

Rapport 2014:8

Strukturreformer i hälso- och sjukvårdssystem

Erfarenheter från Danmark, Norge,
England och Nederländerna



► vårdanalys



Citera gärna ur Vårdanalys rapporter,
men ange alltid källa.

Rapporten finns även publicerad
på www.vardanalys.se

Beställning av Vårdanalys tryckta rapporter:
registrator@vardanalys.se
Box 6070, 102 31 Stockholm

© Myndigheten för vårdanalys

Grafisk Design och produktion: Les Creatives Sthlm

Omslagsbild: Thinkstockphotos

Tryck: TMG Sthlm, Stockholm 2014

ISBN: 978-91-87213-30-4

Strukturreformer i hälso- och sjukvårdssystem

Erfarenheter från Danmark, Norge, England och Nederländerna

Beslut om denna rapport har fattats av Myndigheten för vårdanalys styrelse. Utredaren Caroline Andersson har varit föredragande. I den slutliga handläggningen har analyschefen Christofer Montell deltagit.

Stockholm 2014-09-10
Myndigheten för vårdanalys

Eva Lindström
Styrelseordförande

Anders Anell
Vice ordförande

Mef Nilbert
Styrelseledamot

Karin Tengvald
Styrelseledamot

Fredrik Lennartsson
Myndighetschef

Caroline Andersson
Föredragande

Förord

Hur hälso- och sjukvården organiseras, styrs och finansieras är en fråga av största betydelse för patienter och medborgare. Det påverkar grundläggande värden som möjlighet till inflytande, förtroende för vården, långsiktig hållbarhet, utvecklingsförmåga, effektivitet och slutligen kvaliteten på den vård som patienterna får. Hur svensk hälso- och sjukvård ska styras och organiseras för att komma till rätta med problem såsom omotiverade regionala skillnader i tillgänglighet och kvalitet har diskuterats länge. Men frågan ökar i relevans i takt med en förändrad befolkningsstruktur, snabba medicinska framsteg och begränsade resurser. Är dagens struktur den bäst lämpade för att möta utmaningarna och för att ta tillvara de möjligheter som hälso- och sjukvården står inför? Skulle mer genomgripande förändringar av styrning och organisation förbättra förutsättningarna att säkerställa en god och effektiv vård på lika villkor?

Under de senast två decennierna har bland annat två parlamentariska kommittéer, HSU 2000 (S 1992:04) och Ansvarskommittén (SOU 2007:10), analyserat frågorna och också lämnat förslag till förändrad organisation och styrning av svensk hälso- och sjukvård. Men även om reformtakten i svensk hälso- och sjukvård har varit hög, har de grundläggande strukturerna de senaste två decennierna legat fast. Samtidigt har andra länder i vår omvärld genomfört genomgripande strukturreformer. I denna studie belyser vi hur några av dessa länder har valt att reformera både struktur, ansvarsfördelning och finansiering i sina respektive hälso- och sjukvårdssystem. Vi studerar både drivkrafterna bakom reformerna, deras genomförande och vad de har lett till. Vår förhoppning är att denna internationella utblick ska kunna ligga till grund för den fortsatta och viktiga diskussionen om hur sjukvården i Sverige ska styras och organiseras.

Arbetet har letts av utredaren Caroline Andersson och gruppledaren Mariana Näslund Blixt vid Vårdanalys. Medförfattare till rapporten har varit ekon.dr Mattias Lundbäck, vårdanalytiker Oscar Hjertqvist, leg. läkare och doktorand Jens Jacob Fredriksson, samt fil.dr i sociologi och organisationsforskning, Hogne Lerøy Sataøen. Vi vill framföra ett tack till författarna som på ett förtjänstfullt sätt bistått Vårdanalys i att analysera erfarenheter av strukturreformer i andra länders hälso- och sjukvårdssystem. Vi vill också framföra ett tack till professor Jes Søgaard, chef för dokumentation och kvalitet vid Kræftens Bekæmpelse, professor Jon Magnussen vid Norges Teknisk Naturvitenskapelige Universitet (NTNU), samt professor Richard Saltman vid Rollins School of Public Health of Emory University, som har bistått Vårdanalys med att granska rapportens resultat och slutsatser. Vi vill också tacka statsvetarna Evelina Stadin och Caroline Öberg som har varit projektassistenter under arbetet. Avslutningsvis vill vi framföra ett tack till alla de respondenter som deltagit i studien, vilka har bidragit med värdefull information och kommentarer kring erfarenheterna av strukturreformerna i respektive land.

Stockholm i november 2014

Fredrik Lennartsson
Myndighetschef

Sammanfattning

Hur ett hälso- och sjukvårdssystem styrs och organiseras har betydelse för att viktiga målsättningar ur ett patient- och medborgarperspektiv ska uppnås. Det rör sig bland annat om värden såsom likvärdig och jämlik vård, hög medicinsk kvalitet och tillgänglighet.

Styrningen och organiseringen av svensk hälso- och sjukvård har förändrats i omgångar. Några av de mest genomgripande förändringarna skedde under perioden 1960–1992 då bland annat flera av statens ansvarsområden för hälso- och sjukvården fördes över till landstingen. Därefter har förändringarna, trots ett par översyner på området, inte varit av samma omfattning. Utmaningar såsom förändrad demografi, krav på kostnadskontroll och omotiverade regionala skillnader i tillgänglighet och behandlingsresultat väcker dock frågor om behovet av nya sätt att styra och organisera hälso- och sjukvården.

I denna studie analyserar vi hur några europeiska länder under senare tid har genomfört genomgripande förändringar av sättet att styra och organisera sjukvården för att möta liknande utmaningar. Vi kallar det för strukturreformer. Syftet är att visa på andra länders erfarenheter av att genomföra omfattande reformer av hälso- och sjukvårdens organisation och styrning och vilka effekter reformerna har lett till.

Länderna som vi studerar närmare är Norge, Danmark, England och Nederländerna. Vi menar att dessa länder är särskilt intressanta att studera eftersom de har genomfört genomgripande förändringar av sina sjukvårdssystem, men med olika utgångspunkter och lösningar. Analysen av reformerna bygger på befintliga utvärderingar från respektive land samt ett antal intervjuer med nyckelpersoner från de olika länderna.

Nedan summeras de viktigaste resultaten och slutsatserna utifrån följande övergripande rubriker:

- ▶ Övergripande slutsatser: Liknande utmaningar men blandade effekter av reformerna
- ▶ Danmark och Norge: Effekter av ett ökat statligt ansvar och större regioner
- ▶ England: Effekter av mål- och resultatstyrning och stora resurstillskott
- ▶ Nederländerna: Effekter av en konkurrensutsatt beställarorganisation och avreglerad prissättning
- ▶ Hur gick genomförandet av reformerna till?

En mer omfattande genomgång av centrala resultat och slutsatser presenteras i kapitel 2.

LIKANDE UTMANINGAR MEN BLANDADE EFFEKTER AV REFORMERNA

Genomgången av reformernas motiv och målsättningar visar att de har syftat till att möta flera liknande utmaningar. De påminner också om utmaningarna som svensk hälso- och sjukvård står inför. Det rör sig till exempel om bristande geografisk likvärdighet i medicinsk behandling och tillgänglighet, långa väntetider, svårigheter att koncentrera specialiserad vård och behov av kostnadseffektivitet. Samtidigt är det viktigt att framhålla att reformerna som länderna har genomfört för att möta utmaningarna i flera fall är präglade av hälso- och sjukvårdssystemens historiska framväxt och strukturella förutsättningar i respektive land. Det gör att betydelsen av reformernas resultat i en svensk kontext måste tolkas försiktigt. En övergripande bedömning av reformernas effekter är att resultaten är blandade och ofta otydliga. Men även om reformerna inte tycks ha löst alla utmaningar kan de ändå ligga till grund för den svenska diskussionen på ett värdefullt sätt. Resultaten ger inte minst vissa antydningar om vad man kan förvänta sig av större strukturreformer. Det rör sig om såväl positiva som negativa och uteblivna effekter.

Det bör också framhållas att flera av reformerna har haft långsiktiga perspektiv och målsättningar som syftat till att stärka hälso- och sjukvårdssystemens förutsättningar att möta framtida utmaningar. Det gör att reformerna inte enbart kan utvärderas utifrån deras direkta effekter på sjukvårdens resultat. Det finns också anledning att värdera i vilken mån de har bidragit till att skapa förutsättningar som på sikt kan vara viktiga för att upprätthålla legitimiteten för hälso- och sjukvårdssystemen. I dag är det till exempel en större andel bland befolkningen och bland allmänläkare i flera av de studerade länderna som i större utsträckning än i Sverige anser att hälso-

och sjukvårdssystemet på det stora hela fungerar bra och att endast mindre förändringar krävs för att det ska fungera bättre.

EFFEKTER AV ETT ÖKAT STATLIGT ANSVAR OCH STÖRRE REGIONER

Norge och Danmark är exempel på länder som rört sig mot en ökad grad av centraliserad styrning av hälso- och sjukvården. I Norge tog staten över ägarskapet och finansieringen av sjukhusvården från den regionala nivån, det vill säga fylkena. Samtidigt inrättades fem (senare fyra) så kallade regionala hälsoföretag, vilka ansvarar för att beställa hälso- och sjukvård åt sina invånare. De regionala hälsoföretagen fick också ansvaret för att styra egna så kallade hälsoföretag vilka består av ett eller flera offentliga sjukhus. I Danmark omorganiserades den regionala nivån med 14 amter till fem regioner med operativt ansvar för hälso- och sjukvården, men utan egen beskattningsrätt. Finansieringen för hälso- och sjukvården övergick till staten och kommunerna. Samtidigt slogs flertalet kommuner samman till större enheter och kommunerna fick ett ökat ansvar för förebyggande, hälsofrämjande och rehabiliterande insatser. Den ökade graden av statlig styrning och större regioner tycks ha lett till ett antal olika effekter:

- Färre och större sjukhusorganisationer
- Blandade effekter på förmågan att koncentrera specialiserade behandlingar
- Ökad produktivitet
- I vissa avseenden kortare väntetider
- Vissa positiva effekter på geografisk likvärdighet
- Utmaningar i att skapa sammanhållen och förebyggande vård
- Vissa positiva effekter på forskning och infrastruktur
- Signaler om minskad lokaldemokrati men ökat patientinflytande

EFFEKTER AV MÅL- OCH RESULTATSTYRNING OCH STORA RESURSTILLSKOTT

I England genomförde regeringen mot slutet av 1990-talet och början av 2000-talet en större reformering av det engelska hälso- och sjukvårdssystemet. En grundläggande del av reformerna var att decentralisera delar av ansvaret från statlig nivå längre ner i sjukvårdens verksamheter med syftet att bland annat förtydliga samverkans- och uppföljningsansvaret på lokal nivå. Samtidigt tog staten ökad kontroll över kvalitetsarbetet genom införandet av en tydlig nationell mål- och resultatstyrning. Sanktioner och ekonomiska



incitament utformades för att stimulera vårdgivarna till att förbättra sina resultat. Nya modeller för nationell kvalitetsuppföljning togs fram. Därutöver tillfördes hälso- och sjukvårdssektorn kraftigt utökade ekonomiska anslag. Reformerna tycks bland annat ha lett till följande centrala resultat:

- Bättre resultat, framför allt på tillgänglighetsområdet
- Svagare effekter på hälsoskillnader
- Omtvistad produktivitetsutveckling
- Ökat förtroende för sjukvården

EFFEKTER AV EN KONKURRENSUTSATT BESTÄLLARORGANISATION OCH AVREGLERAD PRISSÄTTNING

Den nederländska reformen innebar att en gemensam obligatorisk hälso- och sjukvårdsförsäkring infördes för i stort sett alla invånare. Patienter kan välja mellan ett mindre antal konkurrerande försäkringsbolag som ansvarar för att beställa och finansiera hälso- och sjukvård åt sina försäkringstagare. Reformen var också början på en successiv prisavreglering i den specialiserade sjukhusvården. Avregleringen syftade till att låta försäkringsbolagen i större utsträckning förhandla med vårdgivarna om innehållet i och ersättningen för hälso- och sjukvårdstjänster. På sikt förväntades det bidra till mer sammanhängande vård runt patienterna och mer förebyggande hälso- och sjukvård. Försäkringsmodellen tycks sammantaget ha lett till:

- Ökade förutsättningar för kvalitetskonkurrens...
- ... men patienterna väljer i fortsatt utsträckning utifrån pris
- Snabbare utveckling av integrerade vårdkedjor

HUR GICK GENOMFÖRANDET AV REFORMERNA TILL?

Flera omfattande reformer har genomförts i svensk hälso- och sjukvård de senaste decennierna, men sjukvårdssystemets administrativa organisering i 21 självstyrande landsting och regioner med egen beskattningsrätt har legat fast. Den nuvarande organiseringen och ansvarsfördelningen har varit föremål för två större utredningar (HSU 2000 och Ansvarskommittén), men utredningarna har inte resulterat i några genomgripande förändringar av hälso- och sjukvårdens organisation. Det gör det intressant att studera vad som initierat strukturreformerna i de andra länderna och hur genomförandet har gått till. Några övergripande slutsatser är:

- Regeringarnas reformambitioner har i flera fall inte annonserats i förväg
- Tillfälliga omständigheter tycks ha möjliggjort reforminitiativen
- De dominerande partierna har varit drivande i processerna
- Enskilda nyckelpersoner har spelat centrala roller för genomförandet
- Tidplanen har styrts av både graden av politisk kontroll och graden av förankring under processen
- Kostnaderna för reformerna har varierat
- Det saknas i flera fall en systematisk uppföljning av reformerna

Innehåll

1. Vi vill visa på erfarenheter av strukturreformer	17
1.1 Bakgrunden är den aktuella diskussionen om hur hälso- och sjukvården ska styras och organiseras.....	17
1.2 Andra länders förändringar kan ligga till grund för diskussionen	18
2. Samlade erfarenheter från andra länders strukturreformer	23
2.1 Liknande utmaningar men blandade effekter av reformerna	23
2.2 Effekter av ett ökat statligt ansvar och större regioner	27
2.3 Effekter av mål- och resultatstyrning och stora resurstillskott	32
2.4 Effekter av en konkurrensutsatt beställarorganisation och avreglerad prissättning.....	35
2.5 Hur gick genomförandet av reformerna till?.....	37
3. Hälso- och sjukvårdssystemen har vissa skillnader	43
3.1 Ländernas strukturella förutsättningar skiljer sig åt	43
3.2 Sjukvården organiseras och finansieras på olika sätt	44
3.3 Sverige visar relativt goda medicinska resultat till låga kostnader.....	47
3.4 ... men färre tycks vara nöjda med systemet i sin helhet	47
4. Den danska kommunalreformen förändrade hela den offentliga sektorns organisation och finansiering	53
4.1 Målet med reformen var att skapa en mer effektiv offentlig sektor	54
4.2 Staten och kommunerna fick ett utökat ansvar för hälso- och sjukvård ...	56
4.3 Processen var starkt politiskt styrd och genomfördes snabbt	60
4.4 Reformen har lett till bättre samordning och ökad produktivitet.....	66



5. I Norge tog staten över ägarskapet och finansieringen av sjukhussektorn	75
5.1 Oklara ansvarsförhållanden låg bakom den norska reformen av sjukhusvården	76
5.2 Reformen innebar att staten övertog ägarskap och finansiering av sjukhusvården.....	80
5.3 Reformen genomfördes i rekordfart och med stöd av lagstiftning.....	84
5.4 Effekterna av reformen är blandade och ibland inte tillräckligt belysta ...	89
5.5 År 2012 trädde en ny sjukhusreform i kraft	102
6. I England decentraliserades vissa ansvarsområden samtidigt som starkare nationell målstyrning infördes	107
6.1 Geografiska skillnader i vårdresultat och minskat förtroende för sjukvården behövde åtgärdas	109
6.2 Reformerna innebar förändrade ansvarsförhållanden, ökade resurser och införande av nationell målstyrning	110
6.3 Reformerna genomfördes bland annat med hjälp av resurstillskott	117
6.4 Väntetiderna blev kortare och vårdresultaten bättre men flera folkhälsoskillnader bestod	121
6.5 En ny reform förändrar den tidigare organisationen	131
7. I Nederländerna förändrades försäkringssystemet och prisregleringen	135
7.1 Patientfokus och utrymmet för innovation behövde förbättras	136
7.2 Enhetlig sjukvårdsförsäkring och successiv prisavreglering infördes.....	137
7.3 Tidigare politiska nederlag var en drivkraft bakom reformen	144
7.4 Befolkningen omfattas i dag av samma försäkringssystem men övriga effekter är omstridda	149
8. Referenser	159
Bilaga 1 – Intervjuade personer	173
Bilaga 2 – Indikatorer för bedömning av medicinska resultat och kostnader	175



Vi vill visa på erfarenheter av strukturreformer

Hur ett hälso- och sjukvårdssystem styrs och organiseras har betydelse för att viktiga målsättningar ur ett patient- och medborgarperspektiv ska uppnås. Det rör sig bland annat om viktiga värden såsom likvärdig och jämlik vård, hög medicinsk kvalitet och tillgänglighet. I förhållande till andra länder visar svensk hälso- och sjukvård generellt sett goda medicinska resultat till måttliga kostnader. Men utmaningar såsom förändrad demografi, krav på kostnadskontroll och vissa omotiverade regionala skillnader i tillgänglighet och behandlingsresultat väcker dock frågor om behovet av nya sätt att styra och organisera hälso- och sjukvården.

