården uppvisar Danmark, Portugal och Storbritannien ett *pro-poor* mönster bland de skattebaserade länderna, medan Frankrike, Belgien, Luxemburg och Tyskland har ett liknande mönster bland socialförsäkringssystemen. Generellt tycks fördelningen av båda vårdformerna vara mer propoor i de sex länderna med socialförsäkringssystem. De inbördes skillnaderna mellan länder med skattebaserade system är större där öppenvården i Portugal och Finland uppvisar ett *pro-rich* mönster. I dessa två länder finns förklaringar som relativt höga patientavgifter (Portugal) samt ett utbud av företagshälsovård med god tillgänglighet som är begränsat till den yrkesverksamma befolkningen (Finland). Slutenvården i båda länderna har dock ett *pro-poor* mönster. Sverige uppvisar ett värde nära noll för den slutna vården, medan den öppna specialistvården har ett *pro-rich* mönster (se detaljer i bilaga 2). Senare studier visar att den del av den öppna vården som utgörs av primärvård i större utsträckning utnyttjas av låginkomsttagare (Sveréus m.fl. 2018), vilket även framgår av OECD:s rapport. Det gäller även i flertalet andra länder att primärvården i större utsträckning än den öppna specialistvården utnyttjas av låginkomsttagare.

Sammanfattningsvis visar jämförelser av fördelningsaspekter mellan de ingående länderna, till skillnad från exempelvis USA, en relativt jämn tillgång på sjukhustjänster. Svensk sjukvård är inte mer jämlik än flertalet övriga länder i studien när det gäller specialist- och sjukhusvård. I den mån det finns skillnader uppvisar länder med socialförsäkringssystem en tendens till ett relativt högre vårdutnyttjande hos låginkomsttagare.

6 Styrning, reglering och ersättningssystem

En central fråga för hur resurser utnyttjas är hur sjukhusvården regleras och vilka ersättningsystem som tillämpas. Tidigare i rapporten har ägandeformerna presenterats där en viktig skillnad mellan skattebaserade- och socialförsäkringssystem är den höga andelen av privata vårdformer i den sistnämnda gruppen. Det innebär även att ersättningssystem och prismekanismer används i större grad för att styra sjukhussektorn, även om sådana ersättningssystem tillämpas till viss del även i skattebaserade system. Vid sidan av ersättningssystem finns flera typer av regleringar som tillämpas i båda systemen. I detta avsnitt kommer en översiktlig bild av olika styrmekanismer inom sjukhussektorn ges.

6.1 Reglering av kapacitet, etablering och investeringar

Oavsett sjukvårdssystem finns en mängd regleringar och lagstiftning om etablering av nya enheter, investeringar om utbud och kapacitet vid sjukhusen. Dessa regleringar har ofta varit mer detaljerade i länder med stor andel privata vårdgivare. En naturlig orsak är att i skattebaserade system med gemensamt ägande och koordinering mellan finansiering och produktion finns andra administrativa styrmedel för att styra inriktningen av sjukhusen. De offentliga huvudmännen har tillgång till andra medel vid sidan av ersättningsystemen för att styra inriktning, kapacitet och vårdproduktion. Detta kan medföra problem när man i dessa länder introducerar och tillåter privata vårdgivare att etablera sig fritt då erfarenheter och regleringar att styra på en marknad saknas. Detta förklarar varför marknaden för

privata vårdgivare kan vara mer reglerad i länder med socialförsäkringssystem som tenderar att ha en större erfarenhet av högre andel privata vårdgivare än skattebaserade system.

I en studie av OECD, baserad på enkäter till beslutsfattare i ett antal länder, kartlades förekomst av regleringar på olika nivåer inom sjukvårdssystemen. Frågorna omfattade regleringar om följande investeringar inom sjukhussektorn:

- Etablering av nytt sjukhus
- Förändring av antalet vårdplatser
- Etablering av ny typ av behandling
- Större investeringar i diagnostisk och behandlande utrustning

Resultatet av enkäten presenteras i tabell 6.1.

Tabell 6.1 Regleringar på olika nivåer av sjukhusens investeringar och kapacitet

	Bygga nytt sjukhus			Öppna vårdplatser			Ny behandling			Dyr utrustning		
Skattebaserade system	**Nationell**	**Regional**	**Ingen**	**Nationell**	**Regional**	**Ingen**	**Nationell**	**Regional**	**Ingen**	**Nationell**	**Regional**	**Ingen**
Danmark		X			X		X				X	
Irland	X			X			X			X		
Italien	X	X			X			X			X	
Norge	X				X						X	
Portugal	X			X			X			X	X	
Spanien		X			X			X			X	
Storbritannien	X					X			X			X
Sverige		X				X	X				X	
Socialförsäkringssystem												
Belgien	X			X			X	X		X	X	
Frankrike		X			X			X			X	
Luxemburg	X			X			X			X		X
Nederländerna	X			X					X			
Schweiz		X			X			X				X
Tyskland		X			X			X				
Österrike	X			X			X	X		X	X	

Källa: Paris m.fl. (2010).

Resultaten av enkäten ger ingen enhetlig bild för länder med skattefinansiering respektive socialförsäkringssystem även om det finns vissa mönster. Regleringar ser ut att förekomma i samma utsträckning i båda systemen. Skattebaserade system med nationella offentliga huvudmän tenderar exempelvis att ha starkare central styrning än de regionalt baserade systemen så som det svenska. Annars är inslaget av nationell styrning lika vanligt i socialförsäkringssystem som i skattebaserade system. Det finns dock undantag där flera länder i socialförsäkringsgruppen har mer av en

central styrning än de regionala skattebaserade systemen (Frankrike, Nederländerna, Österrike). Den statliga styrningen omfattar ofta större investeringar som utbyggnad av sjukhus och inköp av dyr utrustning. I skattebaserade system med regionalt huvudmannaskap finns dock relativt stora frihetsgrader utan statlig styrning. I länder med privata vårdgivare är det ofta ett krav att medverka i planering och acceptera regleringar för att erhålla offentlig finansiering från sjukkassor och andra försäkringsgivare. Eftersom den privata sektorn är relativt liten i skattefinansierade system saknas ibland regleringar om etablering, medverkan i jourorganisation, utbildning och forskning. Samtidigt ingår inte heller kompenserande ersättning för dessa aktiviteter. Det kan innebära att privata vårdgivare i skattebaserade system i regel inte är integrerade och samordnade med den offentligt utförda vården.

6.2 Ersättningssystem

I flertalet OECD-länder tillämpas olika kombinationer av resursfördelning till sjukhusen. Tidigare fanns ett mönster där skattebaserade system främst gav anslag och budgettilldelningar, medan socialförsäkringssystem i stor utsträckning ersatte vårdgivare för olika typer av prestationer enligt fee-for-service-principen eller ersättning per vårddag. Sedan ca tjugo år tillbaka har den episodbaserade ersättningen baserad på Diagnosrelaterade grupper (DRG) införts för sjukhus i såväl skattebaserade som socialförsäkringssystem.

FAKTARUTA: Ersättningsystem inom sjukvården

Eftersom huvuddelen av hälso- och sjukvården finansieras genom enheter som offentliga myndigheter, sjukkassor och försäkringsbolag erhåller vårdgivare ersättning från dessa s.k. tredjepartsfinansiärer. Den direkta betalningen från patienternas avgifter är en mycket marginell del av ersättningen. Det betyder att utformningen av ersättningssystemet ger olika incitament för vårdgivarna och påverkar deras beteende.

De dominerande ersättningsprinciperna som diskuteras i hälsoekonomisk litteratur är följande:

- **Budget eller anslagstilldelning** innebär att vårdgivarna erhåller en ekonomisk ram med eller utan specificering av vilka prestationer som ska levereras. I regel är anslagen specificerade utifrån användning av insatsfaktorer som personal, material och kapital
- **Kapitation** är en ersättning som baseras på den population (antal individer) som vårdgivaren har ansvar för.
- **Prestationsbaserad ersättning** innebär att vårdgivaren får en ersättning för varje åtgärd (lab.test, röntgenundersökning, vårddag m.m.) som utförs. Detta benämns ofta som fee-for-service (FFS)-ersättning
- **Episodbaserad ersättning** innebär att vårdgivaren erhåller en fast betalning för hela vårdepisoden, oavsett antal utförda åtgärder. Det mesta utvecklade och tillämpade systemet är baserat på DRG-klassificeringen (Diagnosrelaterade grupper).
- **Mål- eller resultatbaserad ersättning** innebär att vårdgivaren erhåller extra belöning för uppnådd kvalitet eller andra uppsatta mål.
- **Kombinerad ersättning** innebär att betalningen baseras på en blandning av ovanstående modeller. Sjukhus kan t.ex. få anslag som avser utbildning samt prestationsersättning för utförd vård.

För en översikt av olika ersättningsmodeller inom hälso- och sjukvården se Lindgren (2014).

Systemet utvecklades vid Yale-universitetet för den amerikanska sjukvården under 1970-talet och kom under 1980-talet att inledningsvis användas i den offentliga försäkringen för äldre medborgare i USA (Medicare). Med DRG erhöll sjukhusen en fast ersättning justerad för diagnos och genomförd operation/behandling för hela sjukhusepisoden. Avsikten var att öka produktiviteten, ta bort incitament till överutnyttjande, begränsa kostnaderna och ge en ersättning som på något sätt tar hänsyn till skillnader i patientsammansättning och verksamhetens inriktning. Med en ersättning baserad på DRG ersattes det tidigare prestationsbaserade ersättningen där betalning utgick för en mängd deltjänster som olika typer av undersökningar, röntgen- och laboratorietester, antal vårddagar vid sjukhuset m.m.

Under 1990-talet kom såväl skattebaserade system som socialförsäkringssystem i Europa att införa systemet för betalning av sjukhustjänster. Även om DRG-systemet långt ifrån bidragit till att uppfylla alla målsättningar inom sjukhusvården och samtidigt kan manipuleras, har det introducerats och utvecklats i flertalet OECD-länder. Systemet dominerar idag som ersättningsinstrument i flertalet europeiska länder. Systemet har även använts för att analysera vårdutnyttjande, kvalitet och kostnadsstrukturen inom sektorn och bidragit till ökad kunskap och transparens om hur resurserna används (Busse m.fl. 2011).

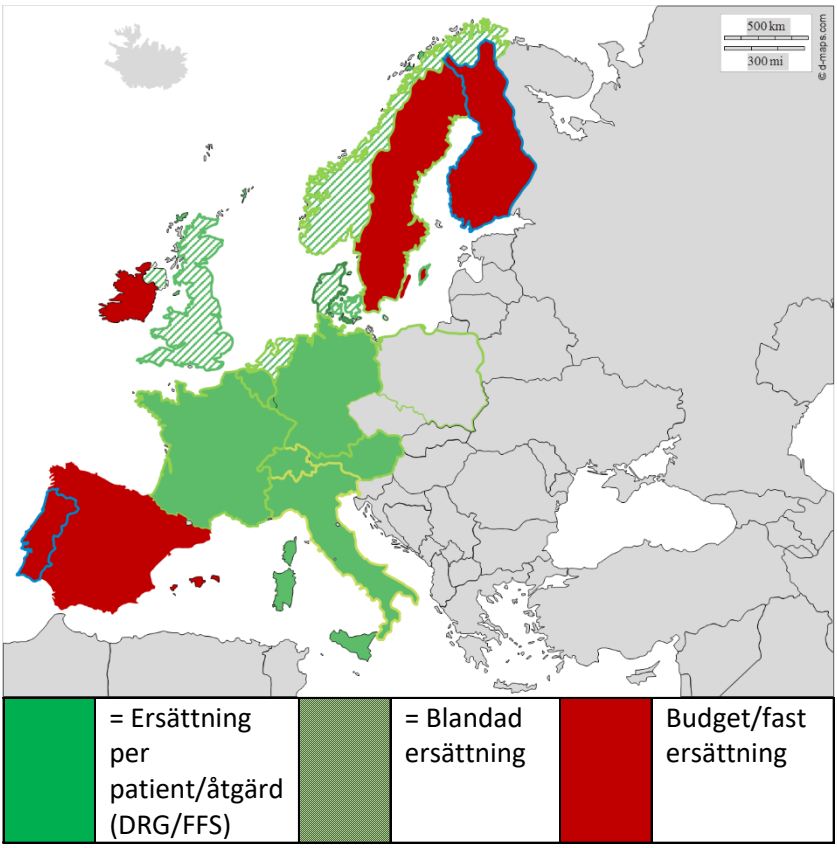
Principen om episodersättning har under senare tid utvecklats till att även omfatta vård utanför sjukhus – oftast efter utskrivning (*bundled payment*). En sådan ersättning kan t.ex. omfatta vårdtjänster 10 eller 30 dagar efter utskrivning, vilket ger sjukhusen incitament att minimera komplikationer/biverkningar under en längre vårdepisod.

Under senare år har även modeller för ersättning av utfall och kvalitet utvecklats. Dessa är baserade på utfallsmått som överlevnad, förbättrad funktionsförmåga, patientnöjdhet, reducering av biverkningar och komplikationer. Motivet har varit att komplettera existerande ersättningssystem och ge incitament att beakta utfall och effekter av behandlingar. I praktiken har dessa modeller tillämpats i mindre skala och ofta kompletterat andra ersättningsmodeller. Det råder fortfarande stor osäkerhet om hur dessa principer styr och påverkar vårdgivare och där ett stort problem är att justera för skillnader i patientsammansättning (Eijkenaar 2012). En risk med att

ersätta för utfall och kvalitet är att vårdgivarna inriktar sig på enkla och mindre komplicerade patientkategorier.

I figur 6.1 har de dominerande ersättningssystemen för sjukhus inom de europeiska OECD-länderna sammanställts.

Figur 6.1 **Dominerande ersättningssystem för sjukhus, utvalda länder i Europa, 2016 (eller senast tillgängliga år)**



Källa: Egen klassificering baserad på OECD (2016), Paris m.fl. (2010) och European Observatory.

Som framgår av figuren varierar ersättningen till sjukhusen mellan länder. Ett relativt tydligt mönster är emellertid att skattebaserade system i större utsträckning tillämpar anslag eller budgettilldelning, medan prestationsersättning (främst DRG) dominerar inom social-försäkringssystemen. Fler länder med fasta anslag använder dock

DRG som underlag för fastställande av budget. Norge, Nederländerna och Storbritannien har i stor utsträckning infört system som kombinerar olika modeller där olika versioner av DRG-systemet fortfarande ingår. Det brittiska NHS är det system som har längst erfarenhet av målrelaterad ersättning (P4P). DRG-systemet används således idag, direkt eller indirekt, för olika typer av ersättningsystem för sjukhusverksamhet.

En klassisk förklaring till att länder med socialförsäkringssystem i större utsträckning använder ersättningar baserade på prestationer är den tydliga separationen av finansiering och produktion. Det innebär dels att administrativa styrmedel saknas och att överenskommelser och kontrakt måste specificeras (se faktaruta om incitamentsstruktur vid interna och externa kontrakt).

FAKTARUTA: Incitament och ersättning extern/intern aktör

Belönings- och ersättningsmodeller varierar för transaktioner inom och mellan organisationer. Enligt Williamson (1985) är det vanligare att starka incitament (*high-power incentives*) tillämpas i kontrakt mellan parter på en marknad, medan svagare incitament (*low-power incentives*) i större utsträckning används inom organisationer och företag. Incitament ersätts då av möjligheter till administrativ kontroll (*hierachies*) som kan utövas med anställningskontrakt. Detta gäller för såväl offentliga organisationer som privata företag, även om incitamentsstrukturen är tydligare i de sistnämnda. Williamson (1975) diskuterar vidare hur produktion i egen regi (hierarki) och utkontraktering (marknad) utgör organisatoriska motpoler. Den s.k. hybridformen är en organisationsform som kombinerar element av både marknadslogik och hierarkins logik. Det kan innebära att det finns marknadsinslag, såsom internprissättning och interna marknader, inom en offentligt producerad verksamhet som sjukvård (för en översikt av kontraktstyper tillämpad på svensk sjukvård se Andersson m.fl. 2014). De överenskommelser som finns mellan sjukkassor och privata vårdgivare i socialförsäkringssystem kan ses som en typ av hybridform där båda parter har en långsiktig och ömsesidig överenskommelse i form av relationskontraktering.

Förekomst av ersättningsformer baserade på starka incitament (t.ex. FFS och DRG) är vanligare i sjukvårdssystem med kontraktsrelationer (*at arms-lenght*) mellan finansiär och vårdgivare, medan integrerade system, främst skattebaserade, har en tradition med ersättningsformer baserade på svagare incitament. Fördelen med starka incitament är att god kontroll av leverans för avtalade varor och tjänster säkerställs. Ett problem är att önskvärda men icke avtalade egenskaper förbises. Det är ett argument för att minska styrkan i incitament och acceptera vissa frihetsgrader hos leverantören att avgöra t.ex. balans mellan kvalitet och kvantitet av tjänster inom utbildning och sjukvård. Samtidigt uppstår risker med ineffektiv produktion och godtyckliga avvägningar vid tillämpning av en svag incitamentsstruktur.

6.3 Valfrihet

Möjligheterna att välja sjukhus för patienter har traditionellt varit störst inom socialförsäkringssystemen. I princip samtliga länder med socialförsäkringar i Europa tillåter valfrihet i såväl sluten- som öppenvård. I Österrike finns vissa begränsningar och i Nederländerna finns incitament för patienterna att välja de sjukhus som deras försäkringsgivare tecknat avtal med (s.k. selektiv kontraktering). I skattebaserade system fanns tidigare geografiska upptagningsområden som begränsade möjligheterna för patienter att fritt välja sjukhus. Dessa restriktioner har till viss del tagits bort i dessa länder och framförallt inom den öppna vården finns idag en stor valfrihet. Vissa länder som Danmark, Norge och Storbritannien erbjuder även en stor valfrihet inom sjukhussektorn totalt sett. I flera länder har reformer om vårdgaranti gett patienter rättigheter och möjlighet att välja sjukhus utanför den region man är bosatt i om väntetiden överstiger en viss maximiperiod.

En annan begränsning i valfriheten är naturligtvis krav på remiss från allmänläkare. Detta tillämpas relativt strikt i flertalet länder i båda systemen. Det kan innebära ett tydligt remisstvång eller att patienten har finansiella incitament att första vårdkontakten ska gå via allmänläkaren. Här är delar av svensk sjukhusvård ett undantag där remiss ofta inte krävs och systemet med egenremiss kan användas. Inom gruppen socialförsäkringssystem utgör Luxemburg ett liknande exempel med avsaknad av tydliga remisskrav. De effekter som uppstår vid avsaknad av remisstvång är ett högt efterfrågetryck på specialist- och sjukhusvård där patienter med lindriga besvär kan söka vård vid sjukhusens mottagningar. I synnerhet i länder med en stor valfrihet är det sannolikt att remisstvång begränsar sjukhusutnyttjandet.

Sammanfattningsvis tillämpas inom svensk sjukhusvård anslag eller fasta ersättningar som inte kopplas till utförd produktion. Från att ha tillhört de länder som först införde DRG-ersättning har flertalet svenska regioner gått tillbaka till en anslagsbaserad ersättning. Andra såväl skattebaserade system som länder med socialförsäkringssystem har i högre utsträckning rörlig eller kombinerad ersättning. Generellt sett har länder med socialförsäkringssystem mer av prestationsbaserad ersättning och kontraktsförhållanden med sjukhus.

7 Sammanfattning av jämförelser mellan OECD-länder

Finansiering, resurser och sjukhusstruktur

Utvecklingen de senaste decennierna visar en likartad trend där den totala offentliga finansieringen (skatter och obligatoriska socialförsäkringar) ökat för att sedan stabiliseras runt 75-80 procent av de totala kostnaderna för hälso- och sjukvård. Inslaget av patientavgifter är lågt och vård vid sjukhus och andra vårdinrättningar är tillgänglig för hela befolkningen. De skillnader som finns gäller främst hur den offentliga finansieringen fördelas mellan olika intäktskällor som skatter och obligatoriska socialförsäkringar. Sverige har tillsammans med Norge, Danmark, Tyskland och Nederländerna en hög andel offentlig finansiering.

Ländernas kostnader för hälso- och sjukvården som andel av BNP ligger samlade runt 7-11 procent av BNP. Schweiz, Frankrike och Tyskland ligger något över den svenska nivån. Beträffande tillgång på personal och utrustning råder det knappast någon brist i Sverige i jämförelse med andra länder i rapporten. Tillgången på läkare är god och även antalet sjuksköterskor per invånare ligger på en jämförbar nivå.

Statistiken över fördelning av läkarnas specialisering visar att Sverige i en internationell jämförelse har en låg andel allmänläkare. Den ekonomiska statistiken visar emellertid inte att den svenska sjukhussektorn relativt sett är större än i andra länder. Ägandeformerna för sjukhus varierar främst mellan skattebaserade system och socialförsäkringssystem, även om det finns variationer inom grupperna. Inslaget av privata vårdgivare är dock klart lägre i skattebaserade system, inte minst i Sverige. I gruppen socialförsäkringssystem dominerar privata vårdgivare, främst i icke-vinstdrivande form (Belgien och Nederländerna), men vinstdrivande sjukhus finns

främst i Frankrike, Schweiz och Tyskland. Generellt har socialförsäkringssystem en mer pluralistisk sjukhusstruktur.

Prestationer, produktivitet och utfall

Internationellt finns en gemensam trend mot färre vårdplatser och kortare vårdtider till följd av mer effektiva behandlingsmetoder. Sverige ligger långt fram med de kortaste vårdtiderna, men har samtidigt problem med överbeläggningar som leder till problem med tillgänglighet av vårdplatser vid operationer och andra behandlingar. Svensk sjukvård uppvisar en låg produktivitet beträffande såväl arbetsproduktivitet som totalproduktivitet inom sjukhussektorn. Skillnaderna i arbetsproduktivitet kan delvis förklaras med annorlunda arbetssätt. Produktivitetsanalyser av sjukhussektorn visar i jämförelse med övriga nordiska länder en lägre nivå.

Jämförelser av väntetider är problematiska då olika definitioner av vänteperioder används. Även om det föreligger metodproblem med att mäta väntetider så är en samlad bedömning av de studier som genomförts att skattebaserade system, inklusive Sverige, uppvisar längre väntetider än socialförsäkringssystem.

Sverige och de nordiska länderna uppvisar internationellt mycket goda resultat för överlevnad av sjukdomar som hjärtinfarkt, stroke och vid cancerbehandlingar. Detta kan förklaras av nationella satsningar på enhetliga riktlinjer och god uppföljning av kvalitet. En fråga är emellertid i vilken utsträckning dessa resultat kan kopplas till sjukhusens arbetssätt och effektivitet och i vilken utsträckning en god (och jämlik) folkhälsa bidrar till resultaten.