I denna studie analyserar vi hur några europeiska länder har förändrat sitt sätt att styra och organisera sjukvården för att möta liknande utmaningar. Vi kallar det för strukturreformer. Syftet är att visa på andras erfarenheter av att genomföra omfattande reformer av hälso- och sjukvårdens organisation, ansvarsförhållanden, styrning och vilka effekter reformerna har lett till.

1.1 BAKGRUNDEN ÄR DEN AKTUELLA DISKUSSIONEN OM HUR HÄLSO- OCH SJUKVÅRDEN SKA STYRAS OCH ORGANISERAS

Styrningen och organiseringen av svensk hälso- och sjukvård har förändrats i omgångar. Några av de mest genomgripande förändringarna skedde under perioden 1960–1992. Då fördes bland annat flera av statens ansvarsområden för hälso- och sjukvården över till landstingen samtidigt som kommunerna fick ta över ansvaret för vården och omsorgen om äldre vid sjukhem och långvårdsinrättningar. Därefter har förändringarna varit mer försiktiga.

Sedan 1990-talet och framåt har dock frågan om hur hälso- och

sjukvårdssystemets övergripande struktur och styrning ska se ut varit föremål för två stora parlamentariska utredningar – HSU 2000 (SOU 1999:96) och Ansvarskommittén (SOU 2007:10). Den senare, Ansvarskommittén, tillsattes 2003 och fick i uppdrag att bland annat analysera och vid behov föreslå förändringar av hälso- och sjukvårdens struktur och nuvarande uppgiftsfördelning mellan stat, landsting och kommuner. Några slutsatser från utredningen var bland annat att det fanns alltför många och otydliga statliga styrmedel. Den ansåg också att många landsting var allt för små befolkningsmässigt och resursmässigt för att kunna göra effektiva investeringar inom hälso- och sjukvården. Utifrån utredningens slutsatser presenterade kommittén två förslag. Det ena var att staten skulle renodla sin styrning till att reglera och stödja utvecklingen av en sjukvård som baseras på bästa tillgängliga kunskap. Det andra var att nya, större regionkommuner skulle ersätta landstingen som huvudmän för sjukvården (SOU 2007:10 s. 124–125, s. 158–159).

Ansvarskommitténs förslag om en förändrad styrning och struktur för hälso- och sjukvården förverkligades aldrig. Staten har i stället med andra medel försökt att motverka brister såsom omotiverade skillnader i vårdutbud, tillgänglighet och medicinsk kvalitet. Det har rört sig om mer omfattande lagstiftning, öronmärkta medel och fler överenskommelser tillsammans med Sveriges Kommuner och Landsting för att uppmuntra till förändringsarbete. Sammantaget ser vi en trend mot mer av statlig styrning av vården och i vissa avseenden minskat kommunalt självstyre även om den grundläggande organisationen och ansvarsområdena behållits intakta (Fredriksson 2012).

Bland annat som en följd av spänningen mellan den statliga och lokala styrningen har en diskussion återigen aktualiserats kring hur ansvaret bör fördelas för att möta utmaningarna som sjukvården står inför. Några menar att en ökad statlig styrning av sjukvården kan vara en lösning, medan andra menar att den huvudsakliga styrningen fortsatt bör ske på en decentraliserad nivå, det vill säga inom landstingens ramar.

1.2 ANDRA LÄNDERS FÖRÄNDRINGAR KAN LIGGA TILL GRUND FÖR DISKUSSIONEN

I diskussionen om möjliga effekter av en förändrad styrning och organisering av den svenska sjukvården är det värdefullt att studera erfarenheter från andra länder. I Europa finns ett antal länder som har genomfört omfattande förändringar av sina hälso- och sjukvårdssystem i syfte att bland annat tydliggöra roller och ansvarsfördelning mellan olika aktörer, så kallade

strukturreformer. I den här studien har vi valt att närmare analysera strukturreformer i hälso- och sjukvårdssystemen i Norge, Danmark, England och Nederländerna. Dessa länder är intressanta eftersom de har genomfört genomgripande förändringar av sina sjukvårdssystem, men med olika utgångspunkter och lösningar.

Norge och Danmark är exempel på länder där vi ser en ökad centralstyrning av hälso- och sjukvården i kombination med ett visst ökat lokalt ansvar. I Norge genomfördes år 2002 den så kallade sjukhusreformen, som innebar att staten övertog ägarskapet för och finansieringen av landets sjukhus ifrån den regionala nivån, fylkena. Samtidigt fick fem (senare fyra) regionala hälsoföretag ansvaret för att beställa och styra driften av sjukhusvård i egen regi. I Danmark omorganiserades den regionala nivån med 14 amter år 2007 till fem regioner med operativt ansvar för hälso- och sjukvården, men utan egen beskattningsrätt. Finansieringen blev dels statlig, dels kommunal. Det engelska fallet utgör ett exempel på hälso- och sjukvårdssystem som gått mot mer av decentraliserad styrning kombinerat med införandet av nationell målstyrning och kvalitetsuppföljning. Reformerna var flera och skedde under slutet av 1990-talet och början av 2000-talet. Det nederländska fallet, slutligen, särskiljer sig på så sätt att det utgör ett exempel på ett hälso- och sjukvårdssystem som är organiserat i en försäkringsmodell och där det offentliga intar en mer distanserad roll med avseende på styrning. Vi studerar specifikt reformen från 2006 som innebar att två separata sjukvårdsförsäkringssystem slogs samman till ett enhetligt system. I dag bygger systemet på en modell där invånarna kan välja mellan konkurrerande försäkringsbolag som tillhandahåller vård för sina kunder.

Analysen av reformerna bygger på respektive lands befintliga beskrivningar och utvärderingar av reformernas genomförande och effekter. För att fördjupa och förklara vissa resultat har vi också intervjuat två till tre nyckelpersoner i varje land. Intervjupersonerna har bakgrund inom politik, forskning, förvaltning och vårdverksamhet och bidrar därför med olika perspektiv på reformerna (se bilaga 1).

I det följande kapitlet sammanfattar vi samlade resultat och erfarenheter från de fyra studerade reformerna. Därefter följer ett kapitel som beskriver några särdrag och gemensamma nämnare mellan de studerade ländernas hälso- och sjukvårdssystem. Tanken är att det ska underlätta förståelsen för reformernas sammanhang och i vilken kontext de genomförts. Vi avslutar med att i separata kapitel beskriva varje lands reform utifrån fyra huvudsakliga avsnitt: 1) motiven för reformerna, 2) reformernas utformning, 3) reformernas genomförande och 4) reformernas effekter.





Samlade erfarenheter från andra länders strukturreformer

Här summerar vi ett antal erfarenheter från de studerade strukturreformerna och på vilket sätt de har bidragit till att uppnå viktiga målsättningar ur ett patient- och medborgarperspektiv. Det gäller till exempel god medicinsk kvalitet, tillgänglighet, jämlik och samordnad vård. Men också hög produktivitet, effektivitet och innovationstakt, det vill säga viktiga förutsättningar som behövs om sjukvården ska fungera långsiktigt. Erfarenheterna bygger huvudsakligen på ländernas befintliga utvärderingar av reformerna. Slutsatserna presenteras sammanfattningsvis under följande huvudsakliga områden:

- ▶ *Övergripande slutsatser:* Liknande utmaningar men blandade effekter av reformerna
- ▶ *Danmark och Norge:* Effekter av ett ökat statligt ansvar och större regioner
- ▶ *England:* Effekter av mål- och resultatstyrning och stora resurstillskott
- ▶ *Nederländerna:* Effekter av konkurrensutsatt beställarfunktion och avreglerad prissättning
- ▶ *Hur gick genomförandet av reformerna till?*

2.1 LIKANDE UTMANINGAR MEN BLANDADE EFFEKTER AV REFORMERNA

Vi redogör inledningsvis för några gemensamma och övergripande slutsatser av studien:



Reformerna har syftat till att möta flera liknande utmaningar...

Genomgången av motiven bakom strukturreformerna visar att reformerna har syftat till att möta flera liknande utmaningar. Några exempel är bland annat bristande geografisk likvärdighet i behandlingsresultat och tillgänglighet, långa väntetider, svårigheter att koncentrera specialiserad vård och behov av ökad kostnadseffektivitet.

Utmaningarna påminner om utmaningarna som svensk hälso- och sjukvård står inför. Därför är det också intressant att följa effekterna av ländernas försök att lösa liknande problem. För även om sjukvården i Sverige generellt sett står sig väl i ett internationellt perspektiv finns det behov av förbättringar avseende kvalitet och effektivitet. Det gäller till exempel behov av produktivitetsförbättringar och att utjämna omotiverade geografiska skillnader i vårdresultat och tillgänglighet. Tidigare studier av Myndigheten för vårdanalys (Vårdanalys) visar också på strukturella hinder för en effektiv styrning och organisation. Det rör sig bland annat om långsamma beslutsprocesser för att koncentrera vissa specialiserade behandlingar, bristande it-stöd och betydande risker för att ekonomiska stimulansmedel inte används effektivt (Vårdanalys 2013a, 2013b, 2013c).

... men måste ses i ljuset av varje lands specifika kontext

Flera paralleller kan dras mellan utmaningarna i de studerade ländernas hälso- och sjukvårdssystem och utmaningarna som svensk sjukvård möter. Samtidigt är det viktigt att framhålla att reformerna som länderna har genomfört för att möta utmaningarna i flera fall är präglade av hälso- och sjukvårdssystemens historiska framväxt och strukturella förutsättningar. Det gör att reformerna och betydelsen av deras effekter i en svensk kontext måste tolkas försiktigt. Sjukhusreformen i Norge utgjorde till exempel en slutfas i en process mot ökad statlig styrning som pågått under flera decennier. I kontrast till statens roll i den svenska hälso- och sjukvården hade den norska staten sedan en lång tid tillbaka ett betydligt större finansieringsansvar för sjukhussektorn, men ett begränsat inflytande över dagliga driftsfrågor och strategisk planering. Obalansen i ansvarsförhållanden mellan stat och fylken gav därför starka motiv till att samla finansierings- och styrningsfrågor till en nivå. Även i Nederländerna var införandet av ett enhetligt försäkringssystem ett resultat av ett reformarbete som pågått sedan ett antal decennier tillbaka. Men starka särintressen, såsom profession och försäkringsbolag, hade länge motsatt sig mer genomgripande förändringar och det var först efter flera års förhandlingar som regeringen lyckades samla alla aktörer bakom det slutliga

steget i reformen. I England kunde försöken att decentralisera delar av ansvaret för uppföljning och samverkan längre ned i vårdens organisation ses som en reaktion mot ett hälso- och sjukvårdssystem som länge präglats av en stark och många gånger tungrodd centralstyrning.

Reformerna har haft långsiktiga perspektiv

En övergripande slutsats utifrån studien är också att flera av reformerna har haft långsiktiga perspektiv och syftat till att öka systemens förmåga att hantera framtida utmaningar. Ett övergripande mål med kommunalreformen i Danmark var till exempel att långsiktigt upprätthålla och utveckla en demokratiskt styrd välfärdsstat. I England var ett viktigt motiv för reformerna att långsiktigt öka befolkningens förtroende för ett hälso- och sjukvårdssystem som tappat kraftigt i legitimitet. Det betyder att det är problematiskt att utvärdera reformernas framgång enbart utifrån deras direkta och kortsiktiga effekter på exempelvis medicinska resultat eller kostnader. Det kan också finnas anledning att bedöma i vilken mån reformerna har bidragit till att skapa förutsättningar som på sikt kan vara betydande för att uppnå vissa målsättningar. Likaså är det angeläget att bedöma om reformerna bidragit till att långsiktigt stärka legitimiteten för hälso- och sjukvårdssystemen.

Allmänheten och läkarna i några av de studerade länderna har ett större förtroende för sjukvården jämfört med i Sverige

Internationella jämförande studier av både allmänhetens och primärvårdsläkares inställning till hur väl hälso- och sjukvårdssystemet fungerar visar övergripande på ett större förtroende för sjukvården i de studerade länderna än i Sverige. Danmark ingår inte i studierna, men i både Storbritannien, Nederländerna och Norge är det en större andel bland både allmänhet och primärvårdsläkare som på det stora hela tycker att sjukvården fungerar bra och att endast mindre förändringar krävs. I Sverige uppger till exempel 42 procent av befolkningen år 2013 att de på det stora hela anser att systemet fungerar väl, medan motsvarande siffror är 61 procent i Storbritannien, 49 procent i Nederländerna och 46 procent i Norge (IHP 2013).

Men frågan är hur resultaten ska tolkas i ljuset av strukturreformerna? En positiv tolkning är förstås att de genomgripande förändringar som skett av både hälso- och sjukvårdens organisation och styrning har bidragit till att upprätthålla och i vissa avseenden förstärka förtroendet och legitimiteten för systemet. En mer negativt hållen tolkning, i synnerhet



utifrån ett professionsperspektiv, är att resultaten är ett uttryck för reformtrötthet. I Norge visade exempelvis en undersökning av läkarkårens uppfattning om sjukhusreformen att 49 procent ansåg att den i stort sett fått negativa konsekvenser för sjukhusen. Endast 18 procent uppgav att den hade lett till övervägande positiva konsekvenser (Aasland m.fl. 2007). I England är det också känt att ständiga reformer av NHS i samband med växlande politiska majoriteter ledde till en allmän trötthet på förändringar i organisationen och skepsis mot ansvariga ledningar. Möjligen utgör därför de 46 procenten av de engelska primärvårdsläkarna som på det stora hela anser att systemet fungerar väl snarare än grupp yrkesutövare som inte önskar ytterligare genomgripande förändringar av hälso- och sjukvården.

Ytterligare en frågeställning som hade varit intressant att få belyst är hur allmänheten generellt och patienterna specifikt ser på hälso- och sjukvårdens utveckling efter reformerna. Även om till exempel allmänheten i de studerade länderna relativt Sverige tycks ha en mer positiv syn på sjukvården i stort så vet vi inte i vilken utsträckning reformerna har bidragit till den utvecklingen.

Reformernas direkta effekter är blandade och ofta otydliga

När vi studerar reformernas direkta effekter på sjukvården är resultaten blandade och ofta otydliga. Det är generellt sett svårt att visa på tydliga samband mellan reformerna och deras effekter. I flera fall beror det på att det saknas systematiska uppföljningar av reformernas effekter. Utvärderingarna som har genomförts skedde dessutom relativt kort inpå reformerna vilket gör det svårt att uttala sig om de senaste årens händelseutveckling på viktiga områden. I anslutning till reformerna har det också skett andra förändringar i hälso- och sjukvårdssystemen som kan ha påverkat utvecklingen. Det innebär att det är svårt att isolera effekterna av de studerade reformerna från andra reforminitiativ. Samtidigt ger resultaten vissa antydningar om vad man kan förvänta sig av en större strukturreform. Det rör sig om såväl positiva som negativa och uteblivna effekter. Sammantaget är det viktiga erfarenheter som kan ligga till grund för den svenska debatten om hur sjukvården bör styras och organiseras.

Så vad kan vi då säga om reformernas effekter? Studier som analyserat reformernas utveckling visar på flera intressanta resultat och erfarenheter, även om utfallen förstås måste ses i ljuset av varje lands specifika kontext och strukturella förutsättningar. Nedan presenterar vi några centrala slutsatser.

2.2 EFFEKTER AV ETT ÖKAT STATLIGT ANSVAR OCH STÖRRE REGIONER

I både Norge och Danmark har strukturreformerna framför allt inneburit en ökad grad av centralstyrning av hälso- och sjukvården. I Danmark slogs flertalet kommuner samman och amten ersattes med ett färre antal regioner med ett mer renodlat ansvar för hälso- och sjukvården. Kommunerna fick ett större ansvar för förebyggande, hälsofrämjande och rehabiliterande insatser. Samtidigt fick staten ett ökat mandat att styra över hälso- och sjukvården, bland annat genom att tillsammans med kommunerna ta över finansieringsansvaret för sjukvården. I Norge övertog staten ägaransvaret och finansieringen för sjukhusen från fylkena. Fem (senare fyra) så kallade regionala hälsoföretag inrättades som på uppdrag av staten ansvarar för att tillhandahålla specialiserad hälso- och sjukvård till sina invånare. En bärande tanke bakom reformen var också att samla den politiska styrningen på nationell nivå samtidigt som de regionala hälsoföretagens ledningar professionaliserades. Hälsoföretagen fick också andra redskap än de tidigare landstingen för att på ett mer effektivt sätt kunna följa kapital och investeringar. Bland annat infördes krav på att upprätta balansräkningar, det vill säga de redovisningskrav som gäller i privata företag. På så sätt skulle hälsoföretagen bättre kunna följa resursförbrukningen i förhållande till investerat kapital och därigenom styra mot en mer effektiv drift.

Den ökade graden av statlig styrning kombinerat med större och färre regioner tycks ha bidragit till ett antal olika resultat.

Färre och större sjukhusorganisationer...

Erfarenheterna från både den norska och den danska reformen tyder på att det förändrade huvudmannskapet och styrningen av den specialiserade hälso- och sjukvården har lett till färre och större sjukhusorganisationer. Motiven bakom omstruktureringen av sjukhussektorn var främst att öka effektiviteten och produktiviteten i den specialiserade vården. Genom att slå samman och lägga ner vissa sjukhus förväntades det bland annat bidra till stordriftsfördelar som på sikt kunde leda till betydande effektivitetsvinster. År 2006 var antalet akutsjukhus i Danmark 40 stycken, men i och med den pågående strukturomvandlingen av sjukhussektorn kommer antalet att reduceras till 21 stycken. Det finns också planer på att eventuellt reducera antalet ytterligare. Motsvarande utveckling i Norge visar att antalet gått från 64 sjukhus år 2000 till 20 organisatoriska enheter med ett eller ytterligare något sjukhus i varje enhet. Sjukhussektorn har därmed koncentrerats till färre organisatoriska enheter. Detta kan jämföras med de 60 akutsjukhus



som finns i Sverige (2012). Samtidigt bör det poängteras att invånarantalet i både Norge och Danmark är betydligt mindre än i Sverige. Det saknas också kunskap om huruvida en mer koncentrerad sjukhussektor i sig har lett till ökad kostnadseffektivitet och förbättrade medicinska resultat i de studerade länderna.

... men blandade effekter på förmågan att koncentrera behandlingar

En studie av sjukhussammanslagningar i Danmark menar att det finns mer att vinna på att koncentrera vissa specialiserade behandlingar till ett antal vårdgivare än att slå samman sjukhus till färre och större enheter (Ankjær-Jensen 2005). Genom att koncentrera behandlingar till färre enheter blir patientvolymerna större, vilket också i många fall är en viktig förutsättning för att uppnå goda resultat. Vårdpersonalen får bland annat bättre rutin i att genomföra behandlingar. Reformernas inverkan på förmågan att koncentrera vissa specialiserade behandlingar tyder dock på ett blandat utfall. I Norge kunde till exempel ingen signifikant ökning i koncentration av behandlingar noteras under de första åren efter reformen. Utvecklingen har sedan legat på en förhållandevis stabil nivå, men med några utmärkande förändringar de senaste åren. Bland annat har koncentrationsnivåerna ökat i förlossningsvården och delar av akutkirurgin. Utvecklingen i Danmark tyder på att fler behandlingar har koncentrerats.

Frågan om centralisering av vissa specialiserade behandlingar är också aktuell i Sverige. En utvärdering av Vårdanalys (2013a) visade att utvecklingen går långsamt och att för få behandlingar koncentrerats till rätt vårdnivå. Detta trots att svenska patienter i första hand tycks prioritera goda medicinska resultat framför geografisk närhet till vård. Erfarenheterna från Danmark och Norge är därför intressanta. Underlättar exempelvis en ökad centralstyrning av sjukhussektorn möjligheterna att koncentrera och nivåstrukturera behandlingar till rätt vårdnivå?

En lärdom utifrån reformerna är att det tycks ha betydelse vem som fattar beslut om vilka vårdgivare som ska få bedriva specialiserad vård. I både Danmark och Norge har den bakomliggande tanken varit att ansvaret för att fatta beslut om var vård ska bedrivas i första hand ska läggas på administrativ nivå och inte på politisk nivå. I Danmark har denna princip fullföljts genom att endast Sundhedsstyrelsen (motsvarigheten till Socialstyrelsen i Sverige) får fatta beslut om var vård ska bedrivas. I Norge däremot har både nationella och lokala politiker involverat sig i besluten i takt med att allmänhetens protester på lokal nivå blivit för starka. Utvärderingar av sjukhusreformen menar att det kan förklara varför behandlingar inte har koncentrerats i önskad omfattning.

Ökad produktivitet

Sedan de norska och danska reformernas genomförande har produktiviteten i sjukhussektorn ökat markant. I det danska fallet noterades ökningen redan före reformens genomförande, vilket bland annat kan förklaras av införandet av aktivitetsbaserade ersättningssystem och statliga krav på ökad produktivitet. Reformen kan därför sägas ha förstärkt en redan pågående positiv utveckling. I det norska fallet tyder studier på att det skedde en markant ökning i produktivitet de första åren efter reformen. Därefter följde en stabil, men svagare produktivitetens utveckling. Det går inte att säga vilka inslag i strukturreformerna som har varit drivande faktorer bakom utvecklingen. Resultaten kan dock ställas i kontrast till den svenska sjukhusvårdens produktivitet som i genomsnitt är runt 20 procent lägre än i både Danmark och Norge (The EuroHOPE Study Group 2014, s. 7)

I vissa avseenden kortare väntetider

I både Sverige, Danmark och Norge har långa väntetider till vård och behandling varit ett långvarigt problem. I svensk sjukvård har insatser såsom vårdgarantin och kömiljarden bidragit till att stabilisera väntetiderna på en lägre nivå, men fortfarande väntar 10–15 procent längre än vårdgarantins tidsgränser och skillnaderna är stora mellan landstingen (Vårdanalys 2014a). Därför är det också intressant att studera hur väntetiderna har utvecklats hos grannländerna som en följd av bland annat ökat statligt ansvar för hälso- och sjukvårdssystemen.

Utvärderingar av den norska sjukhusreformen visar att väntetiderna till den specialiserade vården minskade avsevärt perioden efter reformens genomförande. Motsvarande studie har inte genomförts av den danska kommunalreformen. Den noterade minskningen i Norge tycktes dock, vid den studerade tidsperioden, framför allt ha skett för patientgrupper med lägre prioritering. Studien som belyste förändringarna i tillgänglighet indikerade att de statliga hälsoföretagen på ett mer framgångsrikt sätt än de tidigare landstingen hade lyckats styra befintliga resurser mot ökade vårdvolymer. Samtidigt pekade den, enligt författarna till studien, på en försämring av prioriteringspraxis, eftersom hälsoföretagen tycktes ha använt mest resurser för patienter där det var lättast att få effekt på väntetider. Man vet dock mycket lite om hur väntetiderna har påverkats som en följd av reformen under senare år.



Vissa effekter på geografisk likvärdighet

Viktiga motiv bakom reformerna i både Danmark och Norge har varit att öka den geografiska likvärdigheten i vårdens kvalitet och tillgänglighet. Inriktningen i båda länderna har därför varit att likrikta utförandet av hälso- och sjukvården bland annat genom ett ökat statligt ansvarstagande och färre geografiskt indelade, operativt ansvariga enheter (fyra regionala hälsoföretag och fem regioner i stället för 19 respektive 14 landsting). Reformernas utfall på området är därmed också relevanta ur ett svenskt perspektiv. Även i Sverige har omotiverade geografiska skillnader varit en utmaning i hälso- och sjukvården (Socialstyrelsen 2011, Socialstyrelsen och SKL 2013, Vårdanalys 2014a). Men åtgärderna för att motverka skillnaderna har främst handlat om att intensivifiera arbetet med Öppna jämförelser och förbättrad nationell kunskapsstyrning – inte om att förändra den grundläggande styrningen och organiseringen av sjukvårdssystemet (Socialstyrelsen 2011).

Erfarenheterna av reformerna i Danmark och Norge är hittills att de har lett till delvis blandade effekter på geografiska skillnader i vård. I Danmark tyder utvecklingen på att kommunalreformen har bidragit till att minska geografiska variationer i både vårdutbud och tillgänglighet. I Norge saknas utvärderingar av reformens effekter på likvärdigheten vad gäller vårdutbud. Utvecklingen tyder dock på att skillnaderna i väntetider har utjämnats inom de regionala hälsoföretagens geografiska ansvarsområden men inte mellan områdena. Det vill säga vi ser en utjämnande effekt mellan sjukhus inom regionerna, men inte mellan regionerna. Det är därför svårt att dra entydiga slutsatser av vilken inverkan en ökad centralisering av styrningen kan ha på geografiska skillnader. Utvecklingen i Norge tyder framför allt på att färre operativt ansvariga enheter (fyra hälsoföretag i stället för 19 fylken), snarare än det statliga ägarskapet för sjukhusvården i sig, har inneburit minskade skillnader i vård mellan sjukhusen.

Utmanande att skapa sammanhållen och förebyggande vård

Erfarenheterna från både Danmark och Norge visar att det efter reformernas genomförande finns fortsatta utmaningar i att skapa en sammanhållen och förebyggande vård. En övergripande bedömning är att reformerna framför allt inriktats mot en bättre styrning och organisering av den specialiserade vården, medan primärvården till stora delar lämnats oförändrad. Förklaringen till primärvårdens oförändrade roll verkar framför allt bero på dess särställning vad gäller organisation och finansiering. I Danmark utgörs primärvården av privata allmänläkare som arbetar ensamma eller i mindre grupper. Uppdrag

och ersättning förhandlas fram nationellt genom en företrädarorganisation för allmänläkarna och en nationell nämnd bestående av representanter från regionerna, kommunerna och finans- respektive sundhedsministeriet. I Norge är det kommunerna som organiserar allmänläkarna antingen genom offentligt anställda läkare eller genom att avtala med privata läkare.

Allmänläkarnas skilda organisering i de båda länderna tycks ha lett till svårigheter att styra och integrera primärvård och specialiserad vård i en sammanhållen vårdkedja. I båda länderna har därför staten i efterhand, genom lagstiftning, försökt förtydliga samverkansansvaret mellan vårdnivåerna och i det norska fallet mellan huvudmännen. Erfarenheterna från Sverige indikerar dock att utmaningarna är desamma även när slutenvård och primärvård samlas och eller utförs inom ramen för en huvudman. En internationell studie av sjukare vuxna visar till exempel att Sverige tillsammans med Norge och Tyskland är ett av de länder där flest patienter har varit med om att vården inte har lyckats samordna viktig information om patientens medicinska bakgrund eller behandling (IHP 2011).

Sedan staten i både Danmark och Norge tog ett ökat finansieringsansvar för sjukvården tyder också utvecklingen på att det finns utmaningar i att främja mer förebyggande vård- och omsorgsinsatser på lokal nivå. Både Danmark och Norge har som en del av eller i anslutning till reformerna infört ett så kallat kommunalt medfinansieringsansvar. Syftet har varit att stimulera kommunerna till att ta ett större ansvar för förebyggande insatser genom att låta dem finansiera delar av den specialiserade vården. Utvärderingarna av det danska kommunala medfinansieringsansvaret tyder dock på att det ännu inte gett avsedda effekter.

En lärdom från det danska exemplet är att det är viktigt att se över både konstruktionen på medfinansieringsansvaret och dess riktning om en sådan modell ska få effekt. Några av förklaringarna som förts fram till att det hittills inte fungerat är att kommunerna inte kan styra över primärvårdsläkarnas remittering av patienter till slutenvården, men också att de ekonomiska incitamenten varit för små. Sedan år 2011 har Danmark därför valt att skärpa incitamenten genom att införa ett medfinansieringsansvar som är fullt ut aktivitetsbaserat. Tidigare baserades hälften av medfinansieringen (20 procent av regionernas hälso- och sjukvårdskostnader) på kommunernas invånarantal och den andra hälften på en aktivitetsbaserad finansiering utifrån bland annat antalet sjukhusinläggningar och konsultationer. Det återstår att se vilka effekter det kommer att ge. I Norge avvecklas finansieringsmodellen från och med år 2015.

Vissa positiva effekter på forskning och infrastruktur

Ovan har redogjorts för reformernas effekter på bland annat produktivitet och tillgänglighet. Men viktiga motiv för reformerna har också varit att uppnå vissa mål som på sikt förväntas bidra till bland annat kostnadseffektivitet och ökad medicinsk kvalitet. Det har rört sig om målsättningar såsom införandet av nationella it-system, krav på förbättrat kapacitetsutnyttjande, stärkta förutsättningar för forskning och utveckling och effektivare användning av kapital. Det saknas i flera fall djupgående analyser av reformernas måluppfyllelse på dessa områden. Studier som analyserat frågorna visar på vissa positiva resultat, men utvecklingen är överlag osäker. I Danmark blev till exempel it-systemen mer enhetligt utformade inom regionerna efter genomförandet av kommunalreformen, men fortfarande återstår att arbeta att göra systemen fullt ut landstäckande. I Norge noterades ett ökat fokus på forskning och utveckling sedan sjukhusreformen trätt i kraft. Flera regionala hälsoföretag inrättade till exempel särskilda forsknings- och utvecklingskommittéer som ett led i att stärka forskningens roll i sjukhussektorn. Om detta i sig har bidragit till en snabbare spridning av nya evidensbaserade behandlingar inom slutenvården är däremot oklart.