Samverkan med andra vårdformer

Sverige uppvisar en svag primärvård med konsekvenser som patientströmmar till sjukhusens akutmottagningar och hög nivå av undvikbar slutenvård. Sverige och andra skattebaserade system har snabbare tillägnat sig nya medicinska metoder för behandling inom öppenvård och dagkirurgi. Placeringen av specialiserad öppenvård och dagbehandling är i vissa länder koncentrerad till sjukhusen (bl.a. i Sverige), medan andra länder har lagstiftning eller traditioner där större delen av öppenvården ligger utanför sjukhus.

Jämlik vård

Även om mätningar av hur vårdtjänster fördelas mellan socioekonomiska grupper är förknippade med viss osäkerhet visar vetenskapliga studier samt OECD:s analyser att skillnaderna mellan systemen är relativt små. I vissa fall har länder med socialförsäkringssystem ett utfall som i större utsträckning gynnar låginkomsttagare. Resultaten visar att fördelningen av specialist- och sjukhusvård inte är mer jämlik i Sverige än i övriga jämförbara länder.

Styrning och ersättningssystem

De sammanställningar av styrsystem som gjorts i rapporten baseras på statistik och övergripande kategoriseringar av olika styrmekanismer som ersättningssystem, remisstvång och ägandeformer. Här finns vissa grundläggande skillnader mellan systemen främst beroende av ägandeformer för sjukhus. Med fristående privata vårdgivare saknas möjligheter för finansiärer att styra genom ägande där man med administrativa medel kan styra verksamheten. Istället hanteras styrningen mellan tredjepartsfinansiär och vårdgivare främst av avtal, kontrakt och ersättningsformer. De prestationsbaserade systemen har dock utvecklats från ersättning av åtgärder till episod- eller patientbaserade ersättningar ofta baserat på DRG-systemet. I skattebaserade system finns andra möjligheter att styra genom ägandet i form av administrativa verktyg och regleringar. Skillnaderna är emellertid inte entydiga då flera länder med skattebaserade system tillämpar blandade eller rörliga ersättningar för såväl offentliga som privata vårdgivare

Del II. Erfarenheter av styrning från utvalda länder: Nederländerna, Tyskland, Danmark och Norge

I denna del av rapporten är det övergripande syftet att identifiera och undersöka organisatoriska aspekter och styrmedel inom sjukhussektorn som kan bidra med förklarningar till uppnådda resultaten i enskilda länder. Ett motiv är även att dra lärdomar från dessa länder med relevans för problem inom svensk sjukhusvård. En utgångspunkt är även de resultat som framkommit i del I av rapporten. En central fråga är att identifiera strukturella och institutionella faktorer av förklarande karaktär som ofta är svåra att fånga med statistiska sammanställningar. I denna del av rapporten tas även hänsyn till historiska traditioner och institutionella faktorer utanför sjukvårdssektorn. Avsikten är inte att ge en helhetsbild av hur systemen fungerar utan att identifiera styrmedel på olika nivåer och för olika aktörer som kan vara av relevans och ge lärdom för svenska förhållanden. Sammanställningen är begränsad till två socialförsäkringssystem (Nederländerna och Tyskland) samt två skattebaserade system (Danmark och Norge). Skälen till att dessa länder valts ut är flera. Nederländerna och Tyskland uppvisar en god tillgänglighet och korta väntetider samtidigt som man har en lång erfarenhet av kontraktering av privata vårdgivare. Nederländerna uppvisar dessutom goda medicinska resultat och har inlett en intressant utveckling för att koordinera vården för patienter med kroniska sjukdomar. Våra grannländer Danmark och Norge är skattebaserade system som genomfört reformer om regionindelning och omstrukturering av sjukhussektorn samtidigt som man har en lång erfarenhet av en stark primärvård. Samtliga länder har även ett jämlikt vårdutnyttjande motsvarande den svenska specialist- och sjukhusvården. I

kapitel 9 beskrivs hur motsvarande organisation och styrsystem är utformade inom svensk sjukhusvård och närliggande verksamheter.

Frågeställningar:

- Hur är sjukhussektorn strukturerad, finansierad och organiserad?
- Hur har ersättning och incitament utformats för sjukhussektorn?
- Vilken är statens roll i sjukhussektorn?
- Vilka anställningsformer finns inom sjukhussektorn?
- Hur samordnas patientflöden mellan sjukhus och andra vårdformer?

Metod och data

Sammanställningarna av sjukhusvården och närliggande verksamheter i respektive land är delvis baserade på beskrivningar av internationella och nationella rapporter. En viktig källa är de länderrapporter (Health system reviews) som ges ut av European Observatory on Health Systems and Policies. Vid sidan av dessa har ett antal vetenskapliga artiklar av relevans inkluderats tillsammans med inhemsk statistik och dokumentation på främst engelska. Ett antal intervjuer med forskare och verksamma aktörer i vården har även genomförts för frågeställningar som krävt fördjupning och viss detaljkunskap. Sammanställning av litteratur och statistik gör inte anspråk på att vara fullständig och har varit selektiv med fokus på de problemställningar som framkommit i rapportens första del.

8 Fyra utvalda länder

8.1 Nederländerna

Det nederländska hälso- och sjukvårdssystemet utgörs i grunden av ett socialförsäkringssystem som har genomgått ett antal radikala reformer under de senaste decennierna. Som andra socialförsäkringssystem finns en uppdelning mellan finanseringssidan, som utgjorts av sjukkassor men även privata försäkringsbolag, och produktionssidan, där främst privata icke-vinstdrivande sjukhus och privatpraktiserande läkare svarar för vårdutbudet. Staten har dock det övergripande ansvaret för hur sjukvårdssystemet uppnår målsättningar om kvalitet, tillgänglighet och kostnadskontroll. Den nationella regeringen har få direkta styrinstrument för sjukvården och agerar främst genom lagstiftning, reglering och fördelning av resurser. Ett viktigt instrument för staten är kontrollen över finansieringen via ett utjämningsystem för att uppnå målsättningar om jämlik vård.

Sedan år 2006 har ett antal reformer genomförts för att etablera reglerade marknader och valfrihet av såväl försäkringsgivare som val av vårdgivare för medborgarna. Den obligatoriska sjukvårdsförsäkringen anger vilken vård som måste erbjudas försäkringstagarna av de konkurrerande försäkringsgivarna. Den omfattar samtliga medborgare och finansieras genom enhetliga premier som samlas in centralt, och genom bidrag från centrala skatteintäkter. Intäkterna till försäkringsgivarna fördelas efter en formel som beaktar de anslutna individernas ålder, kön, hälsorisker m.m. Med denna omfördelning kompenseras försäkringsgivare med en stor andel äldre, kroniskt sjuka m.m. Den obligatoriska försäkringen täcker ett basutbud av vård som är reglerat. Försäkringsgivarna konkurrerar med varandra och har i uppdrag att förhandla priser, ersättning och

avtal med vårdgivare. Vårdgivarna har således en konkurrenssituation dels gentemot försäkringsgivarna för ersättning, dels för att rekrytera patienter som har en långtgående valfrihet. Vare sig försäkringsgivare eller vårdgivare kan neka patienten anslutning eller vård. Vid sidan om den obligatoriska försäkringen finns en frivillig privat försäkring som täcker bl.a. tandvård, egenavgifter för läkemedel, alternativ medicin m.m. Innehav av frivillig försäkring ger dock inte snabbare tillgång till vård eller ett ökat utbud av vårdtjänster. Tidigare fanns även möjligheter att teckna en privat försäkring för basutbudet, men efter en genomgripande reform år 2006 (the Health Insurance Act) begränsades möjligheterna till privat försäkring för tjänster som inte ingår i basutbudet (van de Ven och Schut 2008).

Sjukhus- och specialistvårdens struktur

Specialistvården i Nederländerna bedrivs främst vid sjukhusen men även vid mindre fristående enheter och centrum. Universitetssjukhusen bedrivs i offentlig regi, medan flertalet övriga akutsjukhus och mindre centra, ca 85 procent, bedrivs som privata icke-vinstdrivande enheter.[12] Vid sidan av dessa finns specialistsjukhus (astma, dialys m.m.), kliniska centrum och traumacentrum som är organisatoriskt kopplade till sjukhusen. Dessa utför såväl enklare planerad behandling som mer avancerad vård som organtransplantation (Kroneman m.fl. 2016).

Inom sjukhusen är cirka 60 procent av de specialiserade läkarna egna företagare och organiserade i partnerskap eller som en läkargrupp per specialitet. Knappt 40 procent av sjukhusläkarna är anställda med fast lön. Läkargrupperna förhandlade tidigare med försäkringsgivarna om villkoren för sina insatser vid sjukhusen, men sedan 2015 sker dessa förhandlingar direkt med företrädare för sjukhusen. Förhandlingarna avser ersättning för läkarnas arbete, inläggningsrättigheter, tillgång till utrustning och kapacitet m.m. vid sjukhuset. I dessa avtal regleras även läkarnas medverkan vid jour och övrigt arbete utanför kontorstid. Specialister har även ett ansvar för remisser från allmänläkare där sjukhusvård inte bedöms vara

[12] I Nederländerna finns sedan 1971 en lagstiftning som förbjuder vinstdrivande sjukhus. Däremot tillåts en begränsad vinstutdelning för försäkringsbolag som handhar såväl den obligatoriska som den frivilliga sjukvårdsförsäkringen.

nödvändig utanför kontorstid. I detta ingår även, vid behov, ett ansvar för hembesök.

Läkare som arbetar vid universitetssjukhusen är i regel anställda med fast lön (Kroneman m.fl. 2016). Vissa universitetssjukhus samverkar dock med egna eller kontrakterade centrum för speciella behandlingar och inriktningar. År 2015 fanns 91 akutsjukhus i landet med akut service dygnet runt under veckans alla dagar (Kommer m.fl. 2015). Under senare år har flera initiativ tagits för att akuta insatser bättre ska samordnas mellan akutsjukhusen och främst allmänläkare, men även andra specialister verksamma utanför sjukhusen inom samma geografiska områden. Dessa överenskommelser förhandlas mellan sjukhusen och de professionella organisationerna eller företagen. Genom samarbetet anses bedömningar av patienternas medicinska allvarlighetsgrad (s.k. triagering) ha förbättrats med resultat som mindre andel medicinskt onödiga besök och kortare väntetider vid akutmottagningarna. Medverkan av utbildade sjuksköterskor som med hjälp av riktlinjer svarar för en initial triagering bedöms ha bidragit till denna utveckling (Kroneman m.fl. 2016). De geografiska förutsättningarna med korta avstånd, jämn spridning av mottagningar och god samverkan innebär att samtliga invånare (bosatta på öar undantagna) kan nå en akutmottagning inom 45 minuter (van Randwijck-Jacobze m.fl. 2010).

Ersättning och incitamentsstruktur

Som framgår av OECD-sammanställningen är inslagen av prestationsbaserad ersättning till sjukhusen betydligt vanligare i Nederländerna än i Sverige. En central funktion i det nederländska systemet är den reglerade marknaden mellan försäkringsgivare och vårdgivare. För sjukhusen innebär det att deras intäkter baseras på de kontrakt man sluter med olika försäkringsgivare. I detta avseende har modellen en långtgående decentraliserad struktur. Det finns samtidigt en relativt långtgående centralisering där staten genom olika institutioner övervakar och reglerar denna marknad. Det finns ett antal statliga myndigheter för kontroll av såväl försäkringsgivare som vårdgivare. *The Care Institute Netherlands* ansvarar för att basutbudet som försäkringsgivare erbjuder medborgarna innehåller

de angivna obligatoriska vårdtjänsterna samtidigt som man genomför kvalitetskontroller hos vårdgivare. Folkhälsoaspekter analyseras och följs upp av the *National Institute for Public Health and the Environment*.

The Dutch Healthcare Authority, en oberoende enhet finansierad av Hälsodepartementet, övervakar och reglerar marknaden mellan försäkringsgivare och vårdgivare. Myndigheten har utvecklat klassificeringssystemet Diagnosis-Treatment Combinations (DBC), vilket är en anpassning av det ursprungliga DRG-systemet till nederländska förhållanden. DBC-systemet ger möjligheter till flera diagnos- och behandlingskombinationer än DRG, vilket även inneburit att antalet grupper är väsentligt fler i det nederländska systemet. Ett syfte har varit att klassificeringen av patienter skulle bli mer flexibel (Kroneman m.fl. 2016). DBC medför även att åtgärder och procedurer fått en större tyngd i klassificeringen och därmed ersättningen.

Enheten under hälsodepartementet, *the Dutch Healthcare Authority*, har under senare år gjort om DBC-systemet och minskat antalet grupper efter att dessa utökats. Klassificeringen har med olika revideringar utgjort grund för ersättning till sjukhusen sedan 2005. Under 2012 infördes ett nytt system där tidigare 30 000 DBC:er reducerades till 4 400 grupper eftersom systemet ansågs vara för komplicerat, felaktigt och mottagligt för manipulation. I förhandlingar mellan försäkringsgivare och sjukhusen är det obligatoriskt att använda sig av DBC-systemets struktur, däremot kan parterna komma överens om priser och volymer på egen hand. Om inget avtal slutits mellan parterna gäller centrala prislistor som utvecklats av *the Dutch Healthcare Authority*.

Själva ersättningen till sjukhusen består av två delar: en fast del som avser vård där en förhandlad prissättning mellan parterna inte anses önskvärd eller möjlig. Det rör sig om avancerade och komplexa vårdtjänster som transplantationer och traumavård där antalet vårdgivare är lågt. Den andra delen är rörlig och svarar för den större delen av traditionell sjukhusvård (ca 70 procent) där priserna förhandlas mellan försäkringsgivare och sjukhusen. Vårdgivarna rapporterar även utfallet till den centrala myndigheten. Definitionen av tjänsterna är således reglerade centralt, medan priset är förhandlingsbart mellan parterna regionalt eller lokalt. Varje försäkringsgivare

förhandlar med de sjukhus som levererar vård. Vissa försäkringsgivare förhandlar fram en budget för en tidsperiod, medan andra förhandlar fram avtal om pris och volym för enskilda behandlingar. Eftersom det saknas tillförlitliga och ömsesidigt överenskomna kvalitetsindikatorer, spelar kvalitet fortfarande en mindre roll i förhandlingarna (Kroneman m.fl. 2016).

Ersättningen täcker kostnader för behandling, diagnossättning (inklusive utrustning) och omvårdnad. Förutom dessa direkta kostnader ingår även indirekta kostnader som utbildning och forskning. Vårdepisodens längd och antal procedurer påverkar inte ersättningen vilket ger incitament att hålla kostnaderna under en vårdepisod på en acceptabel nivå. För patienter som kommer till sjukhus för medicinsk rådgivning men remitteras tillbaka till exempelvis primärvården, utan diagnos eller behandling, finns DBC:er som ger en mindre ersättning.

Tillgång till sjukvård utanför kontorstid

I det nederländska systemet finns tydliga principer om remisstvång och s.k. grindvaktsfunktion (*gate-keeping*) för tillgång till specialistvård- och sjukhusvård. Under senare decennier har utbudet av vård utanför kontorstid förstärkts för att avlasta sjukhusens akutmottagningar. I princip samtliga allmänläkare medverkar i utbudet av vad som kallas ”GP out-of-hours cooperative”. För mer avancerad akut vård som inte behöver ambulanstransport eller direkt vård vid akutmottagningar finns även en s.k. integrerad organisation för kroniskt sjuka och äldre multisjuka (Rijken m.fl. 2014). Nederländerna har emellertid fortfarande problem med att patienter söker vård direkt vid akutmottagningar. Ungefär 44 procent av besöken är icke-remissbesök enligt en undersökning. I en tidigare studie bedömdes ca 60 procent av icke-remissbesöken vara dåligt motiverade och inte kräva besök eller behandling vid akutmottagning (Netten m.fl. 2002). Utvecklingen går emellertid åt rätt håll med färre ”onödiga” besök (Kroneman m. fl. 2016).

För att möta behoven för patienter med kroniska och komplexa sjukdomar har centralregeringen uttalade ambitioner om en mer koordinerad vård för multisjuka. I hälsobudgeten för år 2016 angavs som målsättning för försäkringsgivare att skapa incitament för bättre

omhändertagande av kroniskt sjuka och utsatta grupper. För patienter med KOL och diabetes har episod-baserad ersättning *(bundled-payments*) för insatser inom primärvården prövats. Ersättningssystemet som utformats på nationell nivå kan ses som en kombination av kapitering och DRG (episod)-ersättning, där ett årligt fastställt belopp ges för en viss patientgrupps predikterade behov och vårdutnyttjande över tidsperioden. Vid behov av sjukhusvård utgår extra ersättning enligt DBC-systemet. Koordineringen av vården för dessa patientgrupper ligger i huvudsak på allmänläkarna, vilka dock vid behov kan överföra ansvaret till en utsedd specialist. Om patientens behov av insatser från olika specialister blir stort tillsätts en s.k. *case manager* (ofta en erfaren sjuksköterska) för att koordinera vården (Kroneman m.fl. 2016). För att uppnå målsättningar om bättre kontinuitet och koordinering har även investeringar i it-system (digitaliserad journal, påminnelser, feedback om provtagning m.m.) varit en viktig del för att kunna följa patienten över vårdkedjan (Van Loenen m.fl. 2016).

Generellt finns en utveckling i det nederländska sjukvårdssystemet där primärvården utvecklats och specialiserats för att i större utsträckning ta hand om patienter med komplex sjukdomsbild, kroniska sjukdomar, psykiska besvär m.m. Samtidigt har grindvaktsfunktionen (*gate-keeping*) förstärkts och omfattar allt fler patienter med akuta åkommor (van Loenen m.fl. 2016). I internationella jämförelser uppvisar Nederländerna även en lägre grad av undvikbar slutenvård än andra jämförbara länder. Det finns dock sjukdomar och diagnoser där man inte ligger bättre till, exempelvis kronisk hjärtsvikt (OECD 2016).

Sammanfattningsvis har det nederländska sjukvårdsystemet, inklusive sjukhusen, en decentraliserad struktur som bygger på reglerade marknader mellan olika aktörer, kombinerat med valfrihet för medborgarna när det gäller såväl finansiär som vårdgivare. Det finns ett stort inslag av förhandlingar mellan olika aktörer på dessa marknader som resulterar i olika typer av överenskommelser som även ändras över tiden. Det gäller både avtal mellan försäkringsgivare och vårdgivare, och anställningskontrakt som kan utformas på olika sätt. Staten och hälsoministeriet har dock en central roll för lagstiftning, reglering samt övervakning av hur systemet fungerar. Det gäller allt från uppföljning av vårdutbudet, kvalitetsaspekter, effektivt resursutnyttjande till, inte minst, fördelningsaspekter.

Systemet täcker samtliga medborgare och patientavgifterna är låga för sjukhusvård och tas inte alls ut inom primärvården. Samtidigt förekommer remisstvång som även omfattar delar av akut vård. För såväl akutvård som för patienter med komplexa behov har insatser gjorts för bättre koordinering och förbättrad kontinuitet. Tillgängligheten är i regel god och väntetiderna korta i ett internationellt perspektiv. Beträffande kvalitetsaspekter visar flera mått på internationellt sett goda resultat. Beträffande kostnader ligger Nederländerna på en hög nivå i Europa, men utvecklingen de senaste åren är relativt stabil.

8.2 Tyskland

Tyskland har betraktats som urtypen för länder där socialförsäkringssystemet har ansvaret för hälso- och sjukvården. Systemet byggdes upp under sent 1800-tal i samband med den socialpolitik den tyske kanslern Bismarck införde med målsättningen att tillförsäkra arbetare och tjänstemän ett försäkringsskydd vid sjukdom. Inom sjukvårdssektorn är ansvaret för såväl finansiering som produktion av sjukvårdstjänster decentraliserat. Ansvaret för finansieringen har främst legat på regionala och lokala sjukkassor, medan privatläkare och självstyrande sjukhus svarat för produktionen. Styrningen från statlig nivå har varit begränsad men ökat under senare decennier genom lagstiftning och regleringar genom *Bundesministerium für Gesundheit (BMG)*. Även de idag 16 delstatsregeringarna har ett ansvar för sjukvårdens struktur och kan genom regleringar och förhandlingar styra vårdens inriktning. I dessa förhandlingar har även professionen, inte minst läkarna, ett stort inflytande. Med den decentraliserade strukturen följer även relativt stora regionala skillnader mellan delstaterna, där staten dock har ansvaret för en likvärdig vård i hela landet (Busse och Blümel 2014).

Finansieringen av systemet bygger på den obligatoriska lagstadgade sjukförsäkringen som omfattar ca 85 procent av befolkningen (*Gesetzliche Krankenversicherung – GKV*) där 132 olika sjukkassor (januari 2014) hanterar försäkringen. De tio största sjukkassorna svarar för två tredjedelar av alla medborgare som täcks av

socialförsäkringen. Flertalet (ca 100) sjukkassor är öppna för samtliga medborgare, medan några är inriktade på speciella yrkesgrupper. Tidigare fanns begränsningar för att välja sjukkassa p.g.a. såväl geografiska skäl som yrkesmässig koppling. Utvecklingen har gått mot att antalet sjukkassor har minskat i antal och ökat i storlek genom sammanslagningar och ibland nedläggningar (se tabell 8.1).

Tabell 8.1 Antal sjukkassor i Tyskland, 1993–2014

Typ av sjukkassa	1993	2003	2013	2014
Allmänna regionala	269	17	11	11
Företagsbaserade	744	260	109	107
Generella	15	12	6	6
Skråbaserade	169	23	6	6
Anställda i jordbruket	22	10	1	1
Sjömän	1	1	-	-
Gruvanställda	1	1	1	1
Totalt	**1 221**	**324**	**134**	**132**

Källa: Busse och Blümel (2014).

Som framgår av tabellen har antalet sjukkassor minskat i antal, vilket inneburit att de ökat i storlek. Det är främst de yrkesinriktade kassorna som minskat i antal. Det genomsnittliga antalet medlemmar per sjukkassa uppgick 2014 till ca 620 000 individer, vilket kan jämföras med den genomsnittliga regionen i Sverige (ca 476 000 invånare/region).

Premieinbetalningarna kommer från de försäkrade och deras arbetsgivare, vilket motsvarar ca 14,6 procent av bruttolönen. Staten och delstaterna skjuter till skatter som motsvarar ca 5–10 procent av de totala kostnaderna. Premierna är procentuellt baserade på inkomst upp till en viss inkomstnivå (*Beitragsbemessungsgrenze*) och försäkringssystemet bygger på solidaritet vid inkomstbortfall och kostnader för sjukvård vid sjukdom, oavsett premie eller inkomst (The Commonwealth Fund, Busse och Blümel 2014). Även om socialförsäkringen är obligatorisk finns sedan en lång tid tillbaka en möjlighet och rättighet att ersätta den med en privat försäkring för individer som tjänar mer än ett fast tröskelvärde (*Versicherungspflichtgrenze*). De som väljer att lämna den obligatoriska socialförsäkringen kan välja en privat försäkring (*privat*

Krankenversicherung – PKV) där ca 45–50 olika privata försäkringsgivare svarar för försäkringen. Idag har ca 9 miljoner tyskar en privat fullförsäkring (ca 10 procent av befolkningen). Även om dessa individer bidrar till den obligatoriska försäkringen genom skatter, anses möjligheten till utträde leda till en ojämlik vård.

Sjukhus- och specialistvårdens struktur

I det tyska systemet har det funnits en tydlig uppdelning mellan sjukhusens inriktning på slutenvård och den öppna specialiserade vården som i huvudsak bedrivs av privatpraktiserande läkare utanför sjukhusen – enskilt eller i grupp. Den traditionella uppdelningen av slutenvård och öppenvård har bland annat påverkat införandet av nya teknologier där Tyskland varit sena med att förkorta vårdtider, införa dagkirurgi och annan dagbehandling. Uppdelningen av sluten och öppenvård har baserats på såväl skilda organisationer för vårdproduktion som olika modeller för ersättning (The Commonwealth Fund, Busse och Blümel 2014). Idag pågår olika försök och reformer för att öka samarbete mellan vårdformerna. Det gäller både möjligheter och skyldigheter för läkare att arbeta inom båda vårdformerna.

Delstaterna (*Bundesländer*) har ansvar för planering och reglering av utbudet av sjukhusvård som främst bedrivs i offentlig regi av delstaterna, samt genom privata icke-vinstdrivande sjukhus. Vinstdrivande sjukhus är tillåtna men svarar för en mindre andel av utbudet.[13]De större akutsjukhusen (inklusive universitetssjukhusen) drivs i regel i offentlig regi där läkarna är anställda av sjukhuset. Delstaterna kan med sin planering även reglera etableringen av såväl sjukhus som läkarmottagningar och stoppa överetableringar i områden med god läkartäthet och många vårdplatser. Utvecklingen av ägandeformer redovisas i tabell 8.2.

[13] Vid omstruktureringen av sjukhusvården i östra Tyskland har dock privata vinstdrivande sjukhus ökat sitt utbud och svarat för en stor andel av nyinvesteringarna.

Tabell 8.2 Utvecklingen av vårdplatser vid sjukhus utifrån ägandeform, 1991–2012 (tusental vårdplatser)

	Offentliga		Icke-vinstdrivande		Vinstdrivande		Totalt
	Vårdpl.	Andel (%)	Vårdpl.	Andel (%)	Vårdpl.	Andel/%)	Vårdpl.
1991	367	61,4	207	34,6	24	4	598
2000	284	54,2	201	38,4	39	7,4	524
2010	223	48,3	164	35,5	75	16,2	462
2012	218	47,5	162	35,2	79	17,2	458
Förändring	**-41**		**-22**		**229**		

Källa: Busse och Blümel (2014).

Även de offentliga sjukhusen har en relativt självständig ställning och politiker är i regel inte representerade i sjukhusens direktion eller styrelse. Sjukhusen har dock begränsad frihet när det gäller nyetableringar, investeringar och förändringar av kapacitet. Delstaterna arbetar löpande fram s.k. sjukbehovsplaner, där det framtida behovet fastställs för antal vårdplatser, medicinsk inriktning och geografisk placering. Utbudet av sjukhusvård regleras dels av de sjukhusplaner som förbundsstaterna upprättar, dels av förhandlingar mellan sjukkassorna och respektive sjukhus. Förbundsstaterna kan med planerna reglera utbudet av kapacitet genom kontroll av vårdplatser och regleringar av större investeringar. Förhandlingarna mellan sjukkassor och sjukhus avser främst den löpande driften och styrs i stor utsträckning av ersättningen baserad på DRG-systemet. Sedan 2000 ingår även kartläggning och uppföljning av kvalitetsaspekter i dessa förhandlingar. För att strukturera kvalitetsuppföljningen har den centrala myndigheten, *Bundesgeschäftstelle für Qualitätssicherung (BQS)*, assisterat genom att utforma kvalitetsindikatorer samt riktlinjer för analys och uppföljning. Senare har BQS börjat publicera årliga kvalitetsrapporter motsvarande de svenska kvalitetsregistren (Busse och Blümel 2014).

Tyskland har en god tillgång på läkare i ett internationellt perspektiv. Av samtliga läkare arbetar ca 50 procent på sjukhusen, 40 procent i öppenvård (varav uppskattningsvis 17 procent är allmänläkare), och resterande 10 procent inom administration, folkhälsa, industrin m.m. Motsvarande statistik finns inte för Sverige, men baserat på uppgifter för Läkarförbundets medlemsregister för olika läkarföreningar, utgör sjukhusläkarna mer än 70 procent av läkarkåren (Rehnberg 2016).

Även om den specialiserade somatiska vården är relativt strikt uppdelad mellan slutenvård och öppenvård finns idag flera möjligheter för läkare att arbeta i båda sektorerna. Sjukhusläkare har rätt att, mot överenskommelse och redovisning, arbeta inom den öppna vården. Ett exempel är s.k. *Medizinische Versorgungszentren (MVZ)* som drivs av sjukhusen. Även motsatsen förekommer där läkare med egen praktik kan använda sjukhusens diagnostik och behandlingsutrustning för egna patienter inom både socialförsäkringen och för patienter med privat försäkring. För att få ersättning från socialförsäkringen för att behandla patienter vid sjukhus behövs dock tillstånd. Det finns två typer av tillstånd. Med *Belegärzte* avses läkare vid öppenvårdsenhet som behandlar patienter vid sjukhus och använder sig av sjukhusets utrustning, sjukhuspersonal, m.m. Sjukhuset debiterar då läkarens sjukkassa för hotellfunktionen och vissa personalkostnader, medan läkaren får separat ersättning för behandlingsinsatser från sjukkassan enligt fee-for-service-principen. Läkaren har ansvaret för patientens säkerhet och eventuella komplikationer. År 2018 fanns ca 4 600 *Belegärzte* i Tyskland. Den andra typen är s.k. *Honorarärzte*, där sjukhusen hyr in läkaren under en kortare period mot löneersättning. Ersättningen är inte reglerad utan förhandlas mellan sjukhuset och den enskilde läkaren. Denna typ av korttidsanställning tillämpas för att utnyttja kompetens hos icke-sjukhusanställda läkare för rådgivning, specifika behandlingar och tillfälliga toppar i efterfrågetrycket. År 2018 fanns ca 5 000 s.k. *Honorarärzte* i Tyskland.

Från 2002 finns lagstiftning om att sjukhusen måste ha en viss miniminivå av antal behandlingar av en viss typ. Detta hanteras i centrala förhandlingar mellan sjukkassornas centrala organisation och motsvarande för sjukhusen och läkarprofessionen (*the German Hospital Federation* och *the Federal Chamber of Physicians*). Enligt lagstiftningen ska dessa parter ta fram en lista med statistik för att visa ett positivt samband mellan volym av behandlingar och kvalitet, vilket ligger till grund för att erhålla kontrakt och ersättning av sjukkassorna (Busse och Blümel 2014).

Delstaterna har även en viss kontroll på spridningen av medicinska teknologier. Lagstiftningen från 1970- och 1990-talet gav dem rätt att reglera utbudet av teknologier som datortomografi, magnetröntgen och stötvågsbehandling. Större investeringar finansierades

direkt av delstaterna, medan löpande utgifter ingick i överenskommelserna mellan sjukkassor och sjukhusen. Även utbudet av vårdplatser reglerades under en längre period av delstaterna. Senare övergavs och reviderades dessa regleringar och användandet av medicinska teknologier ingår nu i förhandlingarna mellan sjukkassorna och sjukhusen. En anledning till att den tvådelade finansieringen av medicinska teknologier övergavs var bristande harmoni och koordinering av de två systemen. Med ny lagstiftning från 2009 (*the Hospital Financing Act*) anges att investeringar som godkänts av delstaterna även ska hanteras i den ersättning som avtalas mellan sjukkassor och sjukhusen (Busse och Blümel 2014). För offentliga sjukhus (främst universitetssjukhus) sker fortfarande investeringar via anslag från Bundesländerna åtskilt från DRG-ersättningen.

Ersättning och incitamentsstruktur

Den centrala regeringen och delstaterna har genom lagstiftning och reglering ett övergripande inflytande över sjukhusstrukturen och påverkar även utformningen av ersättningssystemen inom sektorn.

Den relativt strikta uppdelningen mellan slutenvård vid sjukhus och fristående öppenvårdsmottagningar/klinker utanför sjukhus har även påverkat ersättningssystemen. Ersättningen till sjukhusen är baserade på DRG-liknande tariffer anpassade till tyska förhållanden. DRG-ersättningen infördes stegvis och uppgår idag till ca 80 procent av sjukhusens intäkter. Resterande del består av olika ersättningar för kapacitet och speciella uppdrag som forskning och utbildning. Överenskommelserna med sjukhusen omfattar även ett budgettak. Om de totala debiteringarna överskrids måste sjukhuset återbetala 65 procent av överskridandet. För det motsatta ekonomiska utfallet, dvs. att sjukhusen inte nått budgettaket ges en extra intäkt motsvarande 25 procent av skillnaden mellan totala debiteringar och budgettaket. Det är svårt att bedöma vilka incitament dessa regleringar ger beträffande över- eller underskott.

Ersättningarna till läkare som är kontrakterade eller arbetar i öppenvård utanför sjukhusen hanteras separat. Ersättningen från sjukkassorna för läkare baseras antingen på prestationsersättning (fee-for-service) eller så erhåller den regionala läkarorganisationen en kapitering som man sen fördelar till läkare som är medlemmar

efter utförd prestation (Busse och Blümel 2014). Professionen har således ett stort inflytande på hur medel fördelas mellan medlemmar och därmed specialistinriktningar. Ersättningen till läkare utanför sjukhusen (majoriteten) är mycket komplex men inslaget av prestationsersättning dominerar.

Ersättningen för läkare (öppenvård) förhandlas varje år i respektive delstat mellan sjukkassornas regionala organisation och organisationen för de läkare som är anslutna till socialförsäkringen KV (*Kassenärztliche Vereinung*). Överenskommelserna omfattar samtliga läkare inom en region som erhåller ersättning från socialförsäkringen. Ersättningen är enhetlig, dvs. är lika för alla vårdgivare inom en specialitet, men vissa möjligheter finns till s.k. selektiv kontraktering, dvs. att ersättningen kan varierar mellan vårdgivare med hänsyn till såväl kostnader, utbud och kvalitetsaspekter. Möjligheterna till selektiv kontraktering har ökat under senare år och gäller främst sjukhus och vissa specialiserade öppenvårdskliniker. För läkare som tar emot patienter med privat försäkring (PKV), ca 10 procent av befolkningen, finns inga regleringar utan de privata försäkringsgivarna kan sluta avtal med såväl professionella organisationer som enskilda läkare eller läkargrupper.

Tillgång till sjukvård utanför kontorstid

Vård utanför kontorstid organiseras av de regionala läkarorganisationerna för att säkerställa tillgång till öppenvård dygnet runt. De regionala bestämmelserna kan variera och i vissa delstater (t.ex. i Berlin) har ansvaret för vård utanför kontorstid delegerats till sjukhusen. Det finns också en samverkan mellan vårdgivare för akutvård (under kommunernas ansvar) samt en rikstäckande sjukvårdsrådgivning per telefon liknande 1177 (*116 117-Ärztlicher Bereitschaftsdienst*).

Mot bakgrund av att en stor andel av läkarkåren arbetar utanför sjukhusen finns lagstiftning om att dessa ska tjänstgöra vid öppenvårdsmottagningar utanför kontorstid. Detta regleras i förhandlingar och avtal om ersättning mellan förbundsstaterna och läkarnas egna organisationer. I regel saknas incitament att medverka i denna typ av jour, då ersättningen är den normala, men medverkan är ett krav för att erhålla löpande ersättning från socialförsäkringen. Vid

utebliven medverkan utgår dryga straffavgifter (upp till 50 000 euro) alternativt att läkaren stängs av från ersättning från socialförsäkringen.

Personalsituationen är relativt god inom akutsjukvården i Tyskland. Det finns en generell sjuksköterskebrist men det är inte ett reellt problem för akutverksamheterna vid sjukhusen eftersom sjuksköterskorna som arbetar på akutmottagningarna har bättre löner och villkor än sjuksköterskor på vårdavdelningarna.

Mot bakgrund av att sjukhusvården fokuserat på slutenvård har ett problem i det tyska systemet varit att viss medicinsk teknologi för diagnostik och behandling inte varit tillgänglig för öppenvårdsmottagningar/kliniker. Det pågår dock flera reformer och nya förhandlingar mellan socialförsäkringen och de medicinska professionerna för att lösa dessa problem.

I internationell jämförelse har Tyskland en hög andel patienter som söker vård vid akutmottagningar p.g.a. avsaknad av alternativ utanför kontorstid. Från såväl delstaterna som sjukkassorna försöker man åtgärda problemet genom att etablera nya öppenvårdsmottagningar med öppettider under kvällar och helger. Dessa har etablerats i nära anslutning till sjukhusen eller som en del av sjukhusutbudet. Flera av dessa har bemannats med läkare från såväl sjukhusen som från öppenvårdsmottagningar. En annan form av alternativ vårdform utanför sjukhusen är s.k. integrerade akutenheter (*Integrierte Notfallaufnahme, INZ*), som oftast är placerade vid sjukhusen i samverkan med läkarnas organisation. I flera delstaterpågår diskussioner om sjukhusen eller läkare anslutna till socialförsäkringen (KV) ska driva dessa enheter. Läkarna inom KV står dock för den huvudsakliga läkarbemanningen av dessa INZ.

Sammanfattningsvis har det tyska sjukvårdssystemet, sjukhus inkluderat, hög kapacitet med god tillgänglighet för hela befolkningen, korta väntetider, stor valfrihet och relativt låga patientavgifter. De totala kostnaderna för det tyska sjukvårdssystemet ligger i topp för de europeiska OECD-länderna, men är ändå inte i närheten av den amerikanska nivån. Kostnadsutvecklingen de senaste åren har även varit relativt stabil. Sjukhusutbudet har av tradition varit inriktat på behandlingar i slutenvård och man ligger efter när det gäller introduktion av dagkirurgi och annan avancerad öppenvårdsbehandling. Beträffande utfall visar vissa kvalitetsmått sämre resultat än OECD-länderna, samtidigt som befolkningsenkäter visar

ett visst missnöje. Trots en historisk uppdelning av specialist- och sjukhusvård mellan slutenvård och öppenvård har man idag utvecklat modeller för avtal och anställningskontrakt som ger ett flexibelt utnyttjande av främst läkarna som arbetskraft. Beträffande styrning och ersättning är systemet decentraliserat till regionala sjukkassor och en stor andel privat vård. Den centrala statsmakten och delstaterna har dock gått in med lagstiftning och regleringar av överenskommelser och regleringar mellan finansiärer och professionerna.

8.3 Danmark

Hälso- och sjukvården i Danmark var under en lång period baserad på ett liknande regionalt sjukvårdssystem som det svenska där de regionala *amterna* hade beskattningsrätt samt ansvar för finansiering och produktion av sjukvården. År 2004 antog det danska Folketinget en regionreform där de tidigare 14 länsbaserade amterna avskaffades och ersattes av fem nya regioner med ansvar för produktion av främst somatisk och psykiatrisk specialist- och sjukhusvård samt kontraktering av primärvården med privata vårdgivare. Regionerna gavs ingen egen beskattningsrätt utan erhåller finansiering främst från staten (80 procent) och kommunerna (20 procent). Regionerna styrs fortfarande av direktvalda politiker med en hög grad av självständighet när det gäller sjukhussektorns struktur och investeringar. Den övergripande planeringen och regleringen av sjukvården sker emellertid både på statlig och lokal nivå där staten har en nationell reglerings- och övervakningsfunktion (av bl.a. kvalitet och produktivitet) samt kontroll över den totala finansieringen.

De fem regionerna ansvarar för driften av de offentligt ägda sjukhusen som utgörs av samtliga större universitetssjukhus och övriga akutsjukhus. Regionerna har även ett ansvar för förhandlingar och avtal med privata primärvårds- och specialistmottagningar samt mindre sjukhus med inriktning mot icke-akut planerad vård främst inom somatisk vård. Kommunerna ansvarar för vårdhem, äldreomsorg, viss tandvård (bl.a. barntandvård), missbruksvård samt stora delar av förebyggande och preventiv verksamhet som man tog över från de tidigare amterna (Olejaz m.fl. 2012).

Sjukvården i Danmark finansieras till övervägande del av statlig skatt (ca 80–85 procent). Danskarna tecknar även i viss utsträckning en kompletterande frivillig sjukvårdsförsäkring som utgör en mindre men ökande andel av den totala finansieringen. Försäkringen täcker bland annat planerad icke-akut kirurgi och sjukgymnastik och har varit föremål för en debatt om avvägningen mellan effektiv vård och ojämlikhet i tillgången till vård.

Sjukhus – och specialistvårdens struktur

I Danmark är samtliga akutsjukhus offentligt drivna och ägs av regionerna. Samtidigt har flera privata vinstdrivande sjukhus för planerad vård etablerats under de senaste decennierna. Storleken på dessa varierar från ett fåtal vårdplatser till ca 50 vårdplatser och totalt utgör dessa mindre än 1 procent av de totala vårdplatserna. Sjukhusstrukturen har efter regionreformen 2004 genomgått moderniseringar och vissa omstruktureringar med koncentration av avancerad vård inom sjukhusvården. Med den nya regionala indelningen har staten genom regleringar påverkat strukturen mot centralisering med färre, större och mer specialiserade sjukhus. Danmark har även sedan 2006 utvecklat en nationell modell för nivåstrukturering av den specialiserade vården, inklusive sjukhusvården. En vägledande princip har varit att kvalitetsaspekter prioriteras i omstruktureringen, vilket bl.a. innebär att kvalitet och uppnådda resultat av behandlingar är överordnad den geografiska närheten. Det har medfört att vissa sjukhus förlorat vissa specialiteter som koncentrerats till andra. Faktorer som varit styrande för nivåstruktureringen har varit tillräcklig volym för behandlingar, komplexitet och förekomst av stordriftsfördelar. Staten har genom Sundhedsstyrelsen (motsvarigheten till Socialstyrelsen i Sverige) haft ett avgörande inflytande på denna centralisering och omstrukturering. Som grund för besluten anges att sjukhusen bör ha ett underlag motsvarande 200 000–400 000 patienter för att säkerställa god kvalitet. Denna målsättning innebar att man planerade att antalet akutsjukhus skulle reduceras från 40 stycken 2006 till 25 stycken 2015. I praktiken har dock denna omstrukturering gått långsammare än planerat. Kritik har även riktats mot att processen med tilldelningen av specialfunktioner varit mindre transparent och utan direkt koppling till ekonomiska konsekvenser

(Højgaard m.fl. 2018). Staten har dock via Sundhetsstyrelsen fattat ca 300 beslut om nationell specialisering av avancerad sjukhusvård, vilket kan jämföras med ca 15–20 motsvarande beslut i den svenska processen för koncentration av högspecialiserad vård på nationell nivå (Socialstyrelsen 2019).

Vidare har även den nationella planeringen av medicinska specialiteter samt inrättandet av ett rikstäckande ackrediteringssystem, inneburit en centralisering genom nationella riktlinjer. I ett nationellt ”hälsokvalitetsprogram” har nationella standarder fastställts för vårdgivare (*Danske Kvalitetsmodel,* DDKM). En viktig del i detta arbete har varit strävan efter sammanhängande patientflöden genom sjukvårdssystemet där sjukhusens roll i vårdkedjan varit central. Dessa flöden har främst utarbetats för cancer och hjärt-kärlsjukdomar, men även för patienter med kroniska sjukdomar (*the Chronic Care Model*). I dessa patientflöden involveras de viktigaste vårdgivarna för patienten inklusive apoteken. Effekterna av modellen har ännu inte hunnit utvärderas men de inledande omdömena ger visst stöd för att programmen för t.ex. cancerbehandlingar efterföljs och har uppfyllt sitt syfte med att minska den genomsnittliga behandlingstiden. Patienternas väntetid mellan olika insatser har minskat.

Vid sidan om de nationella kraven på omstruktureringar och regleringar av sjukhussektorn har staten en viktig roll för uppföljningen av sjukvården generellt samt av vissa indikatorer som kvalitet och produktivitet vid sjukhusen. Med ett ansvar för uppföljning följer även att Sundhedsstyrelsen godkänner och övervakar de obligatoriska hälsoavtal som förhandlas mellan kommuner och regioner (Christiansen 2012).

Staten följer via myndigheter även upp patienttillfredsställelsen och produktivitetsutvecklingen inom sjukhussektorn. Patienträttigheterna är tydligt angivna i den danska vårdgarantin som infördes 2002. Där framgår att patienter som väntat längre än en månad har rätt att söka behandling i privat regi eller på utvalda utländska sjukhus. År 2013 ändrades den tidigare vårdgarantin och den nuvarande utredningsgarantin infördes som innebär att sjukhusen ska erbjuda utredning eller plan för utredning inom 30 dagar. Med denna utredningsgaranti har Danmark en mer differentierad vårdgaranti med olika tidsgränser för högre och lägre prioriterade patienter, vilket minskar risken för undanträngningseffekter. I den tidigare vårdgarantin fanns en risk att svårt sjuka patienter gavs en

lägre prioritering. Den differentierade vårdgarantin anger att högt prioriterade patienter ska behandlas inom 30 dagar och lägre prioriterade patienter inom 60 dagar (i Sverige är motsvarande tid 90 dagar). För livshotande cancer- och hjärtsjukdomar gäller de tider som anges i de standardiserade vårdförloppen (Vårdanalys 2015). Den danska vårdgarantin har således en större grad av differentiering mellan patienter och högre ambitionsnivå för patienter med allvarliga sjukdomar än motsvarande garanti i Sverige.