Signaler om minskad lokaldemokrati men ökat patientinflytande

Erfarenheterna från reformerna visar på blandade effekter när det gäller medborgarnas och patienternas möjlighet till delaktighet och inflytande. Några intervjupersoner framhåller att den ökade statliga styrningen i både Norge och Danmark har fått negativa effekter på den lokala befolkningens kännedom om vad som pågår i sjukhusvården på lokal nivå och möjligheten till inflytande över sjukhusstrukturen. I Norge pekar dock utvärderingarna på att patienter och deras anhöriga fått mer inflytande. En del av sjukhusreformen var att införa krav på obligatoriska brukarutskott vid sjukhusen. Utskotten tycks bland annat ha bidragit till att bättre synliggöra patienter med sammansatta vårdbehov i verksamheterna.

2.3 EFFEKTER AV MÅL- OCH RESULTATSTYRNING OCH STORA RESURSTILLSKOTT

I England genomförde regeringen mot slutet av 1990-talet och början av 2000-talet en större reformering av det engelska hälso- och sjukvårdssystemet (National Health Services NHS). Reformerna innebar bland annat nya modeller för samverkan och kvalitetsuppföljning, införandet av nationell

målstyrning och kraftigt utökade anslag till hälso- och sjukvårdssektorn (sjukvårdsbudgeten höjdes med 50 procent inom en period på fem år). En grundläggande del av reformerna var också att decentralisera delar av ansvaret från statlig nivå längre ner i sjukvårdens verksamheter. Regeringen ville att aktörer längre ner i vårdkedjan skulle ta ett tydligare ansvar för samverkan med lokala myndigheter, men också för det dagliga ansvaret att följa upp hälso- och sjukvårdens kvalitet. Samtidigt skedde en centralisering av ansvar genom införandet av samlade beställarorganisationer som på uppdrag av enskilda primärvårdsläkare beställde vård från den specialiserade sjukhusvården. Tidigare låg beställningsansvaret på de enskilda primärvårdsläkarna.

Utvärderingar av reformerna pekar sammantaget på blandade effekter:

Bättre resultat, framför allt på tillgänglighetsområdet...

Centrala motiv för de engelska reformerna var att förbättra medicinska resultat och öka tillgängligheten till vård. Erfarenheterna från reformerna visar att kombinationen av nationell mål- och resultatstyrning och ökade resurstillskott bidrog till att förbättra sjukvårdens utfall. Förbättringarna är allra tydligast på tillgänglighetsområdet men omfattar även medicinska behandlingsresultat. Under reformperioden sjönk till exempel väntetiderna till behandling från cirka 12 till 4 veckor.

Att så pass kraftiga resurstillskott skulle bidra till en ökad produktion av vård var väntat. Mer intressant är dock vilka specifika inslag i mål- och resultatstyrningen som gav en positiv inverkan på sjukvårdens kvalitet. Erfarenheterna från England tyder på att det framför allt kunde härledas till kombinationen av tydligt uppsatta målnivåer för vilka resultat som skulle uppnås och individuella sanktioner om målen inte uppnåts. Sjukhusledningarna riskerade till exempel att avskedas om de inte lyckades korta väntetiderna. Och tvärtom – vårdgivare som lyckades förbättra sina resultat fick större autonomi och ekonomiska stimulanser. Samtidigt har utvärderingar av reformerna i England visat att det finns vissa negativa konsekvenser av att tillämpa allt för kraftfulla sanktioner. Vårdenheter har till exempel medvetet gjort felaktiga inrapporteringar av resultat för att slippa sanktioner. En oro har också funnits kring att styrmodellen snarare stimulerar följsamhet än innovation och nytänkande. En välavvägd blandning mellan sanktioner och stimulanser tycks därför vara en förutsättning för att målstyrningen inte ska få starkt negativa effekter.

Det är intressant att notera att målstyrningen som tillämpats i England delvis skiljer sig från den svenska styrningen av sjukvården. Liksom i England



har verktyg utvecklats, däribland ”Öppna jämförelser”, för att mäta och öppet redovisa hur olika verksamheter i vården presterar. Fokus har dock inte i första hand legat på att fastställa vad som är en god nivå eller hur enskilda vårdgivare förbättrar sig över tid, utan snarare på jämförelser av skillnader mellan olika vårdgivare (Vårdanalys 2012b). Ytterligare en skillnad ligger i incitamentens utformning. I Sverige har tonvikten på nationell nivå framför allt legat på ekonomiska stimulansmedel, i form av bland annat kömiljarden, snarare än sanktioner som ett sätt att till exempel korta väntetider.

... men svagare effekter på hälsoskillnader

Viktiga målsättningar för reformerna i England var också att öka den geografiska likvärdigheten i vården och på så sätt minska skillnader i hälsa mellan olika grupper i befolkning. Utvärderingar av reformerna tyder däremot på att de inte fått en önskvärd effekt i det avseendet. Förbättrade kvalitetsuppföljningar, nationella vårdprogram och öppen redovisning av vårdens resultat bidrog till att omotiverade variationer synliggjordes i större grad. På flera områden skedde också en förbättring i medicinska resultat totalt sett i befolkningen. Men den ökade transparensen i sig tycks alltså inte att ha bidragit till att minska skillnaderna i hälsa. I några fall har utvecklingen till och med gått bakåt. Det är förmodligen ett uttryck för att också andra, i vissa fall mer betydande faktorer, än sjukvårdens insatser påverkar skillnader i hälsostatus.

Omtvistad produktivitetutveckling

Produktivitetutvecklingen i NHS åren efter reformerna är delvis omtvistad. I den allmänna opinionen har det hävdats att produktivitetutvecklingen varit negativ. Uppföljningar av reformerna ger dock olika bilder av utvecklingen. Vissa resultat tyder på att utvecklingen varit oförändrad. En senare studie hävdar dock att produktivitetutvecklingen varit oförändrad de första åren efter reformerna men att den senare ökade upp mot 8 procent fram till årsskiftet 2010/2011. Resultaten är förvånande. Med en sådan kraftig resurstillförsel i hälso- och sjukvårdssystemet som skedde i samband med reformen år 2000 hade en mer trolig utveckling snarare varit en negativ produktivitetutveckling. Orsakerna till den mer positiva utvecklingen tros bland annat vara att den kraftiga rekryteringen av personal klingade av några år senare och att betydligt fler patienter behandlades än tidigare.

Ökat förtroende för sjukvården

Efter genomförandet av reformerna ökade allmänhetens förtroende för sjukvården markant. År 1997 uppgav enbart 35 procent av allmänheten att den var nöjd eller mycket nöjd med det engelska hälso- och sjukvårdssystemet (NHS). I slutet av år 2010 uppgav över 60 procent att de var nöjda. Patienternas omdömen låg dock kvar på en stabil, men ändå relativt hög nivå, runt 75 procent i nöjdhet. Det ökade förtroendet för sjukvården visar på betydelsen av att inte enbart mäta strukturreformernas direkta effekter på kvalitet utan också vilken inverkan de kan ha på legitimiteten för hälso- och sjukvården i sin helhet.

2.4 EFFEKTER AV EN KONKURRENSUTSATT BESTÄLLARORGANISATION OCH AVREGLERAD PRISSÄTTNING

Den nederländska reformen innebar att en gemensam obligatorisk hälso- och sjukvårdsförsäkring infördes för i stort sett alla invånare. Två parallella försäkringssystem slogs ihop till en sammanhållen försäkring där patienter kan välja mellan ett mindre antal konkurrerande försäkringsbolag. Bolagen ansvarar i sin tur för att beställa och finansiera hälso- och sjukvård åt sina försäkringstagare. Reformen var också början på en successiv prisavreglering i den specialiserade sjukhusvården.

Några huvudsakliga resultat av den nederländska reformen redovisas nedan:

Ökade förutsättningar för pris- och kvalitetskonkurrens...

Vår studie har inte kunnat visa på reformens direkta effekter på medicinsk kvalitet eller tillgänglighet. Däremot tycks reformen ha bidragit till att skapa ökade förutsättningar för kvalitetskonkurrens. Till skillnad från i Sverige och i de andra studerade länderna kan patienter konkurrensutsätta beställarfunktionen, det vill säga fritt välja vilket försäkringsbolag som ska beställa och tillhandahålla deras vård. Försäkringsbolagen kan i sin tur sluta avtal med de vårdgivare som de anser erbjuder bäst vård för givna resurser. På så sätt skapas konkurrensen i första hand i beställarledet snarare än i själva vårdproduktionen. Den nederländska modellen borde å ena sidan – i alla fall teoretiskt sett – innebära en mycket större press på vårdgivarna att förbättra sig än den sammantagna effekten av enskilda patienters val. Den ekonomiska förlusten blir större för vårdgivaren om den blir bortvald av ett



försäkringsbolag än av enskilda patienter. Å andra sidan innebär det sämre möjligheter för patienterna att utöva inflytande över vem som ska utföra vården.

Det är svårt att direkt överföra erfarenheterna från den nederländska försäkringsmodellen till Sverige, eftersom den svenska sjukvården är organiserad i landsting och uteslutande finansieras av skatter. Som ett tankeexperiment skulle systemet satt i en svensk kontext kunna betyda att medborgarna väljer vilket landsting som ska tillhandahålla vård i stället för att primärt välja vårdgivare. Det skulle också betyda att landstingen, till skillnad från i dag, inte bedrev hälso- och sjukvård i egen regi utan att deras roll begränsades till att beställa vård åt sina patienter.

... men patienterna väljer i fortsatt utsträckning utifrån pris

Erfarenheterna från den nederländska reformen visar dock att det är oklart om ökade förutsättningar för kvalitetskonkurrens har fått någon inverkan på kvaliteten i praktiken. Det finns exempel på patienter, som utifrån liknande diagnoser, slutit sig samman och på så vis lyckats förhandla sig till både lägre pris på försäkringspremierna och vård till högre kvalitet. Samtidigt visar studier av patienters val av försäkringsbolag att det i huvudsak är storleken på försäkringspremierna som avgör var de tecknar sin försäkring. Vissa paralleller kan därmed dras till situationen i Sverige. Vårdanalys studier om vårdval visar till exempel att patienter i första hand väljer vårdgivare utifrån geografisk närhet än på medicinsk kvalitet (Vårdanalys 2012d, 2013a).

Försäkringsbolagen tycks inte heller välja vårdgivare utifrån kvalitet så pass selektivt som det var tänkt. Vissa bolag har till exempel inte velat välja bort vårdgivare av rädsla för att förlora försäkringstagare som vill välja vårdgivare mer fritt.

Snabbare utveckling av integrerade vårdkedjor

Utvecklingen i det nederländska hälso- och sjukvårdssystemet tyder på att reformen har stimulerat och möjliggjort en snabbare utveckling av integrerade vårdkedjor och helhetslösningar utifrån patientens behov. I takt med att staten minskat prisregleringen i den specialiserade vården har detta lämnat utrymme för försäkringsbolag och vårdgivare att förhandla om priset och vilka sjukvårdsinsatser som ska ingå det. Försäkringsbolagen kan till exempel välja att komplettera med mer förebyggande vård om de bedömer att patienten tillfrisknar snabbare av det. Ytterligare exempel på nya vårdkoncept

är primärvårdsutförare som går samman med utförare av äldreomsorg för att på så sätt kunna erbjuda hela spektret av vård- och omsorgsinsatser runt den äldre.

Utvecklingen i Nederländerna är intressant ur ett svenskt perspektiv eftersom den visar att det med hjälp av förändrade incitament går att styra utvecklingen mot en mer integrerad och förebyggande vård. Vårdanalys (2014b) studie av vården av personer med kronisk sjukdom visar till exempel att sjukvården har stora brister vad gäller förmågan att samordna insatserna runt patienterna och att för lite fokus läggs på att förebygga följsjukdomar och behov av akutsjukvård. Det finns därför ett stort behov av att utveckla verktyg som kan stödja en mer koordinerad och hälsofrämjande vård.

2.5 HUR GICK GENOMFÖRANDET AV REFORMERNA TILL?

I Sverige har flera förändringar av hälso- och sjukvårdssystemets styrning och organisering genomförts de senaste decennierna. Under 1980- och 1990-talet fick landstingen bland annat ta över etableringskontrollen av privatpraktiker och kostnadsansvaret för läkemedel i öppenvård ifrån staten. År 1992 genomfördes Ädelreformen som bland annat innebar att ansvaret för äldres vård och omsorg vid sjukhem och långvårdsinrättningar överfördes från landstingen till kommunerna. Under 1990- och 2000-talet har också genomgripande förändringar skett av den interna styrningen inom landstingen genom införandet av till exempel beställar-utförarorganisationer, valfrihetssystem och nya ersättningssystem (Anell 2007, s. 81–82). Men även om det skett både nationella och landstingsinterna förändringar i styrning och organisering har den grundläggande administrativa organisationen med 21 självstyrande landsting och regioner legat fast sedan lång tid tillbaka. Därför är det också intressant att studera vad som initierat de i flera fall långtgående strukturreformerna i de andra länderna och hur genomförandet har gått till. Vilka politiska förutsättningar möjliggjorde till exempel en ökad statlig styrning av sjukhusvården i Norge och Danmark? Vilka kostnader kan man förvänta sig i samband med genomförandet av större strukturreformer? Och hur har uppföljningen av reformerna sett ut?

En övergripande analys visar att liknande förutsättningar öppnade upp för reformerna i de studerade länderna. Även genomförandet och uppföljningen av reformerna har flera gemensamma nämnare. Vi presenterar här de mest centrala erfarenheterna:

Regeringarnas reformambitioner har i flera fall inte annonserats i förväg

Det är inledningsvis intressant att konstatera att de politiska partierna i flertalet av fallen deklarerade att de skulle genomföra grundläggande förändringar av hälso- och sjukvårdssystemet först efter att de hade tillträtt i regeringsställning. I England inledde till exempel Labourregeringen mandatperioden med relativt återhållsamma ambitioner för hälso- och sjukvården i syfte att inte äventyra bilden av ett ekonomiskt ansvarstagande regeringsparti. Först några år senare aviserade regeringen ett större reformpaket. I Danmark meddelade regeringen att den ville göra en omstrukturering av offentlig sektor först ett år efter att den tillträtt.

Tillfälliga omständigheter tycks ha möjliggjort reforminitiativen

Genomgången av reformprocesserna talar för att yttre, tillfälliga omständigheter bidrog till att reformerna kunde initieras. I både det danska och engelska fallet bidrog bland annat en medial debatt om brister i hälso- och sjukvården till att regeringarna blev mer angelägna att initiera en reform. I Nederländerna gav behovet av ekonomiska åtstramningar ett viktigt symboliskt argument för regeringens reform.

De dominerande partierna har varit drivande i processerna

Utöver yttre omständigheter är det intressant att notera att det i samtliga länder har varit de dominerande partierna som har initierat och styrt reformprocesserna. Den politiska förankringen har också varierat. Till skillnad från i Sverige där en brett parlamentariskt tillsatt kommitté utredde ansvarsförhållandena för sjukvården är det i flera av de studerade fallen tydligt att det är de dominerande regeringspartierna som har tagit kontrollen över reformprocessen. Parlamentariska utredningar har förekommit, men då till synes mest av symboliska skäl. I några fall har reformförslagen backats upp av oppositionspartierna. Men i bland annat Danmark genomförde regeringen stora delar av kommunalreformen utan stöd från de större oppositionspartierna.

Enskilda nyckelpersoner har spelat centrala roller för genomförandet

En avgörande förutsättning för genomförandet av reformerna tycks också i flera fall ha varit att drivande nyckelpersoner med vissa kärnkompetenser har

intagit en central ledarroll i reformprocessen. Dessa har med målmedvetenhet argumenterat för behovet av en reform både internt inom regeringspartierna och externt bland nyckelaktörerna på området. I Nederländerna tog regeringen till exempel in en jurist tillika tidigare ordförande i en paraplyorganisation för försäkringsbolag i syfte att förhandla fram den nya lagstiftningen för försäkringsmarknaden. I Norge utsåg statsministern en person med bakgrund i näringslivet och erfarenheter av koncernstyrning till att i egenskap av hälsominister leda processen fram mot införandet av hälsoföretagen.