Ersättning och incitamentsstruktur

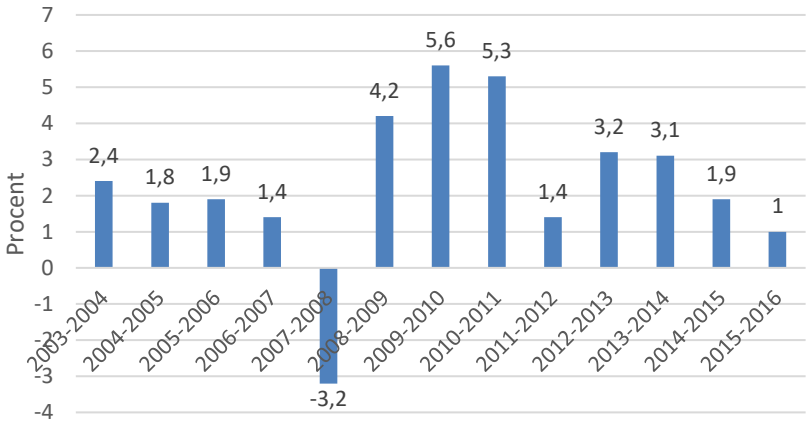
Innan reformen 2004 hade regionerna egen beskattningsrätt och ersatte själva sjukhusen med i huvudsak olika former av uppsatta rambudgetar. Under 1990-talet förekom försök med prestationsersättning baserat på DRG. Som nämnts tidigare fråntogs regionerna beskattningsrätten vid reformen 2004 och erhöll istället intäkter från staten (ca 80 procent) och kommunerna (ca 20 procent). Efter regionreformen har ersättningen till sjukhusen ändrats från tidigare rambudget/anslagstilldelning utan angivelser av prestationsmål till en kombinerad ersättning med rambudget och prestationsersättning. Denna ersättningsmodell är relativt komplex då statens ersättning till regionerna är utformad som en rambudget med hänsyn till befolkningssammansättning, men där även prestationer anges för sjukhusen (främst baserat på DRG). Rambudgeten baseras på regionernas förväntade vårdbehov baserat på antal invånare i olika åldersgrupper och socioekonomiska parametrar (Strandberg-Larsen m.fl. 2006). Den nationella regeringen har även genom det huvudsakliga finansieringsansvaret för sjukhusen kopplat ersättningar till krav på omstrukturering.

Härtill kommer ett krav från staten om en positiv produktivitetsutveckling för sjukhusen. De ca 20 procent av regionernas intäkter som kommer från kommunerna är helt prestationsbaserade då kommunerna betalar sjukhusen beroende på hur mycket deras invånare utnyttjar sjukhusvård. Det är svårt att ange den totala fördelningen mellan ramersättning och prestationsersättning. I WHO:s landrapport för Danmark anges fördelningen vara ca 50/50 (Olejaz m.fl. 2012). För privata vårdgivare ansvarar regionerna själva för

ersättningen via avtal med fristående vårdgivare baserad på prestationer enligt fee-for-service-principen.

Med den statliga kontrollen över större delen av finansieringen har även effekter som en förbättrad budgetdisciplin och ökad produktivitet inom sjukhussektorn noterats (Højgaard m.fl. 2018). År 2012 infördes en budgetlag som innebar en förbättrad kontroll av budgetutfall inom regionerna. Staten har under de senaste tio åren även angivit ett krav på produktivitetsförbättringar inom sjukhussektorn på 2 procent per år. Syftet med produktivitetskravet har varit att säkerställa en kontinuerlig effektivisering av vårdproduktionen. Beräkningarna av produktivitetsutvecklingen tar dock inte hänsyn till förändringar av kvalitet och medicinska utfall och innebär därför inte nödvändigtvis en ökad effektivitet (Højgaard m.fl. 2018). Utvecklingen av produktiviteten vid de danska sjukhusen redovisas i figur 8.1.

Figur 8.1 Utvecklingen av de danska sjukhusens produktivitet, åren 2003–2016



Källa: Højgaard m.fl. 2018.

Som framgår av figuren har de danska sjukhusen från 2003 till 2016 totalt sett haft en produktivitetsökning under samtliga år utom ett. Den genomsnittliga ökningen ligger på 2,3 procent per år, vilket är något över det statliga kravet på 2 procent. Siffror över produktivitetsutvecklingen publiceras regelbundet för enskilda sjukhus. Det är emellertid svårt att bedöma vilken effekt det statliga kravet på en 2-

procentig ökning per år påverkar utvecklingen vid sidan om andra faktorer som påverkar produktiviteten i sjukvårdssystemet (Højgaard m.fl. 2018).

Det är möjligt att kraven på produktivitetsförbättringar samt kraven på maximala väntetider är förklarande faktorer för utvecklingen. Väntetiderna minskade generellt mellan 2002 och 2005, men låg oförändrat mellan 2006 och 2009, vilket bl.a. förklaras av en arbetsmarknadskonflikt på den danska sjukvårdsmarknaden. Utvecklingen efter 2009 visar att väntetiden för en genomsnittligt planerad operation fallit från 67 dagar till 47 dagar år 2016 (Højgaard m.fl. 2018).

Samtidigt har de nationella kliniska standardriktlinjerna för allvarliga sjukdomar, främst cancer, inneburit att maximala väntetider fastställts för olika undersökningar och insatser under behandlingscykeln. Ett antal uppföljningar visar att tiderna mellan olika insatser för cancerpatienter minskat i Danmark, men det är inte klarlagt i vilken utsträckning det beror på de riktlinjer som satts upp (Dyrop m.fl. 2013). Enligt en studie från 2017 har patienttillfredsställelsen ökat efter implementeringen av riktlinjerna för cancerbehandling. Förändringar i överlevnad har studerats för ett antal cancerdiagnoser (bl.a. lungcancer, livmoderhals-, livmoder- och äggstockscancer) och visar på förbättringar för flertalet cancersjukdomar, även om förändringarna inte är statistiskt signifikanta för alla sju cancerformer tillsammans (Jensen m.fl. 2017).

Tillgång till sjukvård utanför kontorstid

Primärvården i Danmark har en lång tradition där privatpraktiserande allmänläkare svarar för vårdutbudet. Samtidigt har man arbetat med ett relativt strikt system inom primärvården där en grindvaktsfunktion tillämpas, vilket innebär att remiss från allmänläkare krävs för tillgång till specialist- och sjukhusvård, med undantag för akut vård. Danska medborgare kan även välja mellan två alternativ som påverkar tillgången till både allmänläkare och andra specialister. Det som kallas grupp 1 innebär att man väljer och listar sig hos sin husläkare och därmed är hänvisad till denne samt accepterar remissförfarandet. Patienter i grupp 1 behöver inte betala någon patientavgift vare sig till husläkaren eller andra specialister. I stort sett

samtliga danskar (99 procent) väljer detta alternativ. De som väljer grupp 2 har en större valfrihet av husläkare och kan gå direkt till andra specialister utan remiss. Med detta alternativ får man betala patientavgift för hela besökskostnaden, men får sedan en subvention på ca 70 procent av avgiften.

Tillgängligheten inom primärvården uppfattas som god och i stort sett samtliga allmänläkare ingår i en beredskap för mindre akut sjukvård utanför kontorstid. År 2013 infördes systemet med *lægevagten* som är en vårdform där mottagningar bemannade med läkare och sjuksköterskor finns tillgängliga från kl. 16.00 till 8.00 under vardagar samt dygnet runt under helger. Information om hur man kontaktar *lægevagten* finns på webbsidor där upplysningar ges om vilka symtom som omhändertas inom vårdformen. Målsättningen är att medborgarna ska konsultera *lægevagten* innan man åker till en akutmottagning.

Kommunerna i Danmark har traditionellt haft ett ansvar för sjukdomsförebyggande och hälsofrämjande åtgärder samt för viss rehabilitering. Med den nya regionreformen har detta förtydligats och kommunerna har som nämnts ett visst finansieringsansvar för sjukhusen (20 procent av sjukhusens intäkter). Med den nya reformen ska en region ingå ett s.k. hälsoavtal med de kommuner som ligger i regionen. Avtalen är obligatoriska att teckna vart fjärde år och ska även godkännas centralt av Sundhedsstyrelsen. Ett motiv för att kommunerna ger prestationsersättning till sjukhusen är att med ansvaret för det förebyggande hälsoarbetet ges man ett incitament att reducera utnyttjandet av sjukhusvård. Det är dock oklart hur väl detta incitament har fungerat.

Sammanfattningsvis har det danska sjukvårdssystemet genomgått en förändring från en struktur som påminner om den nuvarande svenska regionsbaserade sjukvården till ett regionalt system där statens roll blivit starkare och tydlig. Statsmakten har dock inte tagit över driften av sjukvården, men utvecklat och infört regleringar, ändrat strukturen och ställt tydliga krav på regionerna. För sjukhussektorn har det inneburit en centralisering av vissa behandlingar, införandet av nationella riktlinjer för vissa sjukdomar, prestationsbaserad ersättning och krav på produktivitet och kvalitet. Även överenskommelser mellan kommuner med förebyggande vård och

regionernas sjukvård är föremål för statlig granskning och uppföljning. Staten har således intagit en tydlig roll som reglerare och kravställare, utan att samtidigt ta över driften av sjukhusvården.

8.4 Norge

Det norska sjukvårdssystemet är i likhet med det danska numera organiserat på en regional nivå. Till skillnad från det danska systemet har Norge en renodlad statlig finansiering av sjukhusvården, medan kommunerna svarar för primärvårdens finansiering, dock med vissa statsbidrag. Det tidigare norska systemet uppvisade flera likheter med dagens svenska regionala sjukvårdssystem med fylken som ansvarade för sjukvårdens finansiering och produktion. Primärvården bedrevs i huvudsak i privat regi med offentlig finansiering, medan sjukhusen drevs av fylkena och uppvisade ofta budgetunderskott som staten fick täcka upp för. Det sistnämnda var en viktig faktor som föranledde införandet av sjukhusreformen från 2002. Då avskaffades fylkenas ansvar för att driva offentliga sjukhus och fem regionala statligt ägda bolag (RHA) tog över driften av sjukhusen inom vardera av fem geografiskt åtskilda regioner.[14] Sjukhusen bedrivs idag således genom en ägandeform som kan liknas vid offentligt ägda aktiebolag (truster) med relativt stor autonomi för beslut om personalpolitik, investeringar och inriktning av verksamheten. Staten har dock ett avgörande inflytande genom en enhetlig ersättning till respektive RHA baserad på en kombination av anslag och aktivitetsbaserad ersättning (DRG). För den specialiserade somatiska vården är fördelningen mellan anslag och DRG ca 60/40.

Kommunerna ansvarar för tillhandahållande och finansiering av primärvården, inklusive rehabilitering, sjukgymnastik, omvårdnad och vård efter utskrivning. Primärvården drivs dock av enskilda läkare i privat regi. Kommunerna har även ett ansvar för folkhälsoinsatser och förebyggande åtgärder. De har relativt stor frihet att själva organisera verksamheten, men staten har ett avgörande inflytande genom en central reglering av ersättningen till allmänläkarna.

[14] År 2007 reducerades antalet hälsoföretag till fyra enheter.

Sjukhus- och specialistvårdens struktur

De statligt ägda regionala hälsoföretagen (RHA) ansvarar för huvuddelen av den slutna sjukhusvården och för större delen av öppen specialistvård vid sjukhus och andra mottagningar. Ett RHA kan även kontraktera ut verksamhet till privata vårdgivare vilket sker främst för planerad vård och öppenvårdsbehandlingar. Ett RHA har således planeringsansvaret för utbudet av sjukhus och specialistvård inom hela regionen. Styrelserna för de olika regionala hälsoföretagen är inte folkvalda utan utses av staten för de regionala hälsoföretagen, medan dessa företag i sin tur utser ledamöter på lokal nivå.

Även om statistiken av läkarnas fördelning mellan vårdformer är osäker uppskattades år 2009 ca 70 procent av läkarna vara verksamma i specialistvård, främst inom sjukhussektorn. Läkare som arbetar på uppdrag av kommunerna, främst allmänläkare uppgick till ca 22 procent. Övriga läkare var verksamma inom andra områden såsom psykiatrin och generella folkhälsoaktiviteter.

För akuta sjukdomsfall har sjukhusen och de regionala hälsoföretagen ansvaret för både sjukhusens akutmottagningar och ambulansverksamheten. Möjligheterna för patienter att söka vård direkt vid akutmottagningarna är begränsade då remiss från läkare i regel krävs, med undantag för allvarliga och livshotande tillstånd (se föregående avsnitt). Sjukhusen bemannas av anställda läkare och sjuksköterskor liknande det svenska systemet (Ringard m.fl. 2013).

Den norska vårdgarantin från 2016 är ett viktigt styrmedel från staten där en remiss ska utredas och beslutas om inom 30 dagar från mottagandet. Norge har, som Danmark, differentierade väntetider för behandling efter utredning där målsättningar om väntetider är kortare för mer sjuka och högprioriterade patienter. För dessa prioriterade patienter fastställs väntetiden individuellt. Staten följer upp väntetider, även specifikt för olika prioriteringsgrupper. Läkarna har tillgång till nationella riktlinjer för att avgöra lämplig väntetid. Det finns även lågprioriterade patientgrupper där ingen väntetidsgräns anges. I vårdgarantin finns även patienträttigheter angivna som att om de individuellt fastställda väntetiderna överskrids har patienten rätt till behandling vid annat sjukhus eller utomlands (Vårdanalys 2015). Erfarenheterna av vårdgarantin är emellertid inte lika framgångsrika i Norge som i Danmark. För flera av grupperna

har de maximala väntetiderna överskridits även om en viss minskning av väntetiderna noteras. Vidare har patienter med allvarliga sjukdomar inte prioriterats före enklare fall (Askildsen m.fl. 2011).

Ersättning och incitamentsstruktur

Under 1990-talet kännetecknades den norska sjukhussektorn av ett oklart ansvarsförhållande mellan staten och fylkena angående finansieringen. Sjukhusen uppvisade årligen finansiella underskott, ofta kopplade till mjuka budgetrestriktioner, dvs. att underskotten täcktes i efterhand. Fylkena försökte ofta få extra ersättning av staten för att täcka underskotten

FAKTARUTA: Mjuka budgetrestriktioner

Begreppet *mjuka budgetrestriktioner* formulerades ursprungligen av ekonomen Kornai (1979) baserat på erfarenheterna av planhushållning i Östeuropa. Forskningen om mjuka budgetrestriktioner har utvecklats och tillämpats inom offentliga sektorn i olika ekonomier och omfattar även beteende av privata företag som utför verksamhet på uppdrag av offentliga myndigheter. Med mjuka budgetrestriktioner avses att den enhet som erhåller anslag/budget antingen agerar taktiskt eller saknar förmåga/vilja att hålla den fastslagna budgetrestriktionen. Det kan vara en regional myndighet som utgår från att staten kommer att täcka underskott, eller ett skattefinansierat sjukhus som på samma sätt utgår från att sjukvårdsfinansiären (t.ex. en region) täcker upp underskotten.

Mjuka budgetrestriktioner kan förekomma vid såväl fast anslagstilldelning som vid användandet av administrativa priser (t.ex. DRG-ersättning). Ett gemensamt drag är att mottagare av medel har förväntningar på att någon annan offentlig instans täcker underskotten. Effekterna av mjuka budgetrestriktioner är att planerade intäkter och kostnader inte matchar varandra, och därmed en sämre produktivitet. Avvikelsen kan med administrativa priser även avse överenskommen volym av varor eller tjänster som planerats.

Med reformen från 2002 fråntogs fylkena driftansvaret av sjukhusen som organiserades i de fem statliga regionala hälsoföretagen som i sin tur äger lokala hälsoföretag inom geografiska regioner. Dessa varierar i storlek från Helse Nord RHF i nordNorge med ca 466 000 invånare till Helse Sør-øst RHF i Oslo-regionen med ca 2,7 miljoner invånare. De lokala hälsoföretagen ansvarar för driften av sjukhusen inom det geografiska området. Det statliga övertagandet av sjukhussektorn innebar ett tydligare ansvarsförhållande där finansiering och ägande ligger under en huvudman. Samtidigt ändrades ersättningen till sjukhusen till en kombinerad rörlig ersättning baserad på DRG

(ca 50 procent) och basanslag (ca 50 procent) baserat på demografiska, geografiska och socioekonomiska faktorer (Hagen och Kaarbøe 2006). En målsättning var även att uppnå en bättre budgetdisciplin och komma tillrätta med problemet mjuka budgetrestriktioner. Med en ökad centralisering av ägande, finansiering och produktion skulle budgetdisciplinen förstärkas. De inledande erfarenheterna visade dock på fortsatta problem med underskott och avvikelser från planerad produktion. Senare erfarenheter visar emellertid på en god kostnadskontroll och förbättrad produktivitet (Tjerbo och Hagen 2018).

Produktivitetsutvecklingen har även studerats i den tidigare refererade nordiska jämförelsen av akutsjukhusen i Danmark, Finland, Norge och Sverige (Kittelsen m.fl. 2008). Ett resultat var att med reformen noterades en tydlig förbättring av produktiviteten vid de norska akutsjukhusen (figur 8.2). I studien används den tidigare presenterade DEA-modellen (se faktaruta i avsnitt 4.2).

Figur 8.2 **Analys av norska sjukvårdsreformen – jämförelse med övriga Norden, 1999–2005. DEA-värden (95-procentiga konfidensintervall)**

Källa: Kittelsen et al. 2008.

Studien är en form av benchmarking där den relativa produktiviteten mellan enheterna jämförs. Som framgår av figuren bröts en nedåtgående utveckling av sjukhusens produktivitet vid tiden för införandet av reformen. Utvecklingen var tidigare densamma för norska

och svenska sjukhus (Kittelsen m.fl. 2008). Enligt senare uppföljningar av den norska utvecklingen noteras en fortsatt positiv produktivitetsutveckling. Inom den somatiskt specialiserade vården (i huvudsak sjukhusvård) uppgår produktivitetsökningarna under perioden 2009–2013 till ca 5 procent. Kostnadsramen har hållits, vilket indikerar mindre problem med mjuka budgetrestriktioner, medan aktiviteterna ökat med ca 5 procent. Skillnaderna mellan hälsoföretagen är små. Sammanfattningsvis har reformen således bidragit till såväl en bättre budgetdisciplin som en förbättrad produktivitet.

Tillgång till sjukvård utanför kontorstid

Primärvården i Norge är sedan 2001 organiserad enligt *fastlegereformen*. Syftet med reformen var att förbättra tillgänglighet, kontinuitet och kvalitet inom primärvården. Tidigare var tillgängligheten begränsad av bl.a. problem med att rekrytera läkare till primärvården. Även om det fortfarande råder en viss brist på allmänläkare har intresset att arbeta inom primärvården ökat. Med reformen fick medborgarna valfrihet och möjlighet att lista sig hos en fastläkare, dvs. en allmänläkare med ansvar för individens behov av primärvård, vilket skulle ge en bättre kontinuitet och tillgänglighet. I samband med reformen ökade resurstilldelningen till primärvården. Olika utvärderingar visar att reformen varit framgångsrik med god tillgänglighet för befolkningen och hög patienttillfredsställelse. Även allmänläkarna har i regel uttryckt sig positivt om reformen även om brister som kompetensutveckling, ensamarbete, hög arbetsbelastning m.m. angetts som problem (Ringard m.fl. 2013).

Norge tillhör den grupp av länder där patienter i stor utsträckning söker vård för akuta åkommor vid sjukhusens akutmottagningar. Sedan några år tillbaka har man försökt påverka patientströmmarna genom att tillämpa den danska modellen med förbättrad samverkan mellan allmänläkare (*fastleger*) i jour-organisationer samt genom införandet av s.k. *legevakter*. Det sistnämnda är en lokal vårdkontakt som bemannas av fastläkare under icke-kontorstid med möjlighet och rättighet att direkt skriva in patienter på sjukhus. Organisationen skiljer sig åt geografiskt och andelen fastläkare som

ingår i systemet varierar med antal invånare och tillgång på fastläkare. För enklare besvär under dagtid ska patienten söka till fastläkaren på vårdcentralen. Akuta problem på kvällar och helger hänvisas till legevakten som har större befogenheter än vårdcentralerna. I Norge har systemet med legevakt tillsammans med allmänläkarnas jour-organisation gett patienterna en möjlighet att söka för akuta, ej livshotande, åkommor under icke-kontorstid. För livshotande skador gäller som vanligt larmnummer till ambulans och möjlighet att söka direkt på sjukhusens akutmottagningar.

Systemet med legevakter är dock förknippat med vissa rekryteringsproblem. I en studie av Godager m.fl. (2015) diskuteras faktorer som påverkar rekryteringen till vårdformen, och även problem med prioritering av patienter och aktiviteter. I studien framgår att ersättningen till legevakter ser mycket olika ut mellan landsdelarna. Ca 50 procent har någon form av taxe-baserad prestationsersättning och övriga 50 procent fast ersättning. I studien framgår att de verksamma läkarna i legevakt-systemet föredrar en fast ersättning och att de även anser att detta skulle underlätta rekryteringen av yngre läkare. Samtidigt finns ett positivt samband mellan aktivitetsgrad och rörlig ersättning, dvs. fler besök vid prestationsrelaterad ersättning. Författarna diskuterar olika former av kombinerade ersättningar för att uppnå olika målsättningar. Med en renodlad rörlig ersättning finns risk för överkonsumtion och ökade kostnader samtidigt som tillgängligheten är god. En renodlad fast ersättning ger en bättre kostnadskontroll men även risk för sämre tillgänglighet och fler remitteringar till andra vårdgivare. En kompromiss är en kombinerad rörlig och fast ersättning som minskar extrema bieffekter och ger vårdgivarna motiv att både ta ett ökat ansvar för kostnaderna för fler patienter och prestera besök (Godager m.fl. 2015).

Sammanfattningsvis kan konstateras att med den norska sjukhusreformen år 2002 tog staten över såväl finansieringen som driftansvaret av samtliga sjukhus från de regionala fylkena. Sjukhusen fick en relativt självständig status inom ett offentligt ägande. Den tidigare anslagstilldelningen med ett delat ansvar mellan staten och fylkena ersattes av ett kombinerat prestations- och anslagsbaserat ersättningssystem. Efter reformen har budgetdisciplinen förstärkts och sjukhusens produktivitet ökat. Genom en förstärkt primärvård med och system med fastleger och legevakter har ambitionen varit

att avlasta sjukhusen. Även om dessa satsningar har inneburit en förbättrad tillgänglighet, kontinuitet och förtroende för primärvården har avlastningen för sjukhusvården varit marginell.

9 Svensk sjukhusvård

I detta avsnitt redogörs för ett antal aspekter av svensk sjukhusvård med utgångspunkt från de observationer som gjorts i jämförelsen av olika indikatorer med övriga länder i del I och beskrivningen av institutionella aspekter och styrmedel inom sjukhusvården i de fyra länderna i del II. Avsikten är inte att ge en helhetsbild av sjukhussektorn funktionssätt, utan att diskutera de aspekter av svensk sjukhusvård och angränsande områden som är av relevans för eventuella förbättringar. I detta avsnitt behandlas även organisation och styrning inom sjukhussektorn. Jämförelsen har visat att sjukhussektorn i Sverige har förhållandevis god tillgång på resurser. Det gäller den totala kostnadsnivån, tillgången på personal och utrustning. Finansieringen bygger i huvudsak på offentliga källor, patientavgifterna är låga och vården täcker hela befolkningen och den socioekonomiska fördelningen av sjukhustjänster avviker inte nämnvärt från rapportens övriga länder. Beträffande utfall och prestationer uppvisar svensk sjukhusvård mycket goda resultat för akuta och allvarliga tillstånd, medan tillgängligheten och väntetider för planerad vård är sämre. En låg produktivitet och hög beläggningsgrad inom sjukhusen kan vara förklarande faktorer.

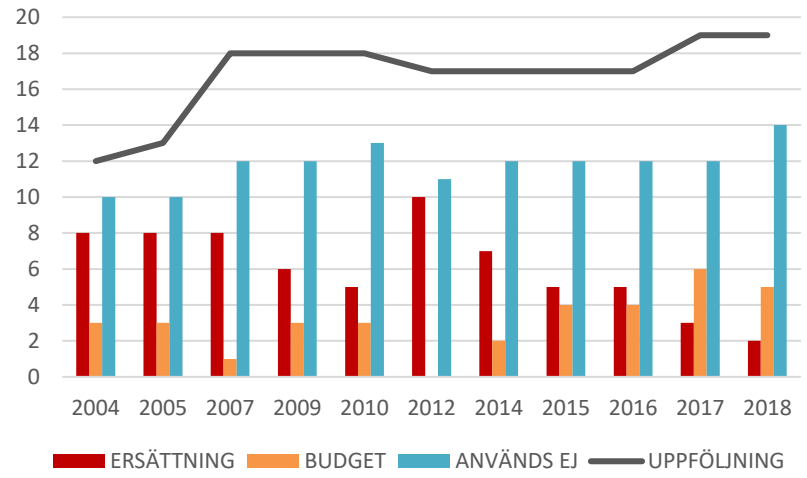
9.1 Ersättning och incitament

Ersättningen till vårdgivare är ett av de mest kraftfulla verktygen för att styra inriktning och prestationer. Det är emellertid inte alltid de ekonomiska incitamenten får avsedd effekt då sidoeffekter kan uppstå. Det finns även en osäkerhet om hur ersättningen ska utformas för att ge bästa resultat för målsättningen om en effektiv och ändamålsenlig vård kombinerad med en jämlik tillgång till vård. Även om det saknas konsensus om en optimal ersättningsform för

sjukhusvården kan vi konstatera trender där vissa ersättningsprinciper fasas ut, medan andra utvecklas, testas och implementeras. Som redovisats i sammanställningen över OECD-länderna samt för de fyra länderna i del II framgår att episodbaserad ersättning baserat på DRG-systemet till stor del ersatt tidigare renodlade anslags-/budgetmodeller och renodlad prestationsersättning enligt FFS-principen. Denna form av episodersättning omfattar dock endast vistelsen under sjukhustiden. Med episodbaserad ersättning som bas finns även olika kombinationer med t.ex. fast ersättning för Forskning och Utbildning, men även målrelaterad ersättning för att ge incitament till högre medicinsk kvalitet och patienttillfredsställelse.

Ersättningen till svenska sjukhus har emellertid avvikit från denna utveckling. Svenska landsting och sjukhus var relativt tidiga med att tillämpa och anpassa DRG-systemet till svenska och nordiska förhållanden. Under 1990-talet prövades och infördes DRG som ersättningsinstrument i flera landsting. Det s.k. Nord-DRG-systemet utvecklades gemensamt med de nordiska grannländerna. Även om systemet används för uppföljning och analys är det uppenbart att flertalet svenska regioner idag lämnat den episodbaserade ersättningen och gått tillbaka till anslagstilldelningar. I figur 9.1 presenteras utvecklingen i Sverige för hur DRG-klassificeringen används i Sverige fördelat på alternativen för användning av DRG: i) ersättning, ii) budget, iii) används ej. Linjen i figuren visar hur många regioner som använder DRG för uppföljning (i dessa ingår även de som angett alternativen ersättning och budget).

Figur 9.1 **Användning av DRG-klassificeringen för ersättning, budgettilldelning och uppföljning, regioner 2004–2018**



Källa: Socialstyrelsen, olika år.

Från att cirka hälften av regionerna använde DRG för en episodbaserad ersättning 2012, har antalet minskat avsevärt. Mot bakgrund av att de tre största regionerna använde sig av DRG fram till 2014, utgjorde ersättningsformen den dominerande ersättningen inom svensk sjukhusvård. Senare har bl.a. Stockholm övergett DRG-ersättningen och gått över till fasta anslag. Figuren ovan avser ersättningen till regionernas egna sjukhus. För utomlänsvården, dvs. köp av sjukhusvård mellan regionerna finns en omvänd utveckling där i stort sett samtliga regioner idag tillämpar DRG för debitering av patienter från andra regioner (Socialstyrelsen, olika år). Detsamma gäller för debitering av patienter från andra länder (utomlandsvård).

Utvecklingen inom somatisk specialistvård mot att i större utsträckning tillämpa fasta ersättningsmodeller gäller emellertid endast de offentligt ägda sjukhusen. För andra vårdformer inom sjukhus- och specialistsektorn baseras ersättningen på olika modeller av prestationsersättning vilket framgår av tabell 9.1.

Tabell 9.1 Ersättningsformer inom specialist- och sjukvård i Sverige

Fast ersättning	Prestation/episodbaserad ersättning
Offentliga sjukhus	Privata sjukhus (bl.a. St Göran)
	Vårdvalsproducenter
	Övriga offentliga upphandlingar
	Nationella taxan (privata specialister)
	Utomlänsvård

Som visats tidigare har svenska akutsjukhus en sämre produktivitet i jämförelse med övriga nordiska länder (Kittelsen m.fl. 2008). Det finns även indikationer på en negativ produktivitetsutveckling under senare år. I SKL:s senaste ekonomirapport har DRG-klassificeringen använts för att skatta produktiviteten mellan 2013 och 2017 för den somatiska specialistvården, vilken visar en tydlig nedgång (SKL 2019a). Denna utveckling kan förklaras av bristande incitament till en god produktivitet. Med fasta anslag minskar även kunskapen om förhållandet mellan insatta resurser och prestationer. Med de förändringar som nu äger rum med utflyttning av patienter från sjukhusen minskar inte intäkterna i förhållande till förändringarna. Om patienter flyttas ut, men personalstruktur och övrig kapacitet blir oförändrad minskar helt naturligt produktiviteten. En utflyttning av patienter från sjukhusen bör även leda till att viss personal förs över till vårdformer utanför sjukhusen. Samtidigt måste man naturligtvis ta hänsyn till att det är de okomplicerade patientfallen som främst flyttas ut.

I den tidigare refererade nordiska studien över akutsjukhusens produktivitet låg Finland bäst till, tätt före Danmark och sedan följde Norge och Sverige sist (Kittelsen m.fl. 2008). I Finland publiceras sedan flera år tillbaka årliga analyser över produktivitetsutvecklingen där även skillnader mellan enskilda sjukhus framgår. I Danmark har man infört liknande publiceringar samtidigt som staten har ett krav på en årlig produktivitetsförbättring på två procent inom sjukhussektorn (se avsnitt 8). Även i Norge följs produktivitetsutvecklingen upp, medan motsvarande regelbundna uppföljningar saknas i Sverige.

En annan aspekt är att utvecklingen av ersättningssystemen oftast sker regionalt, med undantag för nationella taxan och prissättningen för utomlänsvård. Även om Nord-DRG-klassifikationen används nationellt för uppföljning och analys är samverkan mellan regionerna

begränsad. I detta avseende kan det vara intressant att notera att i andra decentraliserade system, inklusive flera socialförsäkringssystem, har statliga myndigheter en tydlig roll för främst klassificeringen av sjukhustjänster, och ibland även prissättningen. Även om Socialstyrelsen idag ansvarar för och genomför analyser baserade på Nord-DRG, saknas ett centralt statligt inflytande över ersättningssystemen i Sverige.[15] Detta gäller även utveckling och prövningar av nya ersättningsmodeller.

I andra länder där statliga institut arbetar med utveckling av ersättningsprinciper har detta ibland lett till innovativa modeller med blandad ersättning. Fördelen med en kombination av ersättningssystem är att det ger möjligheter att fånga de positiva och mildra de negativa effekterna av enskilda ersättningssystem. En renodlad budgettilldelning kan vara bra ur kostnadskontrollsynpunkt, medan incitament saknas för hög produktivitet och tillgänglighet. Samtidigt kan en renodlad modell baserad på prestationsersättning ge en hög produktivitet, men problem med ett överutnyttjande och kostnadskontroll.

En annan skillnad från främst länder med socialförsäkringssystem är de förhandlingar om ersättningen som förs mellan, å ena sidan, finansiärer och, å andra sidan, både vårdgivare och professionella organisationer. Som tidigare redovisats har den medicinska professionen i socialförsäkringssystem som Nederländerna och Tyskland ett inflytande genom förhandlingar med såväl sjukkassor som offentliga myndigheter om ersättningssystem, regleringar m.m. Inflytandet följs samtidigt av ett åtagande att hålla ingångna överenskommelser. I Sverige finns en tradition att regionerna självständigt utformar ersättningen utan förhandlingar. Undantaget är nationella taxan med förhandlingar mellan SKL och Sveriges Läkarförbund och Sjukgymnaster samt i viss mån förhandlingar vid offentlig upphandling. Däremot sker inga förhandlingar vid ändring av taxor och ersättning vid t.ex. vårdvalsmodeller.

[15] Fram till slutet av 1990-talet arbetade SPRI (Sjukvårdens och socialvårdens planerings- och rationaliseringsinstitut) med utvecklingen av DRG-systemet.

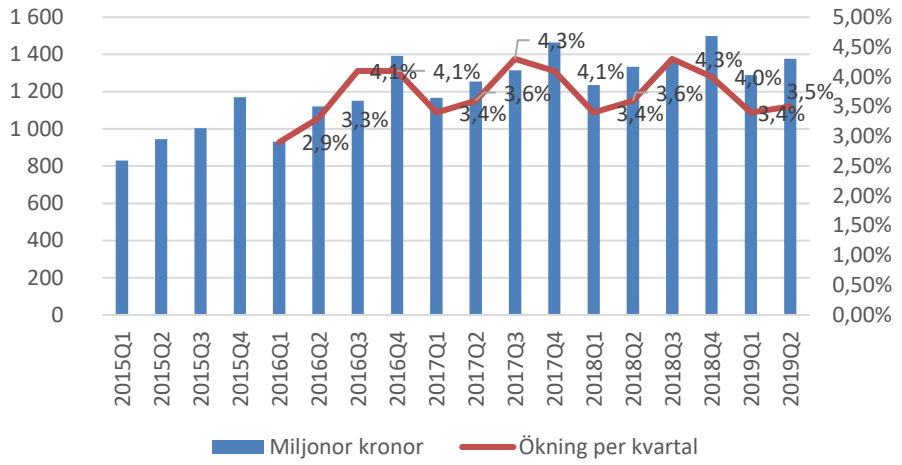
9.2 Avtal med icke-sjukhusanställd personal

Den svenska modellen bygger på att all personal vid sjukhusen ska vara fast anställd för aktiviteter som akutverksamhet, planerad behandling i slutenvård samt för öppenvårdsmottagningar. I Sverige och flertalet andra skattebaserade system finns inte den tradition som finns inom vissa socialförsäkringssystem där läkare verksamma utanför sjukhusen har rätt att lägga in patienter för behandling och även möjligheter att utnyttja utrustning och sjukhusanställd personal. Ett argument mot denna typ av organisation har varit att det skulle försvåra planering av sjukhusvården. Samtidigt visar erfarenheterna från Nederländerna och Tyskland att samverkan kring sjukhusens jour och beredskap är möjlig mellan sjukhus och läkare vid fristående privata mottagningar. I dessa länder har läkarna även inläggningsrättigheter vid sjukhusen och tillgång till diagnostisk teknologi samt annan utrustning och kapacitet. Kostnaderna för detta regleras i förhandlingar och utformning av ersättningssystem.

De svenska sjukhusen har idag således en begränsad samverkan när det gäller att bedriva verksamhet med externa vårdgivare inom somatisk specialistvård. I de regioner där en viss utflyttning av sjukhusens verksamhet ägt rum, via t.ex. vårdvalsmodeller, har fristående privata vårdgivare tagit över delar av den planerade vården. Läkare anställda vid dessa enheter medverkar i regel inte i jourverksamhet, utbildning eller annan verksamhet vid sjukhusen.

Samtidigt står svenska sjukhus idag inför problem att rekrytera och behålla personal. Under senare år har regionerna och sjukhusen tvingats anlita bemanningsföretag och hyra in läkare och sjuksköterskor för att klara verksamheten. Omsättningen av hyrpersonal ökade från 2,4 miljarder kronor 2011 till 5,4 miljarder kronor 2018. Även om inhyrning av personal kan vara en effektiv åtgärd för tillfälliga rekryteringsproblem och vid tillfälliga oförutsedda behov är utvecklingen på lång sikt mot en omfattande inhyrning av personal via bemanningsföretag en dyr och ineffektiv form av kontraktering. Figur 9.2 visar den senaste statistiken av inhyrd personal.

Figur 9.2 **Hyrkostnader per kvartal, omsättning (miljoner kr) och andel av personalkostnader, 2016–2019 (1:a halvåret)**



Källa: SKL, 2019b.

Som framgår av figuren har kostnadsökningen fortsatt och andelen av den totala personalkostnaden ligger på senaste tiden på mellan 3 till 4 procent. För enstaka personalkategorier som t.ex. sjuksköterskor är denna andel förmodligen väsentligt högre. Även om kostnadsökningen avtagit och andelen av de totala personalkostnader minskar något, är inhyrningen av personal en dyr lösning, som endast borde användas vid oförväntade fluktuationer. En fråga är varför inte regionerna och sjukhusen försöker hitta alternativa modeller för att anlita personal som inte är anställda vid sjukhusen. Idag finns flera regleringar och en personalpolitik som begränsar kontraktering av vårdpersonal med t.ex. anställning hos en privat vårdgivare. Det finns flera hinder för alternativa lösningar.

Ett problem är konstruktionen av pensionsavtal där en anställd som delar sin tid mellan två arbetsgivare riskerar att förlora stora delar av tjänstepensionen. Detta problem finns även vid delad tjänst mellan två offentliga arbetsgivare, t.ex. en läkare med läkartjänst inom regionen och forskare vid medicinsk fakultet vid universitet. Detta löses ofta genom interndebitering och där en arbetsgivare betalar ut hela lönen. Liknande lösningar skulle kunna tillämpas mellan offentliga sjukhus och privata vårdgivare.

Ett annat problem är olika klausuler i regionernas personalpolicy med restriktioner hos offentligt anställd personal att ta anställning och utföra arbete hos en privat vårdgivare som har kontrakt med regionen. Även om det kan finnas situationer där privata vårdgivare rekryterar offentligt anställd personal som påverkar verksamheten negativt borde incitamentsstrukturen kunna ses över för att uppmuntra till extrainsatser som anses effektiva. Även regleringar av bisysslor kan vara en hämmande faktor för ett bättre utnyttjande av humankapitalet inom sjukvården.

Det kan finnas anledning att dra lärdom av hur kontraktsförhållanden kan utformas för vårdpersonal. I tabell 9.2 åskådliggörs fyra alternativ från den traditionella modellen med fast anställning som dominerar idag till olika former av alternativa kontrakteringar av personal.

Tabell 9.2 Modeller för anställningskontrakt för vårdpersonal

Fast anställd personal vid offentliga sjukhus – begränsade möjligheter till egen privat verksamhet	Fast anställning kombinerat med rätt till egen praktik	Egenpraktik/anställd i externt privat företag: • Uppdrag vid sjukhus (behandling, jour mm) • Inläggningsrättighet	Bemanningsföretag på uppdrag av sjukhus
Anställningskontrakt	Anställningskontrakt (med möjlighet till extra arbete vid sjukhus)	Långsiktiga kontrakt	Kortsiktiga kontrakt

Den svenska modellen för anställning bygger på kollektivavtal där individen ges en fast och trygg anställning mot att möjligheterna till andra uppdrag begränsas. Denna modell kommer med stor sannolikhet att dominera även i framtiden. Samtidigt finns vårdpersonal som av olika skäl vill driva sin egen verksamhet på uppdrag av en offentligt finansierad vård. Det kan vara offentliganställda som vill praktisera privat under deltid. Det kan även vara individer eller en grupp medarbetare som vill arbeta på sjukhus eller i samverkan med sjukhus, men istället för en fast anställning föredrar ett kontraktsförhållande genom eget företag. Dessa mellanformer mellan fast anställning och hyrläkare saknas i stor utsträckning idag inom svensk sjukvård. Mot bakgrund av de rekryteringsproblem som finns inom sjukvården, samtidigt som vi i ett internationellt perspektiv har en god tillgång av framförallt läkare kan innovativa kontraktsformer vara en möjlig lösning för att få ut mer av det humankapital som finns i sjukvården.

Även dagens jour-organisation vid akutsjukhusen är uppbyggd kring fast anställd personal. Inom regioner där vårdvalssystem etablerats med följd att vissa läkare slutar och går till privata vårdgivare har svårigheter uppstått att bemanna jour. Även här skulle kontraktering med externa vårdgivare vara en lösning. Som visats från andra länder är en lösning att t.ex. medverkan i jour-organisationen ingår i vårdvalsavtalen. Liknande arrangemang skulle kunna utformas för att få vårdvalsproducenter att ta ett större ansvar för forskning och utbildning.

9.3 Icke-kontorstid – utanför sjukhus

Sverige uppvisar i några studier att många patienter söker vård vid akutmottagningar för att det saknas alternativ under icke-kontorstid. Sjukhusens akutmottagningar har traditionellt varit den primära vårdkontakten under kvällar och helger (icke-kontorstid). Efterfrågetrycket på akutmottagningarna har fortsatt att ligga på en hög nivå eller t.o.m. ökat samtidigt som antalet akutsjukhus har minskat. Patienttillströmningen till akutmottagningarna beror i viss utsträckning på dels tillgången av alternativa mottagningar utanför sjukhusen, dels hur effektiv samverkan är mellan sjukhusen och andra vårdgivare.

I Sverige har alternativa möjligheter till vårdkontakter utanför kontorstid begränsats av en svag primärvård och brist på allmänläkare. Patienter med akuta besvär har under kvällstid och helger ofta varit hänvisade till sjukhusens akutmottagningar. Detta håller emellertid på att ändras även i Sverige och olika typer av primärvårdsjourer och närakuter har etablerats. Även den kommunala äldreomsorgen som är väl utbyggd i Sverige skulle kunna medverka i mer akut verksamhet. Idag tar dock äldreomsorgen endast hand om de patienter som redan är inlagda och boende på institutioner. Beredskap för akuta fall saknas ofta. Inom geriatriken prövas dock modeller där ambulansverksamheten med hjälp av beslutstöd kan skjutsa äldre patienter med komplex sjukdomsbild direkt till geriatriska akutmottagningar istället för sjukhusens akutmottagningar (Vicente m.fl. 2014).

I internationell statistik redovisas även en hög andel undvikbara inskrivningar vid akutsjukhus för diagnoser som kronisk hjärtsvikt,

astma och KOL (OECD 2016). Ett område med potential till förbättring är därför samverkan och kontinuitet för i synnerhet patienter med kroniska sjukdomar. Ett antal studier visar att patienter med en god kontinuitet samtidigt uppvisade både lägre kostnader för sjukvård och läkemedel, och lägre sannolikhet för att hamna i slutenvård eller på akutmottagning (Sveréus m.fl. 2017, Kohnke och Zielinski 2017). Det har även redovisats statistiska samband, om ej med klar kausalitet, mellan regioner med god kontinuitet och hög produktivitet i primärvården (Vårdanalys 2017). Detta kan förklaras av att en god kännedom om patientens sjukdomshistoria förmodligen medför kortare besök till samma kvalitet.

Även om utvecklingen går åt rätt håll i Sverige finns anledning att se över modeller för hur alternativ vård ska utformas under icke-kontorstid och hur dessa kan samordnas med sjukhusens akutmottagningar.

9.4 Styrning av fortbildning/specialistutbildning och investeringar

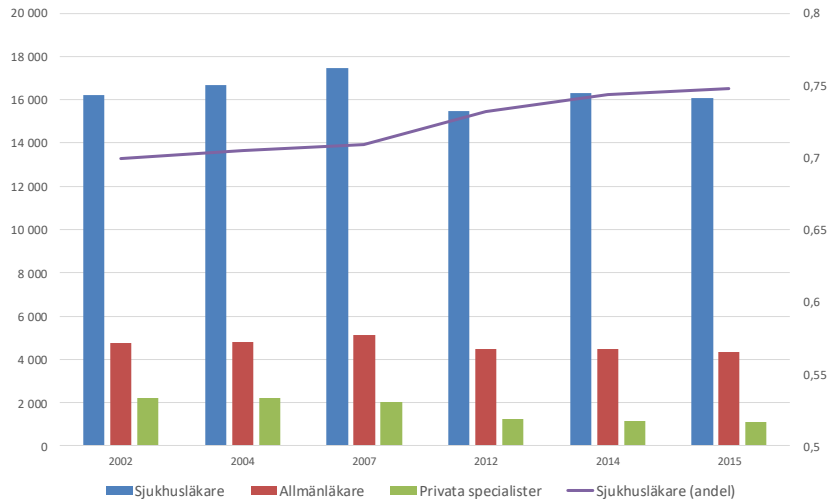
Som framgått av redogörelsen för flera länder har staten en viktig roll för uppföljning av effektivitet och fördelning av sjukvårdstjänster. Staten har således en central roll för vissa funktioner även i decentraliserade sjukvårdssystem. I detta avsnitt diskuteras vilka implikationer det kan ha för utbildning, investeringar samt uppföljning av sjukvården.