Tidplanen har styrts av både graden av kontroll och graden av förankring under processen

Tidplanen för reformprocesserna har varierat och tycks ha styrts av både graden av politisk kontroll och graden av förankring under processen. Framför allt Danmark och Norge urskiljer sig som två länder där processen gick ovanligt snabbt. På mindre än två år hade reformerna initierats och beslutats. I båda exemplen tog regeringen en tydlig kontroll över processen och inflytandet från andra aktörer över förberedelserna framstår som marginellt. I kontrast till dessa processer står det nederländska fallet. Den politiska ambitionen att införa ett enhetligt försäkringssystem hade funnits ända sedan 1970-talet men reformen fullföljdes först 30 år senare. En viktig bakomliggande förklaring till den längre tidshorizonten var att starka särintressen motsatt sig en reform och att regeringen behövde nå konsensus bland parterna för att genomföra förändringarna. I Nederländerna är den politiska kulturen präglad av en korporativistisk tradition, vilket bland annat innebär att nyckelaktörer inom olika sakområden ges stort utrymme att forma politiska beslut.

Kostnaderna för reformerna har varierat och inte alltid varit uttalade

Vår studie har inte kunnat visa på de exakta kostnaderna för genomförandet av reformerna. Samtidigt är det inte säkert att det går att mäta de faktiska kostnader som uppstår i samband med större omorganisationer och genomförandet av dessa. En kritik som ibland förekommer mot större organisationsförändringar är att de skulle leda till undanträngning av andra viktiga och prioriterade åtgärder. Inga av de genomgångna utvärderingarna i den här analysen har dock pekat på att reformerna varit så pass resurskrävande att de trängt undan annat viktigt utvecklingsarbete i de olika ländernas hälso- och sjukvårdssystem. Den förhållandevis korta tidplanen för genomförandet av reformerna i flera av länderna kan möjligen också ha bidragit till att



dämpa sådana effekter. En övergripande bedömning är att kostnaderna har varierat beroende på reformernas konstruktion och omfattning. I Norge valde man till exempel att skriva av sjukhusens skulder i samband med statliga övertagandet. I England utgjorde resurstillskott en betydande del av reformernas utformning och genomförande, vilket innebar en höjning av sjukvårdsbudgeten med 50 procent inom en period på fem år. I Danmark däremot menade regeringen att reformen skulle vara kostnadsneutral och inga särskilda resurser tillfördes regionerna och kommunerna för omställningen. Det bakomliggande argumentet var att kommunalreformen skulle medföra stordriftsfördelar som på sikt skulle innebära ekonomiska vinster.

Det saknas i flera fall en systematisk uppföljning av reformerna

Vår genomgång av tidigare utvärderingar av strukturreformerna visar att det i flera fall saknas en systematisk uppföljning av deras effekter. Det närmaste man komma en mer heltäckande utvärdering är det norska uppföljningsprogrammet som studerat reformens effekter på bland annat tillgänglighet och produktivitet. Men då bör det tilläggas att utvärderingen skedde i ett ganska tidigt skede efter reformens genomförande och att de långsiktiga effekterna därför är osäkra. Även i England har vissa nyckeltal följts upp, men det är svårt att utifrån mätningarna redogöra för vilka effekter som kan härledas till reformerna och vilka som beror på allmänna medicinska framsteg. Orsakerna till den bristfälliga uppföljningen kan vara flera. Med undantag för de engelska reformerna har det till exempel inte funnits klart uttalade och uppföljningsbara mål. I några fall verkar regeringarna inte heller ha haft någon starkare önskan att genomföra en uppföljning. Man har i praktiken varit nöjd med utvecklingen och inte sett ett behov av större justeringar. Det är, som nämnts tidigare, inte heller helt okomplicerat att mäta och följa upp reformer av mer övergripande och organisatorisk karaktär.



Hälso- och sjukvårdssystemen har vissa skillnader

För att de studerade reformernas innebörd ska vara lättare att förstå ger vi i detta kapitel en övergripande bild av de olika ländernas hälso- och sjukvårdssystem och strukturella förutsättningar. Vi beskriver också hur de förhåller sig till andra europeiska hälso- och sjukvårdssystem och specifikt till det svenska.

3.1 LÄNDERNAS STRUKTURELLA FÖRUTSÄTTNINGAR SKILJER SIG ÅT

En övergripande jämförelse mellan Sverige och våra fyra studerade länder utifrån strukturella förutsättningar visar att det finns en del betydande skillnader (se tabell 1). Det är viktigt att ta hänsyn till vid en analys av hälso- och sjukvårdsreformer, eftersom det i sig kan påverka hur reformer utformas. Till exempel kan ett tätbefolkat land ge bättre geografisk tillgänglighet till specialiserad vård än ett glesbefolkat land. Skillnader i bruttonationalprodukt (BNP) kan också ge varierande förutsättningar för att finansiera hälso- och sjukvården.

Sett till BNP per capita (bruttonationalprodukten dividerat med antalet invånare i landet) är det framför allt Norge som avviker från de övriga länderna. Detta beror i huvudsak på att landet har stora tillgångar till naturresurser. Lönenivåerna inom tjänstesektorn, till exempel för hälso- och sjukvårdspersonal, följer i stor utsträckning BNP. Det vill säga: är BNP per capita högt är även lönerna höga. Det kan göra det svårt att jämföra resursförbrukningen i hälso- och sjukvården med andra länder, då kostnaderna för personal ligger avsevärt högre än i de flesta andra länder.

Det finns också stora skillnader i befolkningens mängd mellan länderna. Storbritannien har 64 miljoner invånare, vilket är en avsevärt större



Tabell 1. Befolkningsmängd och befolkningstäthet utgör några av de större strukturella skillnaderna mellan länderna.

Indikator	Sverige	Danmark	Norge	Stor-britannien	Neder-länderna
BNP per capita (US-dollar, PPP)	40 900	37 800	55 400	37 300	43 300
Folkmängd (miljoner)	9,7	5,6	5,1	63,7	16,9
Befolkningstäthet (invånare per kvadratkilometer)	21,5	129,9	15,7	261,5	406,8
Andel över 65 år (procent)	20,5	18	16,8	17,3	17,1
Medellivslängd (år)	81,9	79,1	81,6	80,4	81,1

Källa: Central Intelligence Agency 2013, 2014.

befolkningsmängd än de övriga länderna. Norge har den lägsta befolkningsmängden med sina 5,1 miljoner invånare.

När det gäller befolkningstäthet är det framför allt Nederländerna som utmärker sig med sina cirka 400 invånare per kvadratkilometer. Det kan ställas i kontrast till både Sverige och Norge där befolkningstätheten ligger på mellan cirka 15 och 21 invånare per kvadratkilometer.

Demografiskt är skillnaderna mindre. Andelen personer över 65 år är relativt jämn över samtliga fem länder. Det gäller också medellivslängden där inga större variationer kan noteras.

3.2 SJUKVÅRDEN ORGANISERAS OCH FINANSIERAS PÅ OLIKA SÄTT

De studerade ländernas hälso- och sjukvårdssystem liknar varandra i flera avseenden. De är till skillnad från i exempelvis USA ofta offentligt finansierade och omfattar alla medborgare. Patientavgifterna är i regel låga och arbetsuppgifterna inom vården är likartade. Men det finns vissa betydande skillnader både vad gäller finansiering och organisering.

I Danmark och Norge organiseras stora delar av sjukvården på regional och lokal nivå och finansieras i huvudsak genom skatteintäkter

Norge och Danmarks hälso- och sjukvårdssystem liknar strukturellt Sveriges system i flera avseenden. Båda ländernas hälso- och sjukvårdssystem, liksom Sveriges, tillhör den så kallade Beveridgemodellen – en av två huvudsakliga modeller som brukar användas för att kategorisera hälso- och sjukvårdssystem utifrån typ av finansiering (se figur 1). Beveridgemodellen bygger på principen att staten både finansierar och organiserar produktionen av hälso- och sjukvård. Finansieringen utgörs i huvudsak av skatteintäkter

(Magnussen m.fl. 2009, s. 4). Men ett utmärkande drag för samtliga av de skandinaviska ländernas hälso- och sjukvårdssystem, till skillnad från andra system av Beveridigetyp, är att organisering och finansiering i stora delar delegeras från staten till den lokala eller regionala nivån (Magnussen m.fl. 2009, s. 10).

Sverige blev i samband med den så kallade sjukvårdssystemreformen 1970 och den utbyggnad av primärvården genom ett rikstäckande nät av offentliga vårdcentraler som skedde under 1970-talet än mer ett Beveridigeland. Sjukvårdssystemreformen innebar att läkarna blev landstingsanställda i stället för att verka i privat regi. Sverige är i det avseendet något av ett unikt fall. I den absoluta majoriteten av OECD-länderna, däribland Danmark och Norge, är läkarna i primärvården egna företagare (Anell 2007, s. 24, Schöldström 1999).

I Storbritannien är sjukvården organiserad i en centraliserad modell och finansieras genom skatteintäkter

Storbritanniens hälso- och sjukvårdssystem påminner mycket om de skandinaviska hälso- och sjukvårdssystemen och tillhör också Beveridigemodellen (se figur 1). Både styrningen, organiseringen och finansieringen av vården är ett offentligt ansvar. Finansieringen bygger på skatteintäkter. Skillnaden gentemot de skandinaviska länderna är att Storbritannien länge har haft en betydligt mer centraliserad styrning av sjukvården (Esping-Andersen 1990, s. 31–32, Kleinman 2002).

Till skillnad från i både Sverige, Danmark och Norge finns i Storbritannien inga landsting, regioner eller kommuner som ansvarar för finansiering eller organisering av sjukvården. Styrning och finansiering sker i stället direkt ifrån sjukvårdsdepartementet (Department of Health 2012). Detta medför att det i Storbritannien å ena sidan är lättare att förändra strukturen i en enhetlig riktning, då ersättning och organisation kan förändras via statliga beslut. Å andra sidan har hälso- och sjukvårdssystemet präglats av starka intressegrupper, exempelvis det brittiska läkarförbundet, som många gånger motsatt sig statliga förslag på förändringar av vården (Giaino 1995).

I Nederländerna organiseras sjukvården i ett försäkringssystem där konkurrerande försäkringsbolag ansvarar för att tillhandahålla vård

Nederländernas hälso- och sjukvårdssystem är det system som i störst utsträckning skiljer sig från de andra studerade ländernas, inklusive Sveriges.

Det nederländska hälso- och sjukvårdssystemet tillhör det som kallas för Bismarckmodellen – den andra huvudsakliga modellen, vid sidan av Beveridige,



som brukar användas för att kategorisera hälso- och sjukvårdssystem (se figur 1). Gemensamt för hälso- och sjukvårdssystem enligt Bismarckmodellen är att de finansieras och organiseras i ett försäkringssystem som bygger på en samverkan mellan staten, arbetsgivare och arbetstagare.

I Nederländerna organiseras hälso- och sjukvården genom konkurrerande försäkringsbolag som erbjuder hälso- och sjukvårdsinsatser till sina försäkringstagare. Finansieringen sker till hälften genom försäkringspremier och till hälften genom skatt. I princip all hälso- och sjukvård utförs av ideella och icke vinstdrivande vårdgivare.

Skillnaden mellan denna försäkringsbaserade modell och den skattefinansierade lösning som de skandinaviska länderna har valt är i princip att statens roll begränsar sig till att reglera och endast till viss del finansiera sjukvården.

Figur 1. Danmark, Norge och Storbritannien tillhör Beveridgemodellen medan Nederländerna hör till kategorin Bismarck.

– Klassifikationen av ett hälso- och sjukvårdssystem i kategorin Beveridge eller Bismarck kan i grova drag göras utifrån typ av finansiering. Ett skattefinansierat system klassificeras ofta som ett Beveridgesystem. Ett system finansierat av öronmärkta avgifter klassificeras ofta som ett Bismarckssystem.

Europeiska länder med skattefinansierade hälso- och sjukvårdssystem (Beveridge)

Danmark
Finland
Grekland (från 1983)
Irland
Italien (efter 1978)
Norge
Portugal (efter 1979)
Spanien (efter 1986)
Sverige
Storbritannien

Europeiska länder med försäkringsfinansierade hälso- och sjukvårdssystem (Bismarck)

Österrike
Belgien
Frankrike
Tyskland
Luxemburg
Nederländerna
Schweiz

– Systematiska skillnader i effektivitet är svåra att spåra mellan de två typerna av hälso- och sjukvårdssystem. Men försäkringsfinansierade system har i regel bättre tillgänglighet, medan skattefinansierade system generellt har bättre kostnadskontroll.

– Invånare i länder med försäkringsfinansierade system tycks också över lag vara mer nöjda med sjukvården, möjligen till följd av kortare väntetider och färre hinder för vård såsom remisskrav.

Källa: Van Der Zee & Kroneman 2007.

3.3 SVERIGE VISAR RELATIVT GODA MEDICINSKA RESULTAT TILL LÅGA KOSTNADER...

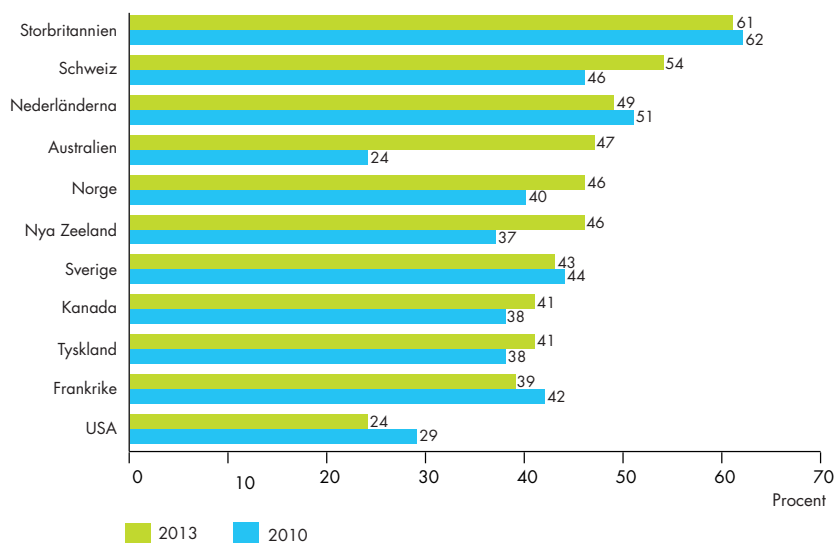
En mycket översiktlig kvalitetsjämförelse mellan Sverige och de fyra studerade länderna visar att svensk hälso- och sjukvård uppvisar relativt goda medicinska resultat till låga kostnader. Jämförelsen utgår ifrån sju vanliga indikatorer för att mäta medicinsk kvalitet, däribland förlorade levnadsår (PYLL), spädbarnsdödlighet, överlevnad i bröstcancer och sätts i relation till sjukvårdsutgifter i förhållande till BNP (se bilaga 2 för samtliga indikatorer och dess värden). Norge har i likhet med Sverige, relativt goda medicinska resultat och låga kostnader för hälso- och sjukvården. Nederländerna visar överlag goda resultat vad gäller de medicinska indikatorerna men till något högre kostnader för hälso- och sjukvården än i de andra länderna. Danmark och Storbritannien uppvisar något sämre resultat vad gäller flera av de medicinska indikatorerna. Sett till kostnader ligger Storbritannien i nivå med Sverige och Norge. Danmark ligger något högre i kostnader jämfört med både Storbritannien, Sverige och Norge, men inte lika högt som Nederländerna.

Både kostnader och kvalitet kan mätas på olika sätt. Jämförelsen bör därför tolkas med försiktighet. Viktigt att notera i sammanhanget är att kostnaderna för den norska hälso- och sjukvården är högre om man i stället mäter resursförbrukning i köpkraftsjusterade dollar per capita. Det beror på att arbetskraftskostnaderna är avsevärt högre i Norge.