Ansvaret for universitetsutbildningen i Sverige och flertalet andra länder ligger under den statliga utbildningsförvaltningen. Staten reglerar och finansierar utbudet av grundutbildning inom medicin och omvårdnad liksom inom övriga utbildningsområden. I detta avseende har staten samma funktion i Sverige som övriga länder i rapporten och fastställer och fördelar antalet utbildningsplatser mellan de medicinska fakulteterna nationellt.

För specialisering och fortbildning har emellertid Sverige sedan många år en decentraliserad modell där regionerna och vårdgivare ansvarar för planering och behovsbedömning av kommande rekryteringar. Det är naturligt att man vid utlysning av s.k. ST-tjänster utgått från ett eget vårdgivarperspektiv och eventuellt ett regionalt

perspektiv. Vid dessa behovsbedömningar har prognoser av kommande pensionsavgångar och annan personalrörlighet beaktats. Den relativt svaga primärvården i Sverige kan då innebära att få läkare söker sig till vidareutbildning inom allmänmedicin. Ett problem är således att specialistutbildningen riskerar att få en konserverande effekt och att behov och brister inom vissa specialiteter inte tillgodoses, vilket inte minst gäller allmänmedicin. För att ge en bild av hur specialiseringen av läkarkåren har utvecklats kan man dels titta på medlemskapet i olika specialistföreningar inom Läkarförbundet, dels se på Socialstyrelsens statistik över fördelningen mellan allmänläkare och övriga specialister. I figur 9.3 redovisas fördelningen av medlemskap inom Läkarförbundet som visar att sjukhusläkargruppen ökat sin andel av medlemskapet.

Figur 9.3 **Fördelningen av medlemskap i föreningar för sjukhusläkare, allmänläkare och privata specialister, 2002–2015**

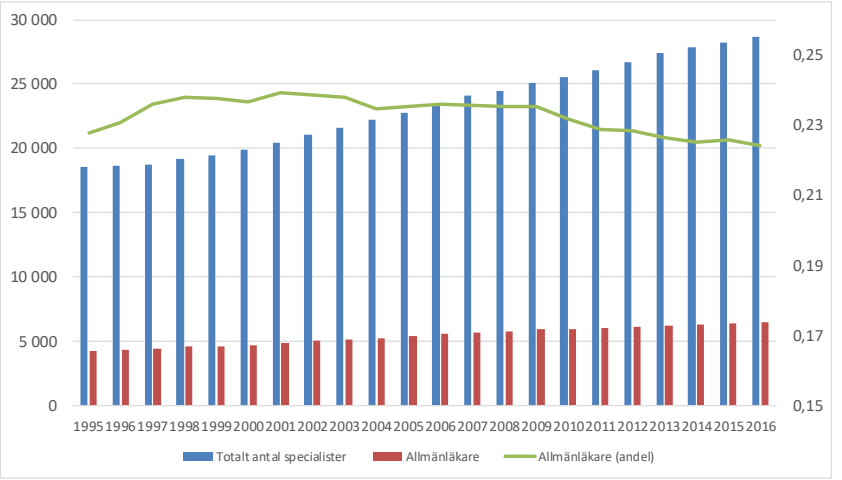


Källa: Sveriges Läkarförbund, olika år.

Som framgår av figuren utgör sjukhusläkargruppen ca 75 procent av det totala medlemskapet. Statistiken över medlemmar för de olika specialistföreningarna är osäker. I statistiken ingår i varierande utsträckning även pensionerade läkare och andra som inte är aktiva. Trenden som visar att andelen allmänläkare minskar något finns även i Socialstyrelsens statistik. Socialstyrelsens register över specialistutbildade läkare visar fördelningen mellan allmänläkare och övriga

specialister över en längre tidsperiod. Trots långsiktiga planer om att förstärka primärvården och utbilda fler allmänläkare har allmänläkarnas andel av läkarkåren minskat. Läkarförbundets statistik indikerar snarare att sjukhusläkarna ökat sin andel. Båda källorna visar att förändringarna mot en starkare primärvård uteblivit.

Figur 9.4 Fördelning av allmänläkare och övriga specialister, 1995–2016



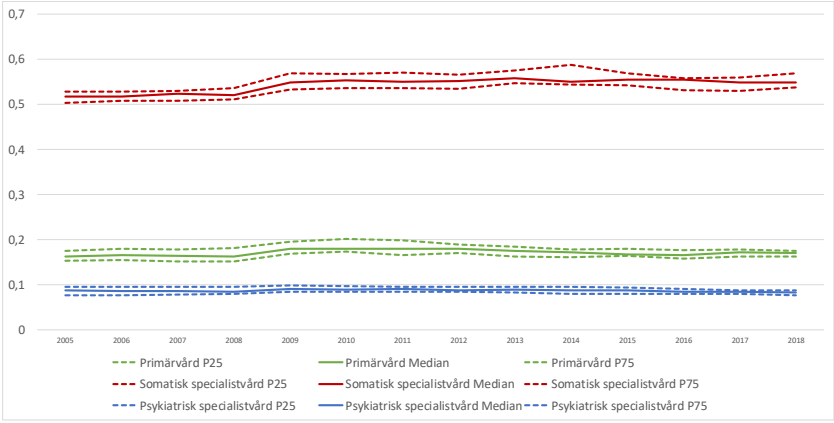
Källa: Socialstyrelsen (olika år).

En förklaring till denna utveckling kan vara statens begränsade roll när det gäller styrning av fortbildning och specialisering, samt att regionerna låtit ett vårdgivarperspektiv på regional nivå få styra inriktningen på utbildningsplatserna. Socialstyrelsen konstaterade redan i en rapport från 2003 att den svenska staten, i jämförelse med övriga nordiska länder, hade ett begränsat inflytande över specialistutbildningen av läkare i Sverige. Det gäller såväl dimensioneringen som fördelningen mellan specialiteter. I viss mån har även professionen ett starkt inflytande över utbildningen (Socialstyrelsen 2003). Även i en rapport från Vårdanalys (2018) dras slutsatsen att det finns en bristande nationell styrning och att ”en bidragande orsak till det låga intresset (*för primärvård, min anm.*) är att läkarutbildningen har ett ’sjukhusfokus’”.

Eftersom personalen utgör den dominerande resursen inom sjukhusvård och den totala sjukvårdssektorn är det intressant att studera utvecklingen av kostnaderna för olika delsektorer. Regionernas statistik över s.k. nettokostnader (regionernas kostnader för

egna invånare) ger en bild över utvecklingen som överensstämmer med fördelningen av läkarnas specialistinriktning. I figur 9.5 redovisas fördelning av regionernas nettokostnader mellan somatisk specialistvård, psykiatrisk vård och primärvård.

Figur 9.5 Fördelning av regionernas nettokostnader mellan vårdformer, 2005–2018



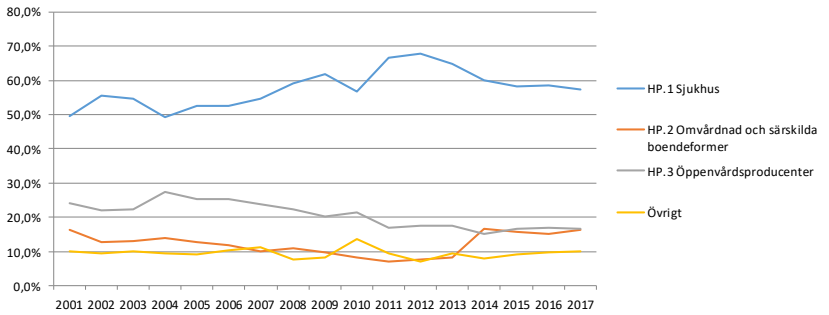
Källa: SKL, Ekonomirapport, olika år.

I figuren presenteras värden för medianen (helstreckad linje) samt spridningen i form av högsta och lägsta kvartilerna för respektive vårdform. Det är uppenbart att inga omstruktureringar eller omfördelningar mellan vårdformerna ägt rum. Fördelningarna är mycket stabila för såväl medianen som spridningsmåtten vilken tyder på att bilden är ungefär densamma för flertalet regioner. Sjukhusen utgör den dominerande delen av vårdformen somatisk specialistvård. En förklaring till utvecklingen kan vara det som brukar kallas stuprörsorganisation, dvs. att regionerna traditionellt budgeterar utifrån organisatorisk indelning med svårigheter att omfördela mellan stuprören.

Även beslut om investeringar är decentraliserade inom svensk hälso- och sjukvård. Som framgår i OECD:s sammanställning tidigare är det vanligt att regionala sjukvårdshuvudmän i skattebaserade system har en relativt stor frihet att fatta beslut om investeringar av även större projekt som påverkar strukturen. I socialförsäkringssystem som i regel är minst lika decentraliserade, påverkar staten genom regleringar och finansiella villkor investeringar i sjukvårdens infrastruktur. Det gäller t.ex. etablering av nya sjukhus, investeringar

i avancerad utrustning, antalet vårdplatser m.m., där de svenska regionerna idag har mycket stor frihet. Mot bakgrund av denna autonomi är det intressant att studera fördelningen av investeringar mellan vårdformer. I figur 9.6 redovisas fördelningen av investeringar mellan sjukhus, omvårdad/särskilt boende och öppenvårdsproducenter (bl.a. primärvård).

Figur 9.6 Investeringar inom hälso- och sjukvården per vårdform, 2001–2017



Källa: SCB, hälsoräkenskaper, olika år.

Statistiken i figuren grundas på SCB:s uppgifter om investeringar i de s.k. hälsoräkenskaperna (SCB, olika år). I dessa är investeringar för sjukhussektorn särredovisade och det framgår att dessa omfattar mer än hälften av de totala investeringarna samtidigt som andelen ökat något under tidsperioden. Investeringar i den öppna vården, där primärvården ingår, minskar över tiden.

Sammanställningar av resursanvändningen i svensk hälso- och sjukvård baserad på olika indikatorer för resurser, visar således på en stabil dominans och i vissa fall en ökning för sjukhussektorn. Uppgifter om fördelningen av läkarnas specialistinriktning, regionernas löpande kostnader samt investeringar visar entydigt på att några förändringar och omfördelningar inte ägt rum sedan sekelskiftet. Målsättningar om ökade satsningar på primärvården har uteblivit.

10 Slutsatser och lärdomar för svensk sjukhusvård

I rapporten har ett antal parametrar för det svenska sjukhussystemet jämförts för länder med liknande målsättningar och resultat inom sjukvården. Länderna som jämförs har liknande ekonomisk standard, hälsotillstånd, finansiering och tillgång till hälso- och sjukvård. Jämförelsen har utgått från en indelning av de västeuropeiska sjukvårdssystemen uppdelade i skattebaserade system och socialförsäkringssystem. I sammanställningen framgår att länderna spenderar ungefär lika mycket resurser inom hälso- och sjukvården. Storleken på sjukhussektorn mätt som andel av totala sjukvårdskostnaderna och mätt som euro per invånare visar att Sverige ligger nära genomsnittet för de ingående länderna. Denna statistik är dock relativt ny och bör tolkas med försiktighet. Däremot visar statistiken av läkarnas specialisering att Sverige i en internationell jämförelse har en låg andel allmänläkare. Samtidigt visar utvecklingen nationellt att sjukhusläkarna utgör en stor och ökande andel av läkarkåren. Även utvecklingen av kostnader och investeringar visar på ett fortsatt sjukhusdominerat system i Sverige.

Tillgången på personal och utrustning inom svensk sjukvård är god. Det råder således inte brist på resurser, framförallt inte inom sjukhusvården. Beträffande tillgången till personal handlar behoven snarare om ändamålsenlig specialisering och ett bättre utnyttjande av humankapitalet inom vården. Såväl arbetsproduktiviteten som sjukvårdens totalproduktivitet är lägre i Sverige än i de internationella jämförelsestudier som redovisats.

Svensk hälso- och sjukvård och speciellt sjukhusvården uppvisar mycket goda resultat när det gäller behandlingsresultat och överlevnad av livshotande och allvarliga sjukdomar som cancer, hjärtin-

farkt, stroke m.m. Vi kan dock konstatera att flera länder i jämförelsen ligger på ungefär samma nivå. Det gäller för skattebaserade system som de i våra nordiska grannländer, men även socialförsäkringssystem som Nederländernas. Sverige ligger även långt fram när det gäller införandet av ny medicinsk teknologi som dagkirurgi och nya behandlingsmetoder. Här uppvisar flera länder med socialförsäkringssystem en långsammare tillämpning och utveckling av t.ex. dagkirurgi.

Även när det gäller fördelningsaspekter visar jämförande studier av jämlikheten i vårdutnyttjande ett liknande mönster mellan skattebaserade och socialförsäkringssystem. Svensk sjukvård är inte mer jämlik i jämförelse med sjukvården i andra länder. Flera länder med socialförsäkringssystem har en likartad fördelning av sjukvårdstjänster mellan olika inkomstgrupper. Ett gemensamt mönster för flertalet länder inom den öppna vården är att primärvården i större utsträckning utnyttjas av låginkomsttagare, medan övrig specialiserad öppenvård har ett högre utnyttjande hos höginkomsttagare. Slutenvården vid sjukhus konsumeras i högre utsträckning av låginkomsttagare, vilket kan förklaras av att denna grupp har sämre hälsa och eventuellt erhåller vård i ett senare skede av sjukdom.

De brister som kan ses inom svensk sjukhusvård är låg produktivitet och långa väntetider för planerad icke-akut behandling. Även om det finns brister i måtten på väntetider och dessa inte är helt jämförbara, finns en viss samstämmighet som tyder på att Sverige och andra skattebaserade system har längre väntetider för icke-akuta besök och planerade behandlingar. Den internationella trenden mot minskade antal vårdplatser inom sjukhusvården har gått längre i Sverige än i andra länder. Detta förklaras både av en medveten strävan mot behandlingar i öppenvård och kortare vårdtider, men även av problem med att rekrytera personal och därmed hålla planerade vårdplatser öppna. Vissa problem med rekrytering av personal, främst sjuksköterskor, finns även i andra länder, men den höga beläggningsgraden i Sverige indikerar ett större problem med bristande antal vårdplatser, vilket kan förorsaka problem för patientflöden, väntetider och behandlingsprocesser inom sjukhusen.

Efterfrågetrycket på sjukhusens akutmottagningar anges som ett problem i flera länder och olika modeller prövas för att erbjuda alternativ och styra patienter till vårdgivare utanför sjukhusen. De internationella jämförelser som gjorts tyder på att Sverige och

skattebaserade system i mindre utsträckning har alternativ utanför sjukhusen under icke-kontorstid.

Inslaget av prestationsbaserade ersättningssystem är betydligt större i de studerade länderna i jämförelse med Sverige. Den svenska utvecklingen har gått tillbaka till en huvudsaklig anslagsfinansiering av sjukhusen.

Den högre utbildningen av vårdpersonal är i regel en statlig angelägenhet där utbudet och inriktningen av utbildningsplatser styrs inom universitetssektorn. Till skillnad från andra länder har regionerna och de offentliga vårdgivarna i Sverige, inte minst sjukhusen, ett stort inflytande över t.ex. läkarnas specialistutbildning. I andra länder styrs detta i större utsträckning nationellt via statliga myndigheter.

Avsikten med rapporten är inte att rekommendera något systemskifte eller att importera lösningar från andra sjukvårdssystem. Syftet är att bidra med kunskap om alternativa sätt att organisera och styra sjukhussektorn. Utgångspunkten är de problem som uppmärksammats inom den svenska sjukhusvården och samtidigt beakta positiva aspekter inom svensk sjukhusvård som goda resultat när det gäller främst medicinsk kvalitet och andra utfallsmått. I de kommande avsnitten diskuteras vilka lärdomar som kan vara relevanta för svensk sjukvård och de problem och utvecklingstendenser som finns.

Ersättning och incitament

Utvecklingen av ersättningssystem för sjukhus och personal vid sjukhus har ändrats radikalt under de senaste decennierna. Här finns vissa gemensamma tendenser mellan länderna som att sjukhusens vårdtjänster i stor utsträckning idag ersätts per antal behandlade patienter enligt det s.k. DRG-systemet. Andra ersättningsprinciper baserade på antal vårddagar (Tyskland), prestation av deltjänster (Belgien, Nederländerna), budget (de nordiska länderna och Storbritannien) har avvecklats till fördel för DRG-systemet. I flera länder genomförs försök och experiment där parametrar för kvalitet, sammanhängande/integrerad vård m.m. prövas. I den mån ersättning baseras på kvalitetsindikatorer utgör dock denna andel i regel en mindre andel av den totala ersättningen. Utvecklingen i Sverige visar

dock på en tillbakagång till fasta ersättningar, även om DRG används som uppföljningsinstrument. Däremot har prestationsbaserad ersättning utvecklats för olika kontrakt och avtal med privata vårdgivare samt för regionernas utomlänsvård.

I flera länder pågår en utveckling för att förbättra ersättningssystemen och anpassa dem till utvecklingen av nya arbetssätt, organisationsformer, behandlingsmetoder och ny teknologi. Det gäller inte minst utformningen av prestations- och kvalitetsbaserade ersättningssystem för nya typer av tjänster och arbetssätt. Även DRG-systemet som är en central del i ersättningen i flertalet länder har reviderats och anpassats till den medicinsk teknologiska utvecklingen.

Inslaget av prestationsbaserad ersättning där resurstilldelningen kopplas till olika typer av vårdtjänster är vanligare i socialförsäkringssystem. Det kan förklaras av den traditionella uppdelningen mellan finansiär och vårdgivare som karakteriserat dessa system. En avtalsform med förhandlingar mellan uppdragsgivare och vårdgivare lämpar sig i regel bäst i ett system med fristående finansiärer och där huvudparten av vårdproduktion bedrivs i privat regi. Det är relativt sällsynt med förhandlingar inom en organisation där offentliga myndigheter som regioner har juridiskt bindande avtal mellan beställare och vårdgivare inom samma organisation. Det hindrar emellertid inte att regionerna har direkta förhandlingar med de privata aktörer som idag finns inom främst primärvård och annan öppenvård samt planerade behandlingar utanför sjukhusen.

Tillämpningar av prismekanismer och prestationsersättning används i ökad utsträckning även i skattebaserade system vid utkontraktering. En lärdom från länder med socialförsäkringssystem är inslaget av förhandlingar där professionen har en central roll. I såväl Nederländerna som Tyskland förhandlar finansiärer som försäkringsbolag, eller sjukkassor med sjukhus och regionala läkarförbund inom olika specialiteter. Motsvarande avtal i Sverige utarbetas oftast av regionerna där ackrediteringskriterier, ersättningssystem och andra avtalsvillkor fastställs utan direkta förhandlingar med vårdgivare och professionen. En fördel med förhandlade avtal vid sidan av ett tydligt inflytande från professionen, är ett bättre ansvarstagande (”commitment”) från professionens sida för innehållet i avtalen.

När det kommer till ersättningar och incitament föreslås därför:

- En nationell kraftsamling för utveckling av ersättningssystem och incitamentsstruktur.
- Att professionen involveras i direkta förhandlingar om ersättningssystemens utformning och nivåer.

Avtal och anställningskontrakt

Antalet specialistläkare vid sjukhusen samt anställningsformerna för dessa skiljer sig mellan de skattebaserade systemen och länder med socialförsäkringar. Det är betydligt vanligare med sjukhusanställda läkare i skattebaserade system. Det är också vanligare att en mindre andel av läkarkåren är egna entreprenörer i dessa system. En fördel med anställd personal är möjligheterna till kontroll och möjligheter att styra verksamheten. En fördel med kontraktering är att incitamentsstrukturen blir tydligare. Dock frånsäger sig huvudmän och finansiärer möjligheter till direkt styrning och samverkan. Även anställningstryggheten påverkas sannolikt negativt av ett kontraktsförhållande samtidigt som friheten att själv påverka sin arbetssituation kan öka. Erfarenheterna från länder med socialförsäkringssystem visar att organisation av läkarkåren i fristående läkargrupper förutsätter regleringar och överenskommelser utöver dem som avser den egna kärnverksamheten vid mottagningar och kliniker. I avtal med läkargrupper eller motsvarande i Nederländerna och Tyskland avtalas även ansvar för utbildning, forskning samt jour/beredskap. En förutsättning för att erhålla ersättning från den offentliga försäkringen är t.ex. deltagande i jour-organisation, beredskap och i viss mån utbildning. Samtidigt har läkare med egen praktik inläggningsmöjligheter vid sjukhusen för egna patienter.

Fördelen med utkontraktering av planerad vård är en bättre tillgång till icke-akut vård och kortare väntetider. Samtidigt måste andra behov tillgodoses såsom tillgång och bemanning av akutsjukhusens akutmottagningar. Det gäller även privatläkares medverkan i olika former av vårdutbud under icke-kontorstid. Här finns flera exempel där huvudmän och finansiärer använder sig av såväl regleringar som incitament för att främst läkare anställda utanför

sjukhus eller i egen regi ska medverka i jour-organisation vid akutmottagningar samt de alternativa vårdutbud som finns utanför sjukhusen under icke-kontorstid.

De överenskommelser som finns i flera socialförsäkringssystem mellan läkarorganisationer och finansiärer, men även sjukhus, är ett sätt att öka professionens inflytande men samtidigt tydliggöra åtaganden som tillgänglighet, medverkan i jour-organisation, utbildningsansvar m.m. Diskussionen i Sverige om avtal för framförallt läkarkårens medverkan i jour och beredskap har främst handlat om nuvarande jour-avtal i jämförelse med schemaläggning av läkarnas arbetstid. I båda fallen har avtalsstrukturen endast kopplats till sjukhusanställda läkare och baserats på fasta anställningskontrakt. Ett alternativ är att även inkludera specialister utanför akutsjukhusen, verksamma inom t.ex. vårdvalsmodeller, i jour och beredskap via andra former av kontrakt.

Utvecklingen inom flera skattebaserade system, bl.a. Sverige, att delar av specialistvården i ökad utsträckning kontrakteras ut på privata vårdgivare, medför att åtaganden som medverkan i jour och andra aktiviteter vid sjukhusen ofta saknas. Upphandling och vårdvalssystem är ofta endast fokuserade på leveranser som antal besök, operationer, behandlande patienter m.m. och i övrigt relativt oreglerad. I detta avseende kan skattebaserade system som står inför en utveckling mot en ökad utkontraktering till fristående vårdgivare dra lärdomar av hur avtal och överenskommelser utformats inom länder med socialförsäkringssystem. En sådan utveckling kan kräva omställningar när det gäller anställningsvillkor och införandet av kontrakterad anställning.

När det kommer till avtal och anställningskontrakt föreslås därför:

- Att möjligheterna och incitamenten för läkare och annan personal verksamma utanför sjukhus att medverka i jour och planerad vård vid sjukhusen inom specialiteter med kapacitetsbrist och långa väntetider stärks.
- En ökad flexibilitet för anställningsformer och kontrakt för vårdanställda.