3.4 ... MEN FÄRRE TYCKS VARA NÖJDA MED SYSTEMET I SIN HELHET

Trots att svensk hälso- och sjukvård presterar väl i ett internationellt perspektiv är det betydligt färre i Sverige än i många andra jämförbara länder som är nöjda med hälso- och sjukvårdssystemet i sin helhet (se figur 2). I en internationell undersökning av hälso- och sjukvårdssystemen i 11 länder med utvecklade ekonomier undersöks återkommande befolkningens och primärvårdsläkarnas inställning till och nöjdhet med olika delar av hälso- och sjukvården (IHP 2009, 2010, 2012, 2013). På frågan om vilket påstående som stämmer bäst överrens med den allmänna synen på hälso- och sjukvårdssystemet är det endast runt 40 procent av den svenska befolkningen som år 2013 instämmer i att systemet fungerar ganska bra och att endast mindre förändringar krävs för att göra det bättre. Andelen var något högre i den första undersökningen 2010. Det ska relateras till runt 60 procent i Storbritannien och runt 50 procent i Nederländerna. Även i Norge är befolkningens förtroende för hälso- och sjukvårdssystemet något högre än i Sverige där 46 procent i undersökningen år 2013 uttrycker att de på det stora hela tycker att systemet fungerar väl. Danmark ingår inte i undersökningen.

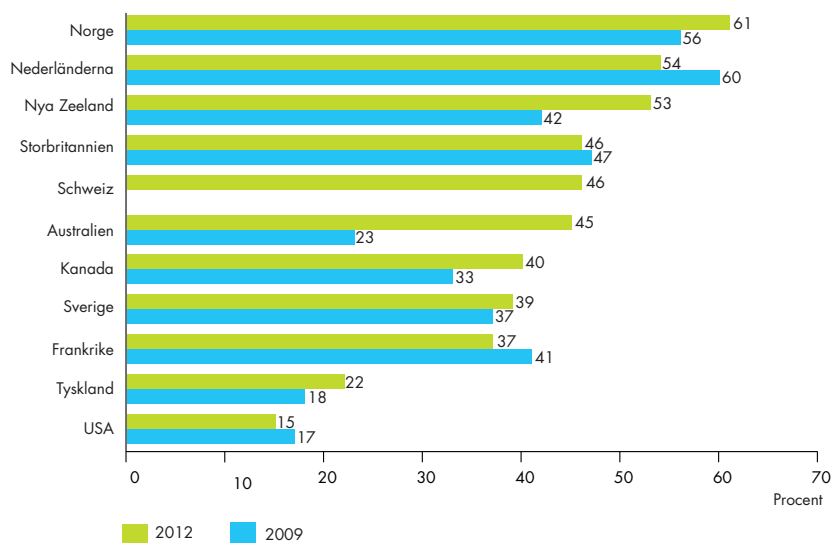
Figur 2. Mindre än hälften av den svenska befolkningen är nöjd med hur hälso- och sjukvårdssystemet fungerar i sin helhet.



Källa: IHP 2010, 2013.

Studerar vi primärvårdsläkarnas inställning till hälso- och sjukvårdssystemet ser mönstret likadant ut som för befolkningen (se figur 3). Det är mindre än 40 procent bland svenska primärvårdsläkare som uppger att de på det stora hela anser att hälso- och sjukvårdssystemet fungerar bra och att endast mindre förändringar behövs. Det resultatet har också hållit i sig i båda undersökningarna från 2012 och 2009 (IHP 2009, 2012). I Storbritannien är motsvarande andel år 2012, 46 procent, medan det i Nederländerna och Norge är 54 respektive 61 procent som på det stora hela anser att hälso- och sjukvårdssystemet fungerar väl (IHP 2012). Danmark ingår inte i undersökningen.

Figur 3. Knappt 40 procent av svenska primärvårdsläkare är nöjda med hälso- och sjukvårdssystemet i sin helhet.



Källa: IHP 2009, 2012.





4

Den danska kommunalreformen förändrade hela den offentliga sektorns organisation och finansiering

Den danska kommunalreformen som antogs år 2005 och trädde i kraft år 2007 är en av Danmarks största reformer av offentlig sektor någonsin. Hälso- och sjukvården hade en central roll i reformen, som omfattade styrningen och organiseringen av hela välfärdssektorn. I denna studie redogör vi enbart för reformens förändringar på hälso- och sjukvårdsområdet. Vi beskriver i de följande avsnitten motiven till reformen, hur den utformats och genomförts, men också vilka effekter vi kan se av den. (För en övergripande beskrivning av det danska hälso- och sjukvårdssystemet se figur 4).



Den danska kommunalreformen förändrade hela den offentliga sektorns organisation och finansiering

Figur 4. Den danska hälso- och sjukvården styrs och organiseras på tre politiska/administrativa nivåer.*



- Den statliga nivån ansvarar för övergripande styrning, reglering, planering och tillsyn av hälso- och sjukvården.
- Kommunernes Landsforening och Danske Regioner är kommunernas respektive regionernas intressegrupper. De är inte del av det politiska/administrativa systemet, men har ett betydande inflytande över hälso- och sjukvården. De representerar de decentraliserade myndigheterna i diskussioner och förhandlingar mellan regionala och kommunala politiker, professionella organisationer och staten.
- De Danske Regionerna är huvudansvariga för överenskommelser med privata utövare (allmän- och specialistläkare, fysioterapeuter, tandläkare, kiropraktorer och apotekare). Överenskommelserna reglerar befolkningens tillgång till vård utförd av de privata utövarna.
- Den regionala nivån ansvarar för somatisk och psykiatrisk sjukhusvård, samt psykiatrisk öppenvård. Därutöver ansvarar de bland annat för viss kollektivtrafik och regionala utvecklingsfrågor.
- Den kommunala nivån ansvarar för sjukdomsförebyggande och hälsofrämjande arbete samt rehabilitering utanför sjukhus. Andra kommunala hälsojänster innefattar vårdhem och hemsjukvård, kommunal tandvård och socialpsykiatri.

Källor: Rudkjøbing m.fl. 2012, Strandberg-Larsen m.fl. 2006. * Under reformens genomförande låg nuvarande Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse ansvarsområden inom ramen för Indenrigs- og Sundhedsministeriet. Namn och uppgiftsfördelning har skiftat flertalet gånger under de senaste årtiondena.

4.1 MÅLET MED REFORMEN VAR ATT SKAPA EN MER EFFEKTIV OFFENTLIG SEKTOR

Regeringens uttryckliga mål och ambition med den danska kommunalreformen var att upprätthålla och utveckla en demokratiskt styrd offentlig sektor för fortsatt god utveckling av det danska välfärdssamhället. Mer specifika mål som också omfattade hälso- och sjukvården var (Regeringen 2004, s. 5):

1. Mer kvalitet för pengarna utan ökning av total beskattning
2. Kortare väntetider och vård i internationell toppklass
3. Mindre byråkrati, färre hinder och tydlighet för en enklare ingång till det offentliga.

Motiven bakom reformen var flera men handlade framför allt om en kritik mot den offentliga sektorns organisering och bristande förmåga att kunna erbjuda välfärdsservice med tillräckligt hög kvalitet. De mindre kommunerna kunde inte säkerställa specialiserade tjänster av tillfredställande kvalitet och amten, regionerna, var alldeles för små för att effektivt kunna tillhandahålla specialiserade sjukhus-tjänster. Många ansåg också att de administrativa enheterna på amt- och kommunalnivå var för stora och att fördelningen av uppgifter mellan staten och de båda nivåerna inte fungerade optimalt. Till exempel ifrågasatte vissa politiska partier och Dansk Industri (DI), en stark lobbyingsaktör, nödvändigheten med tre byråkratiskt administrativa nivåer i ett så litet land som Danmark. Kvaliteten i det danska hälso- och sjukvårdssystemet ifrågasattes också, bland annat av OECD. Danmark hade till exempel lägre medellivslängd än i andra länder. (Christiansen 2012)

“Man kan diskutera flera motiv (...)men det officiella motivet eller den officiella retoriken var att man gärna ville säkra välfärdsstatens framtid genom att skapa större enheter som hade mer bärkraft och var mer logiskt uppbyggda i förhållande till gränssnitten mellan kommunala och regionala myndigheter (...). Det var den huvudsakliga argumentationen. (...) och det innebar också en möjlighet att få mer styrka och makt centralt i förhållande till de decentraliserade myndigheterna.”

Karsten Vrangbæk, professor vid Institut for Folkesundhedsvidenskab, Köpenhamns universitet

Trots en öppen kritik mot offentlig sektor och kvaliteten i hälso- och sjukvården var den offentliga debatten kring ett reformbehov i slutet av 1990-talet och början av 2000-talet begränsad (Bundgaard och Vrangbæk 2007). Den föregående socialdemokratiskt ledda regeringen hade i slutet av 1990-talet tillsatt en kommission med uppdraget att se över uppgiftsfördelningen i den offentliga sektorn mellan stat, amter och kommuner. Kommissionen drog slutsatsen att det inte fanns något egentligt behov av en reform (Indenrigsministeriet 1998). Det var först när en ny regering tillträdde år 2001, ledd av det liberala partiet Venstre, som en ny debatt om ett reformbehov uppstod. Fyra år senare, 2005, genomfördes den danska kommunalreformen.



4.2 STATEN OCH KOMMUNERNA FICK ETT UTÖKAT ANSVAR FÖR HÄLSO- OCH SJUKVÅRD

Den danska kommunalreformen innebar en förändring av både den offentliga sektorns struktur, ansvarsfördelning och finansiering. Den kan sammanfattas som både en centralisering och decentralisering av styrning och organisering i och med att både staten och kommunerna fick ett utökad ansvar för hälso- och sjukvården (se figur 5).

Figur 5. Den danska kommunalreformen medförde en ny ansvarsfördelning och finansiering för kommunerna, regionerna och staten.

	Kommun	Region	Stat
Struktur	275 kommuner blir 98	14 amter ersätts av 5 regioner	
Ansvarsfördelning	<p>Kommunerna tar över ansvaret från de tidigare amten gällande sjukdomsförebyggande och hälsofrämjande arbete samt rehabilitering</p> <p>Kommunerna blir skyldiga att ingå samordnande hälsoavtal med regionerna</p>	<p>Regionerna får ett mer renodlat ansvar för somatisk och psykiatrisk sjukhusvård. De tar också över ansvaret från de tidigare amten att beställa vård från andra utförare, till exempel från utförare av primärvård</p> <p>Hälsoavtal med kommunerna skapar samordning för sjukdomsförebyggande och hälsofrämjande arbete samt rehabilitering</p>	<p>Staten får ökat ansvar för ekonomi och uppföljning, särskilt inom hälso- och sjukvårdssektorn</p> <p>Sundhetsstyrelsens position stärks genom ökat ansvar för sjukvårdsplanering och godkännande av samordnande hälsoavtal</p>
Finansiering	<p>Kommunerna bibehåller beskattningsrätt, vilken utgör 75 procent av deras intäkter</p> <p>Staten står för 25 procent av kommunernas intäkter genom anslagsfinansiering</p>	<p>Regionernas verksamhet finansieras genom bidrag från staten och kommunerna</p> <p>Staten står för 77 procent anslagsfinansierade bidrag och 3 procent aktivitetsbaserade bidrag till regionerna</p> <p>Kommunerna står för 20 procent av finansieringen som i dag är fullt ut aktivitetsbaserad.</p>	<p>Ny statlig skatt introduceras (hälsobidrag)</p> <p>80 procent av hälsobidraget överförs till regionerna</p> <p>20 procent av hälsobidraget överförs till kommunerna</p>

Källa: Anpassad beskrivning efter Bundgaard och Vrangbæk 2007, Andersen och Jensen 2010.

Reformens strukturella förändring av den offentliga sektorn innebar att flertalet kommuner slogs samman till större enheter och att antalet blev färre, medan amten övergick i nybildade regioner. Den bakomliggande tanken var att större och färre enheter skulle skapa stordriftsfördelar och förutsättningar

att bättre bedriva hälso- och sjukvård på ett mer specialiserat och effektivt sätt. Det finns stora variationer i kommunernas befolkningensmängd, men kommunsammanslagningarna har inneburit att antalet kommuner gått från 275 till 98 och att den genomsnittliga kommunen har ökat från 19 000 till cirka 55 000 invånare (Gyldendals åbne encyklopædi). De fem nya regionernas befolkningensmängd varierar i storleksordningen 0,6 till 1,6 miljoner invånare. Både den kommunala och regionala nivån styrs liksom tidigare av folkvalda politiker.

Ansvar för sjukvården förändrades och fördelades på ett nytt sätt

Reformen innebar att ansvaret för sjukvården fördelades på ett nytt sätt mellan kommunerna, regionerna och staten. (För en mer detaljerad beskrivning av fördelningen mellan kommuner och regioner se tabell 2). Kommunerna fick ett utökat ansvar för till exempel socialpsykiatri och rehabilitering. De fick också överta det primära ansvaret för det sjukdomsförebyggande och hälsofrämjande arbetet från landstingen. Den bakomliggande tanken var att integrera det förebyggande och hälsofrämjande arbetet med andra kommunala ansvarsområden såsom skola och äldreomsorg. (Strandberg-Larsen m.fl. 2006)

Regionernas uppdrag renodlades till ett produktionsansvar för somatisk och psykiatrisk sjukhusvård. De övertog också amtens tidigare ansvar för att tillsammans med företrädare för kommuner och staten förhandla om uppdrag och ersättningsnivåer för primärvården. I Danmark består primärvården sedan lång tid tillbaka av privatpraktiserande allmänläkare (Henrichsen 2013).

Kommunalreformen medförde att nya gränssnitt uppstod mellan kommunerna och regionerna som ställde andra krav på samarbete. Ett nyckelverktyg för att säkerställa sammanhängande hälso- och sjukvård mellan gränssnitten var införandet av hälsoavtal. Avtalen är obligatoriska att teckna vart fjärde år och ingås mellan regionråden och kommunstyrelserna i de kommuner som ligger i regionen. Numer är det fastställt att det ska finnas ett hälsoavtal för varje region. Tidigare ingick regionerna ett avtal med varje kommun. Avtalen syftar bland annat till att säkerställa ett gott sjukdomsförebyggande och hälsofrämjande arbete, god rehabilitering, samt goda rutiner för inskrivning och utskrivning av patienter till/från sjukhus. (Økonomi- og Indenrigsministeriet 2013, s. 115–116)

Sundhedsstyrelsen har tillsammans med regionerna, kommunerna och de privatpraktiserande primärvårdsläkarna fastställt ett antal indikatorer



som följer utfallet av hälsoavtalen. Indikatorerna beskriver bland annat patienternas upplevelse av samarbete och kommunikation mellan sjukhusen och kommunerna vid utskrivning, antalet färdigbehandlade patienter i somatisk vård, väntetid för rehabilitering etcetera. (Sundhedsstyrelsen 2011)

Tabell 2. Kommunerna har tagit över ansvaret för flera områden som tidigare låg på amten, medan regionerna har fått ett mer renodlat uppdrag som beställare och utförare av sjukhusvård.

Uppgift	Före kommunalreformen	Efter kommunalreformen
Sjukdomsförebyggande arbete	Amter	Delat
Rehabilitering	Amter	Kommuner
Missbruks- och beroendevård	Amter	Kommuner
Socialpsykiatri	Amter/kommuner	Kommuner
Sjukhus	Amter	Regioner
Psykiatri	Amter	Regioner
Beställning av vård från privata utövare (ex. allmän- och specialistläkare, fysioterapeuter, tandläkare)	Amter	Regioner

Källa: Anpassad tabell efter Økonomi- og Indenrigsministeriet 2013, s.111.