Utbud och tillgång av vård utanför kontorstid

Belastningen och efterfrågetrycket på sjukhusens akutmottagningar är ett problem som förekommer i varierande utsträckning i flera länder. Akutmottagningarna har traditionellt varit det dominerande alternativet för såväl allvarliga som lindrigare sjukdomar och åkommor som inträffar utanför kontorstid. Det råder en relativt stor samstämmighet om att akuta sjukdomsfall i större utsträckning kan omhändertas utanför akutsjukhusen. Även om primärvården i flera länder erbjuder alternativ under kvällar och helger söker sig många patienter till akutmottagningar med hälsoproblem som kunnat hanteras av primärvården eller andra öppenvårdsalternativ utanför sjukhusen. De få internationella jämförelser som genomförts visar att i bl.a. Sverige och flera andra länder söker sig en större andel av patienter till akutmottagningar p.g.a. avsaknad av alternativ under icke-kontorstid.

De länder som byggt ut alternativa vårdformer och försökt att styra patientströmmar till andra vårdgivare är bl.a. Danmark, Nederländerna och Norge. I Nederländerna prövas sedan en tid tillbaka ett system med dels utökad tillgänglighet av allmänläkare under icke-kontorstid samt en speciell organisation för kroniskt sjuka och äldre multisjuka som i viss utsträckning är tillgänglig under icke-kontorstid. Den danska modellen med standardiserade och ackrediterade patientflöden bygger på ett liknande arrangemang (Danske Kvalitetsmodel).

Systemet med s.k. Legevakt har varit i bruk en längre tid i såväl Danmark som Norge. Dessa fungerar som en form av akutmottagning utanför sjukhusen dit medborgarna vänder sig i en ökad utsträckning. Legevakten bemannas främst av allmänläkare genom en läkarjour med möjligheter till direktinläggning av patienter på sjukhus. Från internationella jämförelser verkar systemet haft störst effekt i Danmark när det gäller avlastning av akutmottagningar vid sjukhus. Utvecklingen i Norge kan dock förklaras av geografiska skillnader där akutsjukhusen har en större roll för akut vård. Systemet är baserat på tydlig information till befolkningen om vart man ska vända sig i akuta situationer och kontakta lämplig vårdgivare. Erfarenheterna från framförallt Norge med rekryteringsproblem visar dock att förändringen med att lägga ut tidigare sjukhusuppgifter på primärvården måste hanteras varsamt för att inte

överbelasta primärvård och läkare som är verksamma som legevakter.

I länder som byggt ut alternativa vårdformer är det färre som felaktigt söker sig till akutmottagningar. Detta visar på möjligheterna att styra patientströmmar till andra vårdalternativ.

När det gäller utbud av och tillgång till vård utanför kontorstid föreslås därför:

- Att utbudet utvecklas genom alternativa vårdgivare i samverkan med akutsjukhusen.
- Samordning och ett gemensamt informationssystem mellan akutsjukhus och primärvård.
- Att incitament bör ges till såväl vårdgivare och patienter så att kontinuitet prioriteras – speciellt för kroniker.

Statens roll: Ansvar för specialistutbildning och investeringar samt ersättningssystem och uppföljning

Statens roll inom hälso- och sjukvården diskuteras i Sverige och andra länder. Gemensamt för flertalet länder är att staten svarar för lagstiftning och regleringar samt har ett övergripande ansvar för sjukvårdens funktionssätt. Det är däremot relativt ovanligt att staten har tagit över själva driften av sjukhus och specialistvård, med undantag för Norge. Istället finns i såväl skattebaserade system som socialförsäkringssystem en relativt långtgående decentralisering av driften av sjukhussektorn. I flertalet skattebaserade system ansvarar regioner med varierande autonomi för driften av sjukhusen, även om länder som Norge infört en statlig organisation med regionala företag. I socialförsäkringssystem dominerar privata icke-vinstdrivande organisationer som ägare av sjukhusen.

I Sverige finns historiskt en långtgående decentralisering av ansvar och befogenheter inom framförallt sjukhussektorn. Frihetsgraderna och autonomin för de svenska regionerna är i flera avseenden långtgående. Det gäller inte minst ansvaret för fortbildning och specialiseringen av läkarkåren. Staten svarar i regel för finansieringen av grundutbildningen och ansvarar för antagning och antalet utbildningsplatser. Utbildningen av sjukvårdspersonal sker emellertid i nära anslutning till det praktiska vårdarbetet. Sedan följer

fortsatt utbildning för specialisering av såväl läkare som sjuksköterskor. Även denna utbildning sker i nära anslutning till vårdarbetet. Som framgått av sammanställningen har dock statsmakten i Sverige ett begränsat ansvar och inflytande över inriktningen på specialistutbildningar.

Även beslut om investeringar för ny- och ombyggnationer vid bl.a. sjukhus samt inköp av avancerad utrustning sker utan statlig kontroll och reglering. Andra områden där staten i andra länder har ett större inflytande är utvecklingen av styr- och ersättningsmodeller. Detta gäller främst utvecklingsarbete och ramarna för resursfördelningen, men även för utformningen av ersättningssystem svarar statliga institut och motsvarande enheter för ett avancerat utvecklingsarbete i t.ex. Nederländerna och Tyskland. Förhandlingar och kontraktsrelationer är däremot ofta decentraliserat till regionala eller privata aktörer. Staten har dock i t.ex. Danmark och Tyskland en god insyn och kontroll över hur avtal och kontrakt utformas mellan olika parter som finansiärer, olika regionala och lokala huvudmän, genom krav på innehåll och godkännande av ingångna överenskommelser. Ett annat väsentligt område där staten i t.ex. Danmark har en tydlig roll är uppföljning av såväl produktivitet och effektivitet som fördelningsaspekter där man på nationell nivå kontinuerligt följer utvecklingen.

Gällande statens roll föreslås därför:

- Att ansvaret och finansiering av specialistutbildning för läkare och sjuksköterskor överförs till staten.
- Att statlig kontroll eller insyn av större investeringar inom sjukhussektorn ökar.
- Ett statligt ansvar för utveckling av styrinstrument och kontinuerlig uppföljning av effektivitet och fördelning av sjukvårdens resurser.

Punkterna ovan ska ses som förslag och lärdomar som kan tillämpas inom nuvarande struktur av sjukhusvården i Sverige. Med en utveckling mot en utflyttning av sjukhusvård till andra vårdformer och ett ökat inslag av privata vårdgivare finns lärdomar om utformningen av avtal och anställningsformerna från flera länder. Angående statens engagemang är det inte främst ett förstatligande av driftsformerna som förordas utan ett förtydligande av den statliga

rollen för frågor om utbildning, investeringar, infrastruktur samt uppföljning av effektivitets- och fördelningsaspekter.

Referenser

Askildsen JE, Holmås TH, Kaarboe O (2011). Monitoring prioritisation in the public health-care sector by use of medical guidelines. The case of Norway. Health Econ. Aug;20(8):958-70.

Busse R, Geissler A, Quentin W, Wiley M (eds.). Diagnosis-Related Groups in Europé. Moving towards transparency, efficiency and quality in hospitals. Open University Press, 2011.

Busse R, Blümel M (2014). Germany: health system review. Health Systems in Transition, 16(2):1–296.

Christiansen T (2012). Ten years of structural reforms in Danish healthcare. Health Policy. Jul;106(2):114-9.

Dyrop HB, Safwat A, Vedsted P, Maretty-Nielsen K, Hansen BH, Jorgensen PH, m.fl. (2013). Cancer Patient Pathways shortens waiting times and accelerates the diagnostic process of suspected sarcoma patients in Denmark. Health Policy Nov;113(1-2):110-117.

ECDC (2015). Summary of the Latest Data on Antibiotic Consumption in the European Union, ESAC-Net Surveillance Data, European Centre for Disease Prevention and Control, Stockholm.

Eijkenaar F (2012). Pay for performance in health care: an international overview of initiatives. Med Care Res Rev. Jun;69(3):251-76.

EuroHOPE study group (2014). Summary of the findings of the EuroHOPE project. THL, Helsinki.

GBD 2015 Healthcare Access and Quality Collaborators (2017). Healthcare Access and Quality Index based on mortality from causes amenable to personal health care in 195 countries and

territories, 1990–2015: a novel analysis from the Global Burden of Disease Study 2015. Lancet. Jul 15;390(10091):231-266.

Godager G, Iversen T, Morken T, Hunskår S. Fastlønn ved legevaktarbeid. Rapport nr. 4-2015. Bergen: Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin, Uni Research Helse, 2015.

Hagen TP & Kaarbøe OM (2006). The Norwegian hospital reform of 2002: central government takes over ownership of public hospitals. Health Policy. May;76(3):320-33. Health Consumer Powerhouse (2018). Euro Health Consumer Index.

Højgaard B, Kjellberg J, Bech M (red.) (2018). Den statslige styring af det regionale sundhedsområde - Analyse af centrale instrumenter. VIVE – Viden til Velfærd Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd, Köpenhavn.

Jensen H, Tørring ML, Vedsted P (2017). Prognostic consequences of implementing cancer patient pathways in Denmark: a comparative cohort study of symptomatic cancer patients in primary care. BMC Cancer 17(627).

Kittelsen S, Magnussen J, Anthun K.S, Häkkinen U, Linna M, Medin E, Olsen K.R, Rehnberg C. (2008). Hospital productivity and the Norwegian ownership reform. A Nordic comparative study. HERO Working Paper 10/2008, Oslo University.

Kittelsen SA, Anthun KS, Goude F, Huitfeldt IM, Häkkinen U, Kruse M, Medin E, Rehnberg C, Rättö H (2015). Costs and Quality at the Hospital Level in the Nordic Countries. Health Econ. Dec;24 Suppl 2:140-63.

Kohnke H, Zielinski A (2017). Association between continuity of care in Swedish primary care and emergency services utilisation: a population-based cross-sectional study. Scand J Prim Health Care. Jun;35(2):113-119.

Kommer GJ, Gijsen R, Lemmens LC, Kooistra M, Deuning C (2015). Beschikbaarheid, specialisatie en bereikbaarheid van Spoedeisende hulp in Nederland. Analyse gevoelige ziekenhuizen. RIVM, Bilthoven.

Kornai J (1979). Resource-Constrained Versus Demand-Constrained Systems. Econometrica 47:4, pp. 801-19.

Kroneman M, Boerma W, van den Berg M, Groenewegen P, de Jong J, van Ginneken E (2016). The Netherlands: health system review. Health Systems in Transition, 2016; 18(2):1–239.

Lindgren P (2014). Ersättning i sjukvården - modeller, effekter, rekommendationer. SNS Förlag, Stockholm.

Medin E, Anthun K, Häkkinen U, Kittelsen S, Linna M, Magnussen J, Olsen K, Rehnberg C (2011). Cost efficiency of university hospitals in the Nordic countries: a cross-country analysis. Eur J Health Econ, Dec;12(6):509-19.

Murphy K.M, Topel R.H. (2003). Measuring the Gains from Medical Research, An economic approach. The University of Chicago Press.

Netten PM, van der Zee PM, Bleeker MWP, Smulders C (2002). De eerste lijn voorbij [Beyond the first line]. Medisch Contact, 57:87–89.

OECD Health Database. OECD, Paris.

OECD (2016). Health at a Glance: Europe 2016 – State of Health in the EU Cycle, OECD Publishing, Paris.

OECD (2018). Health at a Glance: Europe 2018: State of Health in the EU Cycle, OECD Publishing, Paris.

OECD (2019). Inequalities in the utilisation of health care services", in Health for Everyone?: Social Inequalities in Health and Health Systems, OECD Publishing, Paris,

Olejaz M, Juul Nielsen A, Rudkjøbing A, Okkels Birk H, Krasnik A, Hernández-Quevedo C (2012). Denmark: Health system review. Health Systems in Transition, 14(2):1 – 192.

Paris, V., M. Devaux, L. Wei (2010). “Health Systems Institutional Characteristics: A Survey of 29 OECD Countries”, OECD Health Working Papers, No. 50, OECD Publishing.

Rehnberg C (2016). Produktivitetsskillnader mellan akutsjukhus i Norden. Svenskt Näringsliv, Stockholm.

Rijken M, de Bruin SR, Snoeijs S, van Bijnen E, Jansen DL, Schellevis FG (2014). Caring for people with multiple chronic conditions in the Netherlands: policy and practices. ICARE4EU.

Ringard Å, Sagan A, Sperre Saunes I, Lindahl AK (2013). Norway: Health system review. Health Systems in Transition, 15(8): 1–162.

S 2017:1. Samordnad utveckling för god och nära vård. Socialdepartementet, Stockholm.

S 2017:8. Styrning för en mer jämlik vård. Socialdepartementet, Stockholm.

Siciliani L, Hurst J (2005). Tackling excessive waiting times for elective surgery: a comparative analysis of policies in 12 OECD countries. Health Policy. May;72(2):201-15.

Sjukhusläkaren (2018). Väntetider och statistik: SKL:s statistik var ren bluff. 27 september, 2018, nr.4,

Socialstyrelsen (2003). Läkarnas specialistutbildning och strukturen för medicinska specialiteter – en översyn. Stockholm, Socialstyrelsen, artikelnr 2003-107-1.

Socialstyrelsen (2018a). Nationella planeringsstödet 2018. Bedömning av tillgång och efterfrågan på vissa personalgrupper inom hälso- och sjukvård samt tandvård.

Socialstyrelsen (2018b).

https://www.socialstyrelsen.se/nyheter/2018/godaresultatforsverigeinyvardrapport. Hämtat 2019-08-12.

Socialstyrelsen (olika år). Statistikdatabas för hälso- och sjukvårdspersonal.

Socialstyrelsen (olika år). Användningen av DRG vid svenska landsting (Excel-underlag).

Socialstyrelsen (2019). https://www.socialstyrelsen.se/regler-och-riktlinjer/nationell-hogspecialiserad-vard/tillstand/. Hämtad 2019-10-31.

SOU 2016:2. Effektiv vård – Slutbetänkande av en nationell samordnare för effektivare resursutnyttjande inom hälso- och sjukvården. Socialdepartementet, Stockholm.

SCB, hälsoräkenskaper, olika år.

Strandberg-Larsen M, Nielsen B, Krasnik A, Vrangbæk K (2006). Is Denmark prepared to meet future health demands? Eurohealth, 12(4):7 – 10.

Sveréus S, Larsson K, Rehnberg C (2017). Clinic continuity of care, clinical outcomes and direct costs for COPD in Sweden: a population based cohort study. Eur Clin Respir J. Mar 3;4(1):1290193.

Sveréus S, Kjellsson G, Rehnberg C (2018). Socioeconomic distribution of GP visits following patient choice reform and differences in reimbursement models: Evidence from Sweden. Health Policy. Sep;122(9):949-956.

Sveriges Kommuner och Landsting (2019a). Ekonomirapporten, oktober 2019 – om kommunernas och regionernas ekonomi. SKL, Stockholm.

Sveriges Kommuner och Landsting (2019b). Kostnader för inhyrd personal i hälso- och sjukvården. SKL, Stockholm.

Sveriges Läkarförbund (olika år). Läkarfakta, Stockholm.

Tjerbo T, Hagen T (2018). The health policy pendulum: Cost control vs activity growth. Int J Health Plann Manage. Jan;33(1):e67-e75.

van de Ven W, Schut F (2008). Universal mandatory health insurance in the Netherlands: a model for the United States? Health Aff (Millwood), May-Jun;27(3):771-81.

van den Berg, MJ, van Loenen T, Westert G (2016). Accessible and Continuous Primary Care May Help Reduce Rates of Emergency Department Use. An international Survey in 34 Countries. Family Practice, 33(1) s. 42–50.

van der Zee J, Kroneman MW (2007). Bismarck or Beveridge: a beauty contest between dinosaurs. BMC Health Serv Res. Jun 26;7:94.

van Doorslaer E, Wagstaff A, Rutten F (eds.). Equity in the Finance and Delivery of Health Care. An International Perspective. Oxford University Pres, 1992.

van Loenen T, van den Berg M, Heinemann S, Baker R, Faber M, Westert GP. (2016). Trends towards stronger primary care in three western European countries; 2006 – 2012. Family Practice 17(1): 1–9.

VGR (2014). Överbeläggningar och rapporterade skador i vården. Sammanställning och analys av rapportering inom slutenvården

september 2012 till maj 2013. Västra Götalandsregionen, Göteborg.

Viberg N, Forsberg B, Borowitzd M, Molin R (2013). International comparisons of waiting times in health care – Limitations and prospects.

Vicente V, Svensson L, Wireklint Sundstrom B, Sjostrand F, Castren M. (2014). Randomized controlled trial of a prehospital decision system by emergency medical services to ensure optimal treatment for older adults in Sweden. J Am Geriatr Soc. 62(7):1281-7.

Vårdanalys (2015). Varierande väntan på vård - Analys och uppföljning av den nationella vårdgarantin. Rapport 2015:5, Stockholm.

Vårdanalys (2016). Vården ur befolkningens perspektiv 2016 – en jämförelse mellan Sverige och tio andra länder -– Resultat från The Commonwealth Fund International Health Policy Survey. PM 2016:5, Stockholm.

Vårdanalys (2017). Primärvården i belysning. Jämförelser mellan landsting och regioner 2011–2015. PM 2017:5, Stockholm.

Vårdanalys (2018). Allmän tillgång? Ett kunskapsunderlag för en stärkt försörjning av läkarkompetens i första linjens vård. Rapport 2018:5, Stockholm.

Wagstaff A, van Doorslaer E, van der Burg H et al. (1999). Equity in the finance of health care: some further international comparisons. Journal of Health Economics 18:263–290.

WHO (2000). The world health report 2000 - Health systems: improving performance. WHO, Geneva.

WHO (2010). Health Systems Financing – the path to universal coverage. WHO, Geneva.

Williamson, O. E. (1975). Markets and Hierarchies: Analysis and Antitrust Implications. The Free Press, New York.

Williamson, O. E. (1985). The Economic Institutions of Capitalism, The Free Press, New York.

Bilagor

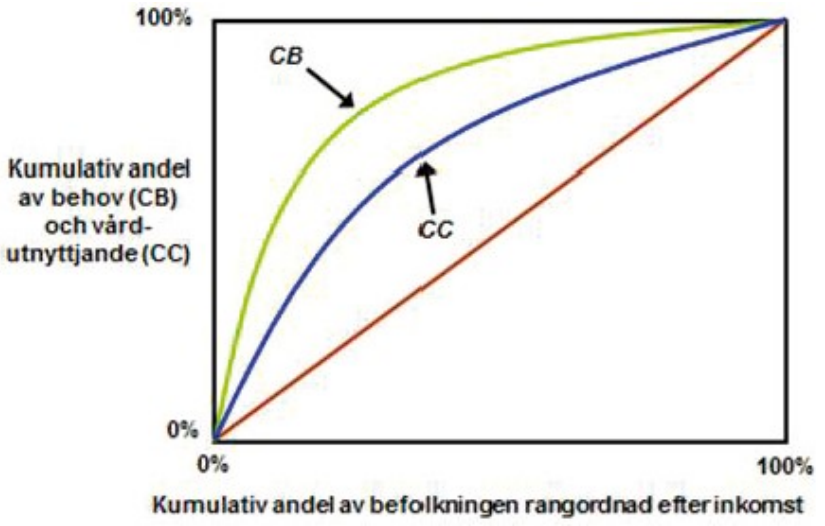
Bilaga 1. Metod för analys av jämlikt vårdutnyttjande

De studier som sammanställs är dels deskriptiva redogörelser av vårdutnyttjandets fördelning, dels mer analytiska studier. Inledningsvis redogörs för studier där ekonomiska metoder tillämpats för att belysa skillnader i vårdutnyttjandet. Metoderna utgår i huvudsak från den tradition som funnits inom nationalekonomi med beräkning av s.k. koncentrationsindex för att analysera fördelningseffekterna. Metoden kan tillämpas på såväl individnivå som gruppnivå (t.ex. geografiska områden). De mått på vårdutnyttjande som används i flera studier är olika typer av besök samt andra kontakter inom vården. Beroende på om avsikten är att belysa fördelningseffekter av den totala eller delar av vårdkonsumtionen kan måtten begränsas därefter.

Metoden illustreras grafiskt i form av en s.k. koncentrationskurva som används för att skatta ett värde på ett koncentrationsindex som visar ojämlikhet i t.ex. inkomst, konsumtion eller hälsa. Med denna metod jämförs den faktiska fördelningen av vårdutnyttjandet mellan individer med en tänkt situation då varje individ har exakt samma vårdutnyttjande. I en situation där samtliga individer har lika vårdutnyttjande per individ kommer koncentrationskurvan att representeras av den räta linjen i figur bilaga 1 nedan (diagonalen). Koncentrationsindexet får då värdet 0 och det betyder t.ex. att 20 procent av befolkningen konsumerar 20 procent av vården. Om koncentrationskurvan ligger till vänster om diagonalen (CC) har vi en situation där individer med låg inkomst konsumerar mer än de med hög inkomst. Koncentrationskoefficient har då ett negativt värde som högst är -1. Ett motsatt läge där de med hög inkomst konsumerar mer än de med låg inkomst ger ett positivt värde på högst +1. Index varierar således mellan värdena -1 och +1. För att

analysera om vårdutnyttjandet är jämlikt ska även en korrigering ske för skillnader i ålder, kön och vårdbehov (CB). Ojämlikhetsmåttet mäter således arean mellan CC och CB. Olika indikatorer på vårdbehov kan vara uppfattning av självskattad hälsa, förekomst av kronisk sjukdom m.m. Dessutom standardiseras för skillnader i ålder och kön.

Figur bilaga 1 Koncentrationskurvor för faktiskt och förväntat vårdutnyttjande



En justering av vårdutnyttjandet efter vårdbehov kan medföra att även om låginkomsttagare konsumerar mer vård är vårdutnyttjandet ojämlikt. Utifrån vårdbehovet borde skillnaderna i vårdutnyttjandet vara än större. Om t.ex. CC ligger ovanför diagonalen då utnyttjar låginkomsttagare mer vård än höginkomsttagare. Om CB istället ligger ovanför CC då utnyttjar låginkomsttagare för litet vård relativt deras behov. I likhet med de flesta empiriska rättvisestudier är analysen fokuserad på den horisontella tolkningen av fördelning efter behov, dvs. i vilken utsträckning som personer med lika behov har tilldelats lika mycket vårdresurser eller, vid olika fördelning, i vilken utsträckning som resursfördelningen avviker från normen. Utgångspunkten är att individer med lika behov skall behandlas lika.