Liksom tidigare har staten ansvar för reglering och tillsyn av hälso- och sjukvårdssystemet. Men i och med reformen fick staten både ett utökad uppföljnings- och planeringsansvar. Målet med centraliseringen av ansvarsområdena var att skapa en ökad och jämn kvalitet i vården över hela landet. Hög medicinsk kvalitet skulle gå före geografisk närhet till vården.

Det utökade uppföljningsansvaret innebar att staten genom Sundhedsstyrelsen (motsvarande Socialstyrelsen i Sverige) fick godkänna och övervaka de obligatoriska hälsoavtalen mellan kommuner och regioner (Christiansen 2012). Det utökade planeringsansvaret medförde att Sundhedsstyrelsen fick mandat att besluta var olika typer av vård skulle bedrivas. Detta gjorde de genom att godkänna regionernas förslag till fördelningen och organiseringen av medicinska och kirurgiska specialiteter. Som grund för besluten uppskattade myndigheten att sjukhusen behövde ha ett patientunderlag motsvarande 200 000–400 000 för att säkerställa god kvalitet. Det innebar också att antalet akutsjukhus behövde reduceras från 40 stycken år 2006 till 25 stycken år 2015 (Sundhedsstyrelsen 2006, 2007a).

Kommunalreformen lämnade ansvaret för primärvården oförändrat. Samtidigt utgör den en viktig funktion i det danska hälso- och sjukvårdssystemet genom att ansvara för behandling och samordning av vårdinsatser och genom

att utgöra första kontakt (gatekeeper-funktion) i förhållande till övriga hälso- och sjukvårdstjänster. 90 procent av all öppenvård sker utanför sjukhusen (mätt som antal besök) i den så kallade praksissektorn. Nästan 60 procent av alla besök i praksissektorn sker hos almen praksis, det vill säga allmänläkarna. Andra resurser i praksissektorn är sjukgymnaster, psykologer, kiropraktorer, privata specialister med flera. 9 av 10 vårdkontakter i allmänpraxis avslutas utan vidare remittering till annan instans (Økonomi- og Indenrigsministeriet 2013, Anell 2014, s. 12)

Finansieringsansvaret för sjukvården delades mellan stat och kommuner

Reformen medförde att ansvaret för finansiering av hälso- och sjukvården delades mellan kommunerna och staten. Tidigare var det danska hälso- och sjukvårdssystemet finansierat genom inkomstskatt på nationell nivå och inkomst- och fastighetsskatt på amt- och kommunal nivå. Men de nya regionerna fick inte ta över landstingens beskattningsrätt. Målet med förändringen var att endast ha två skatteberättigade nivåer och på så sätt uppnå ökad effektivitet och kostnadskontroll. Det kommunala medfinansieringsansvaret syftade till att skapa incitament för kommunerna att öka de förebyggande hälso- och sjukvårdstjänsterna. Avsikten var att minska sjukhusvistelserna och därigenom kostnaderna för hälso- och sjukvården.

De olika skattenivåerna och incitamentsstrukturerna har finjusterats sedan reformens genomförande. Nedan är en redogörelse av nuvarande nivåer och fördelning (Økonomi- og Indenrigsministeriet 2013).

En ny statlig skatt, det så kallade hälsobidraget, infördes. Syftet var att öronmärka skatteintäkterna till hälso- och sjukvårdens område och därigenom skapa ökad tydlighet i hur allmänhetens resurser användes. Skatten utgör 8 procent av befolkningens inkomst.

Kommunerna fick ha kvar sin beskattningsrätt och finansierar sina kommunala välfärdstjänster (inklusive hälso- och sjukvårdstjänster) upp till 75 procent. De resterande 25 procenten av kostnaderna finansieras av generella anslag från staten.

Regionernas verksamhet finansieras genom statens hälsobidrag, varav 77 procent utgör anslagsfinansiering och 3 procent aktivitetsbaserad ersättning (Økonomi- og Indenrigsministeriet 2013, s. 112–113). Staten beräknar storleken på bidragen till regionerna utifrån populationens förväntade hälso- och sjukvårdsbehov. Det uppskattade behovet bedöms genom att bland annat uppskatta socioekonomiska parametrar och antalet invånare i olika åldersgrupper (Strandberg-Larsen m.fl. 2006). De övriga 20 procenten



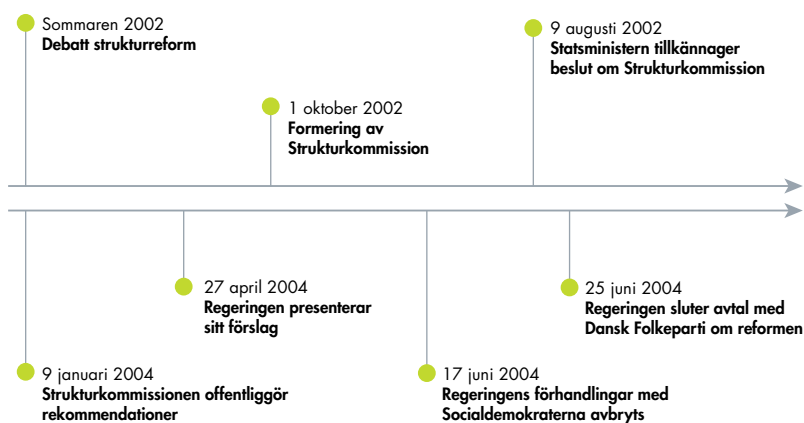
Den danska kommunalreformen förändrade hela den offentliga sektorns organisation och finansiering

av regionernas finansiering består av en aktivitetsbaserad ersättning från kommunerna och motsvarar kommuninvånarnas faktiska användning av regionala sjukhusjänster. Inom ramen för dessa intäkter finansierar regionerna både den specialiserade sjukhusvården och den vård som bedrivs utanför sjukhusen.

4.3 PROCESSEN VAR STARKT POLITISKT STYRD OCH GENOMFÖRDES SNABBT

Ett politiskt maktskifte, tillfälligheter och externa faktorer öppnade för genomförandet av den danska strukturreformen (Christiansen och Klitgaard 2005, Bundgaard och Vrangbæk 2007). I kontrast till en omfattande reformprocess med brett parlamentariskt stöd genomfördes den danska strukturreformen med stöd av en knapp majoritet och i rask takt. Figur 6 nedan beskriver den övergripande reformprocessen fram till att en överenskommelse nåddes mellan regeringspartierna och Dansk Folkeparti.

Figur 6. På knappt två år genomfördes en av Danmarks största administrativa reformer någonsin.



Källa: Bundgaard och Vrangbæk 2007.

En ny regering tillträdde och tog initiativ till en översyn av offentlig sektor

Reformprocessen påbörjades i samband med ett regeringsskifte. En ny koalitionsregering bestående av det liberala partiet, Venstre, och Konservative

Folkeparti kom till makten år 2001 med stöd från Dansk Folkeparti. Ingen av regeringspartierna hade aviserat några förändringar av offentlig sektor, även om de två sistnämnda partierna var kritiska till att behålla landstingsnivån. (Christiansen och Klitgaard 2005)

Men en öppning för reform uppstod ett år efter att regeringen hade tillträtt. Under sommaren 2002 initierades en medial debatt om möjligheten att förenkla organisation och styrning av sektorn. Ett antal riksdagsledamöter från Venstre tog bland annat initiativ i frågan då en opinionsundersökning hade visat att en majoritet av befolkningen var för att avskaffa amten och minska antalet kommuner (Bundgaard och Vrangbæk 2007). Några månader efter att debatten hade tagit fart såg regeringen ett lämpligt tillfälle att tillsätta en utredning på området. Utredningen fick namnet Strukturkommissionen och hade till uppdrag att beskriva fördelar och nackdelar med alternativa modeller för strukturen i den offentliga sektorn och utifrån analysen lägga fram rekommendationer för hållbara förändringar (Indenrigs- og Sundhedsministeriet 2004b).

Oppositionen i form av Socialdemokraterna och Det Radikale Venstre (det socialliberala partiet) såg positivt på uppdraget, men var inte överens med regeringen om Strukturkommissionens sammansättning. Socialdemokraterna förespråkade en i dansk mening traditionell sammansättning av politiskt förtroendevalda, vilket de ansåg skulle skapa bättre förutsättningar att kunna påverka Strukturkommissionens arbete (Pedersen m.fl. 2005). Regeringen beslutade i stället att tillsätta en kommission bestående av tjänstemän och experter, vilket de ansåg skulle skapa större kontroll och en mer lätthanterlig process. Oppositionen riktade kritik mot beslutet varpå regeringen tillsatte en parlamentarisk grupp som kunde följa Strukturkommissionens arbete. Men gruppen fick aldrig möjlighet att utöva något verkligt inflytande (Bundgaard och Vrangbæk 2007).

"(...)Man [regeringen] styrde kommissionsarbetet stramt. Kommissionen bestod företrädesvis av ämbetsmän som man hade kontroll över."

Karsten Vrangbæk, professor vid Institut for Folkesundhedsvidenskab, Köpenhamns universitet

Strukturkommissionens förslag fick inte stöd av regeringen

I sitt betänkande i januari 2004 fastslog Strukturkommissionen att det fanns ett behov av en ny struktur och ansvarsfördelning mellan kommuner,



Den danska kommunalreformen förändrade hela den offentliga sektorns organisation och finansiering

amter och stat. Kommissionen presenterade sex möjliga förslag till en förändrad organisation och ansvarsfördelning (se figur 7). (Indenrigs- og Sundhedsministeriet 2004b, Henrichsen 2013)

Figur 7. Strukturkommissionen presenterade sex olika förslag till ny styrning av den offentliga sektorn.



Källor: Indenrigs- og Sundhedsministeriet 2004b, Henrichsen 2013.

Men i april, två månader efter att strukturkommissionen presenterat sina förslag lade regeringen fram ett eget förslag, "Det nya Danmark – en enkel offentlig sektor nära medborgaren" (Regeringen 2004). Förslaget skiljde sig från kommissionens förslag på flertalet punkter och bestod av större kommuner, färre regioner och ökad statsmakt (Bundgaard och Vrangbæk 2007).

När Strukturkommissionen presenterade sina förslag var det största regeringspartiet Venstres inställning att en reform behövde ske. Men initialt hade partiet varit tudelat, framför allt mellan nationell och lokal nivå (Bundgaard och Vrangbæk 2007). Drivande personer inom den dåvarande regeringen bland andra Venstres inrikes- och hälsominister Lars Løkke Rasmussen genomförde därför ett flertal möten med lokalpolitiker i Venstre för att övertyga dem om reformens fördelar. Att förändra de olika nivåerna av styrning ansågs inte medföra mer inflytande för det politiska styret på kommunal- och amtnivå, snarare tvärtom. Venstre hade majoritet i flertalet kommun- och amtstyrelser och kunde därigenom påverka politiken i stor utsträckning. Med större geografiska ansvarsområden, i form av regioner och

kommunsammanslagningar, förväntades mycket av det lokala inflytandet gå förlorat. En liknande situation gällde för Socialdemokraterna. Tillsammans delade de båda partierna på 70 procent av platserna i kommunerna och amten (Kommunalpolitisk landkort 2002).

I nära anslutning till Strukturkommissionens offentliggörande meddelade också flertalet av oppositionspartierna att de i grunden var positiva till en reform utan att ta ställning till något direkt förslag. Endast två småpartier avvisade själva reformidén.

Kommunernas Landsforening (KL) var länge en stark försvarare av geografiskt mindre kommuner men ändrade sedan officiellt position och stödde därmed Strukturkommissionens ”bredare kommunmodell”. Amsrådsforeningen stödde den bredare landstingsmodellen.

Även det danska läkarförbundet (Lægeforeningen) uttryckte sin positiva inställning till en reform.

”Vi var faktiskt mycket positiva... Så vi gick in för att reformen skulle göra så att man samlade de specialiserade funktionerna på färre enheter. Det var det som var ett stort problem med de 14 amten, de ville alla ha specialiserade hjärtavdelningar osv. Och så var det diskussionerna kring kommunernas roll. Där var vi lite mer tveksamma...Men i grunden var vi mycket positiva till reformen.”

Bente Hyldahl Fogh, administrativ chef, Lægeforeningen

Regeringens förslag utarbetades utan insyn och genomfördes i rask takt

Utformningen av regeringens förslag genomfördes utan insyn och med hög hastighet. Förslaget togs främst fram inom inrikes- och hälsodepartementet med inrikes- och hälsoministern som drivande person. Deltog gjorde även tjänstemän från Företag- och tillväxtdepartementet (Erhvervs- og Vækstministeriet) och Finansdepartementet. Andra departement informerades inte förrän i slutet av processen. Det är oklart varför processen genomfördes med begränsad insyn. En trolig anledning var risken att förslaget skulle läcka till pressen och minska regeringens möjlighet att styra processen (Bundgaard och Vrangbæk 2007).

I slutet av juni 2004 ingick regeringen en överenskommelse, ”Avtal om strukturreform” (Indenrigs- og Sundhedsministeriet 2004a) med Dansk Folkeparti. Socialdemokraterna och resterande oppositionspartier anslöt sig inte till överenskommelsen. De hade främst invändningar mot regionernas förlorade beskattningsrätt och de uppgifter som skulle bedrivas inom



ramen för deras ansvarsområde. Förhandlingarna gick i stå. Men efter att Dansk Folkeparti meddelat regeringsförhandlingarna att de ställde sig bakom regeringens samtliga förslag, fanns det i praktiken ingen anledning för regeringen att sluta en bredare kompromiss.

”Man kan ju säga att de som var starkast motståndare blev avmonterade under vägen. När amten var nedlagda fanns det ingen bas att protestera ifrån. Och oppositionspartierna var förhållandevis svaga på den tiden. Från regeringshåll visste man att man hade stöd av Dansk Folkeparti. Det var den parlamentariska situationen. Så det fanns inga externa veton. Kommunernas Landsförening var med på banan och Amtsrådsforeningen var en svag spelare.”

Karsten Vrangbæk, professor vid Institut for Folkesundhedsvidenskab, Köpenhamns universitet

På mindre tid än ett halvår hade regeringen både hunnit utarbeta och besluta om en reformering av den offentliga sektorn. Med tanke på att detta sannolikt var den största administrativa reformen någonsin i Danmark har beslutsprocessen beskrivits som anmärkningsvärd då den endast tog ett fåtal månader (Mouritzen 2005). Det fanns vissa som menade att det var nödvändigt att förbigå meningsskiljaktigheter för att kunna säkerställa momentum vid genomförandet av en så komplicerad reform som den danska (Larsen och Andersen 2004).

Nytt lagstiftningspaket och kostnadsneutralt genomförande följde reformbeslutet

Avtalet om strukturreform mellan regeringen och Dansk Folkeparti (Indenrigs- og Sundhedsministeriet 2004a) följdes av beslut kring detaljerad lagstiftning i den danska riksdagen och ett intensivt arbete för att genomföra besluten. Cirka 50 lagförslag, som reglerade hur den nya offentliga styrningen skulle se ut, gick på remiss och antogs som ett lagstiftningspaket i riksdagen i juni 2005. Vid slutlig omröstning slöt flera andra partier upp bakom regeringen och Dansk Folkeparti i cirka hälften av fallen (Indenrigs- og Sundhedsministeriet 2005b). Regeringen och Dansk Folkeparti fick även uppslutning av Socialdemokraterne och Det Radikale Venstre i ett särskilt avtal om kommunalindelningen (Indenrigs- og Sundhedsministeriet 2005a). Avtalet beskrev hur den nya ”Danmarkskartan” skulle se ut och förankrades på frivillig basis genom en process bland kommunerna.