Bilaga 2. Jämlik vård: specialist-och sjukhusvård

Tabell B.1 Horisontell jämlikhet i vårdutnyttjande – slutenvård och öppen specialistvård

	Slutenvårdsutnyttjande (totalt)	Slutenvårdsutnyttjande (sannolikheten för inskrivning)	Specialistbesök (vid och utanför sjukhus)
Skattebaserade system			
Danmark	-0,0925	-0,011	0,041
Finland	-0,0473	-0,016	0,118
Irland	-0,0330	0,053	0,102
Sverige	-0,0056	0,035	
Portugal	0,0044	0,113	0,130
Storbritannien	0,0133	0,013	0,011
Spanien	0,0252	0,033	0,061
Italien	0,0326	0,028	0,087
Norge			0,055
Socialförsäkringssystem			
Schweiz	-0,0630	-0,065	0,047
Belgien	-0,0475	-0,034	0,052
Nederländerna	-0,0401	-0,021	0,018
Frankrike	0,0348	0,000	0,045
Tyskland	-0,0290	-0,033	0,034
Österrike		0,019	0,039
= Pro-poor			

Källa: van Doorslaer et al. 2004.

Förteckning över tidigare rapporter till ESO

2019

- Lika för alla? En ESO-antologi om skolans likvärdighet.
- Synd och skatt – en ESO-rapport om politiken inom områdena alkohol, tobak och spel.
- Skillnad på marginalen – en ESO-rapport om reformerad inkomstbeskattning.
- Rätt på EU:s sätt – en ESO-rapport om EU-rättens inverkan på svensk skattelagstiftning.
- Klimatmål på villovägar? En ESO-rapport om politiken för utsläppsminskningar i vägtrafiken.
- Stöta på patrull – en ESO-rapport om polisens problem-orienterade arbete.
- Pang för pengarna – en ESO-rapport om Sveriges militära materielförsörjning.

2018

- Grundlag i gungning? En ESO-rapport om EU och den svenska offentlighetsprincipen.
- Lönar sig arbete 2.0? En ESO-rapport med fokus på nyanlända.
- Tid för integration – en ESO-rapport om flyktingars bakgrund och arbetsmarknadsetablering.
- Skydda lagom – en ESO-rapport om miljömålet Levande skogar.
- Tänk efter före! En ESO-rapport om samhällsekonomiska konsekvensanalyser.
- Operation digitalisering – en ESO rapport om hälso- och sjukvården.
- Data i egna händer – en ESO-rapport om personliga hälsokonton.

2017

- Dags för omprövning – en ESO-rapport om styrning av offentlig verksamhet.
- Bygg mer för fler! En ESO-rapport om staten, kommunerna och bostadsbyggandet.
- Ankomst och härkomst – en ESO-rapport om skolresultat och bakgrund.
- Yes box! En ESO-rapport om en ny modell för kapital- och bostadsbeskattning.
- Olika kön, olika lön – en ESO-rapport om diskriminering på arbetsmarknaden.
- Makar som delar på kakan – en ESO-rapport om jämställda pensioner.
- Inspiration för integration – en ESO-rapport om arbetsmarknadspolitik för nyanlända i fem länder.
- Att vara brygga mellan forskning och politik – en festskrift från nya ESO:s 10-årsjubileum.

2016

- Boende med konsekvens – en ESO-rapport om etnisk bostadssegregation och arbetsmarknad.
- Sjukskrivningarnas anatomi – en ESO-rapport om drivkrafterna i sjukförsäkringssystemet.
- När skolan själv får välja – en ESO-rapport om friskolornas etableringsmönster.
- Digitaliseringens dynamik – en ESO-rapport om strukturomvandlingen i svenskt näringsliv.
- Grön tillväxt under lupp – en ESO-rapport om ett begrepp i tiden.
- Mer än tur i struktur – en ESO-rapport om kommunal effektivitet.
- När det rätta blir det lätta – en ESO-rapport om ”nudging”.

2015

- En ny giv? En ESO-rapport om regleringen av spelmarknaden.
- Maktutövningar under lagarna? En ESO-rapport om trotsiga kommuner.

- En förlorad generation? En ESO-rapport om ungas etablering på arbetsmarknaden.
- Verksamma insatser mot brott? En ESO-rapport om orsak och verkan.
- Familjepolitik för alla? En ESO-rapport om föräldrapenning och jämställdhet.

2014

- Goda år på ålders höst? En ESO-rapport om konkurrens i äldreomsorgen.
- 3:12-Corporations in Sweden: The Effects of the 2006 Tax Reform on Investments, Job Creation and Business Start-ups.
- Företagandets förutsättningar – En ESO-rapport om den svenska ägarbeskattningen.
- Kapital på krita? En ESO-rapport om företagandets finansiering.
- Konkurrens, kontrakt och kvalitet – hälso- och sjukvård i privat regi.
- Hållbara beräkningar – en ESO-rapport om att bedöma den offentliga sektorns finansiella hållbarhet.
- Med nya mått mätt – en ESO-rapport om indikationer på produktivitetsutvecklingen i offentlig sektor.
- Institutionsvård, incitament och information – en ESO-rapport om placering av ungdomar med sociala problem.

2013

- Bäste herren på täppan? En ESO-rapport om bostadsbyggande och kommunala markanvisningar.
- Allmän nytta eller egen vinning? En ESO-rapport om korruption på svenska.
- Var skapas jobben? En ESO-rapport om dynamiken i svenskt näringsliv 1990–2009.
- Transportinfrastrukturens framtida organisering och finansiering.
- Investeringar in blanco? En ESO-rapport om behovet av infrastruktur.
- Bonde söker bidrag – en ESO-rapport om effektivitet i det svenska landsbygdsprogrammet.

- The pension system in Sweden.
- Den offentliga sektorn – en antologi om att mäta produktivitet och prestationer.
- Utvinning för allmän vinning – en ESO-rapport om svenska mineralinkomster.
- Offentlig upphandling eller gröna nedköp? En ESO-rapport om miljöpolitiska ambitioner.

2012

- Svängdörr i staten – en ESO-rapport om när politiker och tjänstemän byter sida.
- En god start – en ESO-rapport om tidigt stöd i skolan.
- Den akademiska frågan – en ESO-rapport om frihet i den högre skolan.
- Income Shifting in Sweden. An empirical evaluation of the 3:12 rules.
- Samhällsekonomin på spåret – en ESO-rapport om att räkna på tunnelbanan.
- Hjälpa eller stjälpa? En ESO-rapport om kontrollfunktionen i arbetslöshetsförsäkringen.
- Lärda för livet? – en ESO-rapport om effektivitet i svensk högskoleutbildning.
- Forskning och innovation – statens styrning av högskolans samverkan och nyttiggörande.

2011

- UD i en ny sits – organisation, ledning och styrning i en globaliserad värld.
- Försvarets förutsättningar – en ESO-rapport om erfarenheter från 20 år av försvarsreformer.
- Kalorier kostar – en ESO-rapport om vikten av vikt.
- Avtalsbestämda ersättningar, andra kompletterande ersättningar och arbetsutbudet.
- Sysselsättning för invandrare – en ESO-rapport om arbetsmarknadsintegration.
- Kollektivtrafik utan styrning.

- Vägval i vården – en ESO-rapport om skillnader och likheter i Norden.
- Att lära av de bästa – en ESO-rapport om svensk skola i ett internationellt forskningsperspektiv.
- Rapport från ett ESO-seminarium – decenniets framtidsfrågor.

2010

- En kår på rätt kurs? En ESO-rapport om försvarets framtida kompetensförsörjning.
- Beskattning av privat pensionssparande.
- Polisens prestationer – En ESO-rapport om resultatstyrning och effektivitet.
- Swedish Tax Policy: Recent Trends and Future Challenges.
- Statliga bidrag till kommunerna – i princip och praktik.
- Revisionen reviderad – en rapport om en kommunal angelägenhet.
- Värden i vården – en ESO-rapport om målbaserad ersättning i hälso- och sjukvården.
- Enkelt och effektivt – en ESO-rapport om grundtrygghet i välfärdssystemen.
- Kåren och köerna. En ESO-rapport om den medicinska professionens roll i styrningen av svensk hälso- och sjukvård.

2009

- Den långsiktiga finansieringen – välfärdspolitikens klimatfråga?
- Regelverk och praxis i offentlig upphandling.
- Invandringen och de offentliga finanserna.
- Fyra dyra fonder? Om effektiv förvaltning och styrning av AP-fonderna.
- Lika skola med olika resurser? En ESO-rapport om likvärdighet och resursfördelning.
- En kår i kläm – Läraryrket mellan professionella ideal och statliga reform ideologier.

2003

- Skolmisslyckande – hur gick det sen?

- Politik på prov – en ESO-rapport om experimentell ekonomi.
- Precooking in the European Union – the World of Expert Groups.
- Förtjänst och skicklighet – om utnämningar och ansvarsutkrävande av generaldirektörer.
- Bostadsbyggandets hinderbana – en ESO-rapport om utvecklingen 1995–2001.
- Axel Oxenstierna – Furstespegel för 2000-talet.

2002

- ”Huru skall statsverket granskas?” – Riksdagen som arena för genomlysning och kontroll.
- What Price Enlargement? Implications of an expanded EU.
- Den svenska sjukan – sjukfrånvaron i åtta länder.
- Att bekämpa mul- och klövsjuka en ESO-rapport om ett brännbart ämne.
- Lärobok för regelnissar – en ESO-rapport om regelhantering vid avregleringar.
- Att hålla balansen – en ESO-rapport om kommuner och budgetdisciplin.
- The School´s Need for Resources – A Report on the Importance of Small Classes.
- Klassfrågan – en ESO-rapport om lärartätheten i skolan.
- Staten fick Svarte Petter – en ESO-rapport om bostadsfinansieringen 1985–1993.
- Hoten mot kommunerna – en ESO-rapport om ansvarsfördelning och finansiering i framtiden.

2001

- Mycket väsen för lite ull – en ESO-rapport om partnerskapen i de regionala tillväxtavtalen.
- I rikets tjänst – en ESO-rapport om statliga kårer.
- Rättvisa och effektivitet – en ESO-rapport om idéanalys.
- Nya bud – en ESO-rapport om auktioner och upphandling.
- Betyg på skolan – en ESO-rapport om gymnasieskolorna.
- Konkurrens bildar skola – en ESO-rapport om friskolornas betydelse för de kommunala skolorna.

- Priset för ett större EU – en ESO-rapport om EU:s utvidgning.

2000

- Att granska sig själv – en ESO-rapport om den kommunala miljötillsynen.
- Bra träffbild, fast utanför tavlan – en ESO-rapport om EU:s strukturpolitik.
- Utbildningens omvägar – en ESO-rapport om kvalitet och effektivitet i svensk utbildning.
- En svartvit arbetsmarknad? – en ESO-rapport om vägen från skola till arbete.
- Privilegium eller rättighet? – en ESO-rapport om antagningen till högskolan
- Med många mått mätt – en ESO-rapport om internationell benchmarking av Sverige.
- Kroppen eller knoppen? – en ESO-rapport om idrotts-gymnasierna.
- Studiebidraget i det långa loppet.
- 40-talisternas uttåg – en ESO-rapport om 2000-talets demografiska utmaningar.

1999

- Dagis och drivkrafter – en ESO-rapport om 2000-talets demografiska utmaningar.
- Återvinning utan vinning – en ESO-rapport om sopor.
- En akademisk fråga – en ESO-rapport om rankning av C-uppsatser.
- Hederlighetens pris – en ESO-rapport om korruption.
- Samhällets stöd till de äldre i Europa – en ESO-rapport om fördelningspolitik och offentliga tjänster.
- Regionalpolitiken – en ESO-rapport om tro och vetande.
- Att snubbla in i framtiden – en ESO-rapport om statlig omvandling och avveckling.
- Att reda sig själv – en ESO-rapport om rederier och subventioner.
- Bostad sökes – en ESO-rapport om de hemlösa i folkhemmet.

- Att ta sig ton – en ESO-rapport om svensk musikexport 1974–1999.
- Med backspegeln som kompass – en ESO-rapport om stabiliseringspolitiken som läroprocess.
- Med backspegeln som kompass – ett ESO-seminarium om stabiliseringspolitik som läroprocess.

1998

- Staten och bolagskapitalet – om aktiv styrning av statliga bolag.
- Kommittéerna och bofinken – kan en kommitté se ut hur som helst?
- Regeringskansliet inför 2000-talet – rapport från ett ESO-seminarium.
- Att se till eller titta på – om tillsynen inom miljöområdet.
- Arbetsförmedlingarna – mål och drivkrafter.
- Kommuner Kan! Kanske! – om kommunal välfärd i framtiden.
- Vad kostar en ren? – en ekonomisk och politisk analys.

1997

- Fisk och Fusk – Mål, medel och makt i fiskeripolitiken.
- Ramar, regler, resultat – vem bestämmer över statens budget?
- Lönar sig arbete?
- Egenföretagande och manna från himlen.
- Jordbruksstödet – efter Sveriges EU-inträde.

1996

- Kommunerna och decentraliseringen – Tre fallstudier.
- Novemberrevolutionen – om rationalitet och makt i beslutet att avreglera kreditmarknaden 1985.
- Kan myndigheter utvärdera sig själva?
- Nästa steg i telepolitiken.
- Reglering som spel – Universiteten som förebild för offentliga sektorn?
- Hur effektivt är EU:s stöd till forskning och utveckling? – En principdiskussion.

1995

- Kapitalets rörlighet Den svenska skatte- och utgiftsstrukturen i ett integrerat Europa.
- Generationsräkenskaper.
- Invandring, sysselsättning och ekonomiska effekter.
- Hushållning med knappa naturresurser Exemplet sportfiske.
- Kostnader, produktivitet och måluppfyllelse för Sveriges Television AB.
- Vad blev det av de enskilda alternativen? En kartläggning av verksamheten inom skolan, vården och omsorgen.
- Hushållning med knappa naturresurser Exemplen allemansrätten, fjällen och skotertrafik i naturen.
- Företagsstödet Vad kostar det egentligen?
- Försvarets kostnader och produktivitet.

1994

- En effektiv försvarspolitik? Fredsvinst, beredskap och återtagning.
- Skatter och socialförsäkringar över livscykeln En simuleringsmodell.
- Nettokostnader för transfereringar i Sverige och några andra länder.
- Fördelningseffekter av offentliga tjänster.
- En Social Försäkring.
- Valfrihet inom skolan Konsekvenser för kostnader, resultat och segregation.
- Skolans kostnader, effektivitet och resultat En branschstudie.
- Bensinskatteförändringens effekter.
- Budgetunderskott och statsskuld Hur farliga är de?
- Den svenska insolvensrätten Några förslag till förbättringar inom konkurshanteringen m.m.
- Det offentliga stödet till partierna Inriktning och omfattning.
- Den offentliga sektorns produktivitetsutveckling 1980–1992.
- Kvalitet och produktivitet – Teori och metod för kvalitetsjusterande produktivitetsmått.
- Kvalitets- och produktivitetsutvecklingen i sjukvården 1960–1992.
- Varför kulturstöd? Ekonomisk teori och svensk verklighet.

- Att rädda liv Kostnader och effekter.

1993

- Idrott åt alla? Kartläggning och analys av idrottsstödet.
- Social Security in Sweden and Other European Countries Three Essays.
- Lönar sig förebyggande åtgärder? Exempel från hälso- och sjukvården och trafiken.
- Hur välja rätt investeringar i transportinfrastrukturen?
- Presstödets effekter en utvärdering.

1992

- Statsskulden och budgetprocessen.
- Press och ekonomisk politik tre fallstudier.
- Kommunerna som företagsägare – aktiv koncernledning i kommunal regi.
- Slutbudsmetoden ett sätt att lösa tvister på arbetsmarknaden utan konflikter.
- Hur bra är vi? Den svenska arbetskraftens kompetens i internationell belysning.
- Statliga bidrag motiv, kostnader, effekter?
- Vad vill vi med socialförsäkringarna?
- Fattigdomsfällor.
- Växthuseffekten slutsatser för jordbruks-, energi- och skattepolitiken.
- Frihandeln ett hot mot miljöpolitiken eller tvärtom?
- Skatteförmåner och särregler i inkomst- och mervärdesskatten.

1991

- SJ, Televerket och Posten bättre som bolag?
- Marginaleffekter och tröskeleffekter barnfamiljerna och barnomsorgen.
- Ostyriga projekt att styra stora kommunala satsningar.
- Prestationsbaserad ersättning i hälso- och sjukvården vad blir effekterna?
- Skogspolitik för ett nytt sekel.

- Det framtida pensionssystemet två alternativ.
- Vad kostar det? Prislista för statliga tjänster.
- Metoder i forskning om produktivitet och effektivitet med tillämpningar på offentlig sektor.
- Målstyrning och resultatuppföljning i offentlig förvaltning.

1990

- Läkemedelsförmånen.
- Sjukvårdskostnader i framtiden vad betyder åldersfaktorn?
- Statens dolda kapital. Aktivt ägande: exemplet Vattenfall.
- Skola? Förskola? Barnskola?
- Bostadskarriären som en förmögenhetsmaskin.

1989

- Arbetsmarknadsförsäkringar.
- Hur ska vi få råd att bli gamla?
- Kommunal förmögenhetsförvaltning i förändring – city-kommunerna Stockholm, Göteborg och Malmö.
- Bostadsstödet – alternativ och konsekvenser.
- Produktivitetsmätning av folkbibliotekens utlåningsverksamhet.
- Statsbidrag till kommuner: allt på en check eller lite av varje? En jämförelse mellan Norge och Sverige.
- Vad ska staten äga? De statliga företagen inför 90-talet.
- Beställare-utförare – ett alternativ till entreprenad i kommuner.
- Lönestrukturen och den "dubbla obalansen" – en empirisk studie av löneskillnader mellan privat och offentlig sektor.
- Hur man mäter sjukvård – exempel på kvalitet- och effektivitetsmätning.

1988

- Vad kan vi lära av grannen? Det svenska pensionssystemet i nordisk belysning.
- Kvalitet och kostnader i offentlig tjänsteproduktion.
- Alternativ i jordbrukspolitiken.
- Effektiv realkapitalanvändning i kommuner och landsting.

- Hur stor blev tvåprocentaren? Erfarenheten från en besparingsteknik.
- Subventioner i kritisk belysning.
- Prestationer och belöningar i offentlig sektor.
- Produktivitetsutveckling i kommunal barnomsorg.
- Från patriark till part – spelregler och lönepolitik för staten som arbetsgivare.
- Kvalitetsutveckling inom den kommunala barnomsorgen.

1987

- Integrering av sjukvård och sjukförsäkring.
- Produktkostnader för offentliga tjänster – med tillämpningar på kulturområdet.
- Kvalitetsutvecklingen inom den kommunala äldreomsorgen 1970–1980.
- Vägar ut ur jordbruksregleringen – några idéskisser.
- Att leva på avgifter – vad innebär en övergång till avgiftsfinansiering?

1986

- Offentliga utgifter och sysselsättning.
- Produktions-, kostnads-, och produktivitetsutveckling inom den offentliga finansierade utbildningssektorn 1960–1980.
- Socialbidrag. Bidragsmottagarna: antal och inkomster. Socialbidragen i bidragssystemet.
- Regler och teknisk utveckling.
- Kostnader och resultat i grundskolan – en jämförelse av kommuner.
- Offentliga tjänster – sökarljus mot produktivitet och användare.
- Svensk inkomstfördelning i internationell jämförelse.
- Byråkratiseringstendenser i Sverige.
- Effekter av statsbidrag till kommuner.
- Effektivare sjukvård genom bättre ekonomistyrning.
- Samhällsekonomiskt beslutsunderlag – en hjälp att fatta bättre beslut.
- Produktions-, kostnads- och produktivitetsutveckling inom armén och flygvapnet 1972–1982.

1985

- Egen regi eller entreprenad i kommunal verksamhet – möjligheter, problem och erfarenheter.
- Sociala avgifter – problem och möjligheter inom färdtjänst och hemtjänst.
- Skatter och arbetsutbud.
- Produktions-, kostnads- och produktivitetsutveckling inom vägsektorn.
- Organisationer på gränsen mellan privat och offentlig sektor – förstudie.
- Frivilligorganisationer alternativ till den offentliga sektorn?
- Transfereringar mellan den förvärvsarbetande och den äldre generationen.
- Produktions-, kostnads- och produktivitetsutveckling inom den sociala sektorn 1970–1980.
- Produktions-, kostnads- och produktivitetsutveckling inom offentligt bedriven hälso- och sjukvård 1960–1980.
- Statsskuldräntorna och ekonomin effekter på den samlade efterfrågan i samhället.

1984

- Återkommande kostnads- och prestationsjämförelser – en metod att främja effektivitet i offentlig tjänsteproduktion.
- Parlamentet och statsutgifterna hur finansmakten utövas i nio länder.
- Transfereringar och inkomstskatt samt hushållens materiella standard.
- Marginella expansionsstöd ekonomiska och administrativa effekter.
- Är subventioner effektiva?
- Konstitutionella begränsningar i riksdagens finansmakt – behov och tänkbara utformningar.
- Perspektiv på budgetunderskottet, del 4. Budgetunderskott, utlandsupplåning och framtida konsumtionsmöjligheter. Budgetunderskott, efterfrågan och inflation.
- Vem utnyttjar den offentliga sektorns tjänster.

1983

- Administrationskostnader för våra skatter.
- Fördelningseffekter av kommunal barnomsorg.
- Perspektiv på budgetunderskottet, del 3. Budgetunderskott, portföljeval och tillgångsmarknader. Modellsimuleringar av offentliga besparingar m.m.
- Produktivitet i privat och offentliga tandvård.
- Generellt statsbidrag till kommuner – modellskisser.
- Administrationskostnader för några transfereringar.
- Driver subventioner upp kostnader – prisbildningseffekter av statligt stöd.
- Minskad produktivitet i offentlig sektor – en studie av patent- och registreringsverket.
- Perspektiv på budgetunderskottet, del 2. Fördelningseffekter av budgetunderskott. Hushållsekonomi och budgetunderskott.
- Enhetligt barnstöd? några variationer på statligt ekonomiskt stöd till barnfamiljer.
- Staten och kommunernas expansion några olika styrmedel.

1982

- Ökad produktivitet i offentlig sektor – en studie av de allmänna domstolarna.
- Offentliga tjänster på fritids-, idrotts- och kulturområdena.
- Perspektiv på budgetunderskottet, del 1. Budgetunderskottens teori och politik. Statens budgetfinansiering och penning-politiken.
- Inkomstomfördelningseffekter av livsmedelssubventioner. Perspektiv på besparingspolitiken.