Mellan 2005 och 2006 ägde lokala förberedelser rum. Det krävdes mycket arbete för att avveckla amten, slå samman kommunerna och inrätta nya regioner. Kommunernas Landsforening (KL), inrikes- och hälsodepartementet och finansministeriet ingick ett samarbete för att förbereda och genomföra reformen. Amtens anställda, tillgångar och skulder fördelades utifrån var de nya uppgifterna hamnade i systemet. En strukturerad plan utarbetades för ut- och infasning av folkvalda i kommuner, amter och regioner.

I reformavtalet var regeringspartierna och Dansk Folkeparti överens om en kostnadsneutral reform (Indenrigs- og Sundhedsministeriet 2005b). Reformen skulle i sin helhet varken leda till högre skatter eller ökade offentliga utgifter, men regeringen var medveten om att själva genomförandet skulle innebära vissa ökade kostnader. För detta utgick ingen ekonomisk kompensation. Regeringen ansåg att stordriftsfördelarna som skulle följa med reformen skulle innebära vinster för såväl kommunerna som regionerna på längre sikt.

”Det var inte frågan om att skjuta till några pengar. De nya strukturerna skulle skapa bättre och effektivare sjukvård.”

Intervju med Ib Valsborg, dåvarande chef för Indenrigs- og Sundhedsministeriet

En större offentlig utvärdering av reformen har genomförts

Från den dåvarande regeringens sida fanns det inga direkta planer om att följa upp reformen. Utvärderingen skulle ske som en kontinuerlig process med en bedömning av hur hälso- och sjukvårdssystemet fungerade rent generellt. Men den nuvarande regeringen har ändå valt att göra en större utvärdering. Den inriktar sig framför allt på hälsoavtalen, kommunernas sjukdomsförebyggande och hälsofrämjande arbete, samt rehabiliteringen utanför sjukhusen.

”Det var inte planerat att ett forskningsprojekt skulle följa upp reformen, nej det var det inte (...). Jag kan inte komma på något vi skulle ha gjort på annat sätt. Det var på handikappområdet och på några av de specialiserade områdena där regeringen garanterade en uppföljning (...). Den nuvarande regeringens ”servicecheck” på reformen, där de i grunden inte funnit något som de vill ändra på talar sitt tydliga språk. Det bevisar väl att det är ett mycket gott resultat?! Men man kan säga att det borde ske en kontinuerlig utvärdering för att ta temperaturen på hur den offentliga sektorn fungerar.”

Ib Valsborg, dåvarande chef för Indenrigs- og Sundhedsministeriet



4.4 REFORMEN HAR LETT TILL BÄTTRE SAMORDNING OCH ÖKAD PRODUKTIVITET

Den samlade bedömningen av den danska kommunalreformen från 2007 är att den har lett till mindre byråkrati och att den genom hälsoavtalen har skapat förutsättningar för bättre ansvarsfördelning, kommunikation och samordning av vården mellan olika myndigheter. Ökad statlig planering, styrning och koordinering har bland annat lett till omstrukturering av sjukhussektorn och därtill ökad produktivitet. Däremot har ännu inte kommunerna getts tillräckligt tydliga incitament att arbeta mer sjukdomsförebyggande, hälsofrämjande eller rehabiliterande.

Det är generellt svårt att uttala sig om reformens effekter vad gäller målen om bättre kvalitet och kortare väntetider. Detta beror framför allt på att det är svårt att utvärdera reformens effekter eftersom den inte har skett som ett isolerat initiativ för att stärka hälso- och sjukvården i Danmark. Från 1970-talets kommunalreform fram till och med strukturreformen år 2005 har det danska hälso- och sjukvårdssystemet genomgått ett flertal förändringar. Dessa utgörs bland annat av lagen om patienters fria val av sjukhus, som trädde i kraft 1993, och väntetidsgarantin, som introducerades år 2002. Den senare har modifierats ett par gånger (Olejaz m.fl. 2012).

Ytterligare svårigheter att utvärdera reformen beror på att ett flertal centrala kvalitetsinitiativ följde i Danmark efter att kommunalreformen trädde i kraft. Detta inkluderar bland annat kvalitetsmonitorering genom Den Danske Kvalitetsmodell (DDKM) som etablerades mellan 2009-2011, introduktion av ett nationellt ackrediteringssystem för sjukhus och lansering av det danska nationella indikatorprojektet (Nationale Indikator Projekt). Att skapa nationella vårdkedjor för cancer och hjärtsjukdom har också ägnats mycket kraft.

Intervjupersonernas samlade bedömning av reformens effekter är blandad.

Tidigare departementschefen, Ib Valsborg, är övervägande positiv:

"Jag upplever inte att det är någon som önskar att röra sig tillbaka."

Ib Valsborg, dåvarande chef för Indenrigs- og Sundhedsministeriet

Professor Vrangbæk anser till exempel att reformen i alla fall inte har förhindrat en fortsatt positiv utveckling. Samtidigt anser att han att reformen påverkat den lokala demokratin negativt:

"Medborgarna har mindre kunskap om vad som pågår på politisk/kommunalpolitisk nivå. De har mindre kunskap än vad de hade förr, så vi har alltså en negativ effekt i förhållande till lokaldemokrati och närdemokrati."

Karsten Vrangbæk, professor vid Institut for Folkesundhedsvidenskab, Köpenhamns universitet

Hyldahl Fogh, administrativ chef vid den danska läkarföreningen menar att det är svårt att utvärdera stora reformer av hälso- och sjukvården:

"Det svåra är att veta vad som skulle ha hänt om man inte genomfört reformen..."

Bente Hyldahl Fogh, administrativ chef, Lægeforeningen

Regeringen hade tre mål för reformen som hade tydlig inriktning på hälso- och sjukvårdsområdet. Dessa var kortfattat att:

- (1) öka kvaliteten utan ökade kostnader
- (2) korta väntetider och förbättra servicen till patienter
- (3) minska byråkrati och hinder för god vård.

Målen är mycket allmängiltigt formulerade, vilket leder till svårigheter att direkt koppla utfall till måluppfyllnad. Bristen på utvärderingar av reformens effekter på kvalitet och tillgänglighet har även inneburit vissa begränsningar för redogörelsen av effekterna. Nedanstående analys inriktas i stället på utfallet av reformens utformning, vilket i mer eller mindre utsträckning kan relateras till reformens målsättningar (se tabell 3). Tabellens utformning bygger på vår egen analys och är ett sätt att åskådliggöra kopplingen mellan reformens målsättningar och verktyg för genomförande. Det verkliga sambandet mellan reformens målsättningar, utformning och effekter kan se annorlunda ut. Sammanställningen i tabellen bör därför tolkas försiktigt.



Tabell 3. Sedan reformens genomförande har produktiviteten ökat i sjukhussektorn, men det kommunala medfinansieringsansvaret tycks inte ha gett önskad effekt.

Reformens mål (med koppling till hälso- och sjukvården)	Reformens utformning	Reformens effekter
1) Mer kvalitet för pengarna utan ökning av total beskattning	Kommunal medfinansiering skulle skapa incitament för kommunerna att arbeta mer med sjukdomsförebyggande, hälsofrämjande och rehabiliterande insatser. Statligt finansieringsansvar för regionerna skulle skapa en effektiv sjukhusvård med hög och likvärdig kvalitet över hela landet.	Det kommunala medfinansieringsansvaret har ännu inte gett kommunerna tydliga incitament att arbeta mer sjukdomsförebyggande, hälsofrämjande eller rehabiliterande (Olejaz m.fl. 2012, Pedersen m.fl. 2005).
2) Sjukhusväsendet ska ha korta väntetider och behandla patienter i internationell toppklass	Nationell planering, styrning och koordinering av sjukhusvård skulle leda till högre effektivitet i sjukhussektorn och möjliggöra effektivt informationsutbyte mellan vårdens gränssnitt.	Produktiviteten i sjukhussektorn har ökat successivt sedan reformens genomförande (Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse 2011). Inga signifikanta effekter på generell produktivitet har ännu noterats på kommunal nivå (Olejaz m.fl. 2012, s. 156). En större omstrukturering av sjukhussektorn har genomförts vilket har inneburit stängning, sammanslagning och nybyggnation av sjukhus (Christiansen 2012). Regionerna har skapat mer enhetliga it-system men det kvarstår utmaningar att exempelvis göra systemen landstäckande (Økonomi- og Indenrigsministeriet 2013).
3) Mindre byråkrati, färre hinder och tydlighet ska ge enklare ingång i det offentliga	Hälsoavtal mellan regioner och kommuner skulle bidra till ökad kontinuitet, mer sammanhängande vård över verksamhetsgränser och vård utförd på rätt plats.	Hälsoavtalen anses generellt vara ett lämpligt verktyg för att säkerställa dialog och samarbete mellan kommuner och regioner. Men det finns svagheter både sett till avtalens utformning och hur de används i praktiken. Ett stort problem är att integrera primärvården i samarbetet (Økonomi- og Indenrigsministeriet 2013, Sundhedsstyrelsen 2011).

Det kommunala medfinansieringsansvaret har ännu inte gett tydliga effekter

Det kommunala medfinansieringsansvaret har ännu inte stimulerat kommunerna till att bedriva ett mer utvecklat sjukdomsförebyggande och hälsofrämjande arbete eller rehabilitering (Christiansen 2012).

”Man ville gärna att kommunerna skulle engagera sig i vad som pågick i hälso- och sjukvårdsområdet och på sjukhusen i regionerna. Och då beslutade man att införa en slags medfinansieringsmodell och det blev en mycket enformig modell, man kunde ha tänkt lite längre... Man har inte riktigt funnit de mekanismerna ännu.”

Karsten Vrangbæk, professor vid Institut for Folkesundhedsvidenskab, Köpenhamns universitet

Före reformens genomförande hade flera experter fört fram att de var tveksamma till den kommunala medfinansieringsmodellen. Bland annat ifrågasatte de om ett ökat förebyggande arbete skulle reducera antalet vårddygn på sjukhus och leda till besparingar för kommunerna. Argumenten var flera. För det första menade de att hemtjänst och hemsjukvård redan hade nyttjats i den grad som var möjligt för att kunna skriva ut patienter tidigare från sjukhusen. För det andra menade de att de ekonomiska incitamenten var för små för att stimulera kommunerna att själva arbeta med förebyggande insatser. Slutligen ansåg de att kommunernas möjligheter att minska antalet inlagda patienter var begränsade eftersom kommunerna inte styr över de besluten (Pedersen m.fl. 2005, Olejaz m.fl. 2012 s. 156). Därutöver har förebyggande aktiviteter begränsats av åtdragna budgetar, vilket framför allt har berott på finanskrisen (Olejaz m.fl. 2012, s. 156).

Sjukhusens produktivitet har ökat sedan reformens genomförande

Produktiviteten (definierat som förhållandet mellan resursanvändning och aktivitet) i sjukhussektorn började öka redan före reformens genomförande och har sedan successivt fortsatt att öka sedan kommunalreformens genomförande. Mellan åren 2009 och 2010 låg ökningen på 5,6 procent (Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse 2011).

Vid sidan av kommunalreformens möjliga inverkan framhålls också två ytterligare förklaringar till den positiva produktivitetsutvecklingen. Den ena är att sjukhusen år 2002 började ersättas utifrån betalning per prestation baserat på DRG-systemet. DRG-systemet är ett system för att dela in patienter i likartade grupper och används bland annat som ett debiteringsunderlag för utförd vård. Den andra är att regeringen krävde att sjukhusen skulle öka sin produktivitet med två procent årligen (Christiansen 2012).

”Vad gäller det ekonomiska så har produktionsutvecklingen på sjukhusen varit mycket imponerande men det var den även innan reformen.”

Karsten Vrangbæk, professor vid Institut for Folkesundhedsvidenskab, Köpenhamns universitet

Det fanns vissa tvivel om att nybyggnation, reduktion och sammanslagningar av sjukhus skulle leda till ökade stordriftsfördelar och därmed ökad effektivitet i sjukhusvården. Men en studie som har undersökt sambandet visar att



omstruktureringen hade potential att leda till större kostnadseffektivitet genom ökade stordriftsfördelar (Kristensen m.fl. 2012). Det finns i däremot ingen information om reformens direkta påverkan på kostnadseffektiviteten.

Inga signifikanta effekter på generell produktivitet eller effektivitet har ännu noterats på kommunal nivå. (Olejaz m.fl. 2012, s. 156)

Kommunalreformen har medfört ökad statlig planering, styrning och koordinering av sjukhussektorn

Kommunalreformen gav staten ett utökat mandat att planera, styra och koordinera sjukhusvården. Konkret har detta lett till en större omstrukturering av sjukhussektorn vilket har inneburit en stängning och sammanslagning av ett antal sjukhus, men även viss nybyggnation. År 2006 var antalet akutsjukhus i Danmark 40 stycken, men i och med den pågående strukturuomvandlingen av sjukhussektorn kommer antalet att reduceras till 21 stycken (Berlingske 2010). Sjukhusstrukturen kom alltså att följa samma mönster som hela den offentliga sektorn med färre och större enheter (Sundhedsstyrelsen 2007b, 2010, Region Syddanmark 2009).

Det utökade mandatet att styra och koordinera sjukhusvården har också lett till ett mer sammanhållet it-system. I och med etablerandet av regioner utvecklades ett enhetligt it-system för varje region. Det har gett förutsättningar för ett mer effektivt informationsutbyte och därmed en mer sammanhängande vård. Tidigare hade varje landsting egna system för till exempel elektroniska patientjournaler.

Sundhedsstyrelsen har inte lyckats utveckla ett landstäckande och enhetligt it-system. Ambitionen om ett sammanhållet system som integrerar regionsjukhusen med primärvården har inte heller uppnåtts. Däremot har ett nytt elektroniskt system mellan regionerna och allmänläkare introducerats för att kunna övervaka kliniska data för patienter med kroniska sjukdomar. En internetportal, www.sundhet.dk, ger även alla medborgare tillgång till information om tillgänglighet, och kvalitet. (Christiansen 2012, Olejaz m.fl. 2012).

Hälsoavtalen har gett förutsättningar för samarbete mellan kommuner och regioner

En utvärdering från Sundhedsstyrelsen år 2011 visar att hälsoavtalen generellt är ett lämpligt verktyg för att säkerställa dialog och samarbete mellan kommuner och regioner (Sundhedsstyrelsen 2011).

”Gränssnittsproblematiken, att få sammanhängande patientflöden mellan kommuner och regioner vet vi inte så mycket om. Men vi vet i alla fall att reformen har varit med och bidragit till att institutionalisera en praxis för avtal mellan kommuner och region. Man har satt det i system och man har funnit fasta avtal, Sundhedsaftaler (Hälsoavtal). Så på det sättet har man fått en struktur kring det som nog i varje fall har gett bättre underlag för att diskutera. Det är positivt enligt min mening.”

Karsten Vrangbæk, professor vid Institut for Folkesundhedsvidenskab, Köpenhamns universitet

Samtidigt visar utvärderingar att det finns ett antal svagheter både sett till avtalens utformning och hur de används i praktiken. Till exempel visar en analys av hälsoavtalen i Region Själland att det saknas en medvetenhet och känsla av ägarskap kring innehållet i avtalen hos dem som finns i utförarledet. Det har också funnits utmaningar i att nå upp till avtalens ambitionsnivå vad gäller genomförandet av vårdprogram för personer med kronisk sjukdom. Missbruksområdet är ett ytterligare exempel där det kommunala och regionala samarbetet hittills inte har fungerat. (Økonomi- og Indenrigsministeriet 2013)

”Missbruksbehandlingen är ett exempel på ett område där fördelningen mellan det regionala och kommunala inte är riktigt löst. Det har man väl lite kikat på men vi tycker inte att man riktigt tagit itu med konsekvenserna. Det är vår synpunkt.”

Bente Hyldahl Fogh, administrativ chef, Lægeforeningen

Därutöver har det varit svårt att integrera och styra primärvården på ett optimalt sätt, då den inte varit direkt involverad i besluten om vad som ska ingå i hälsoavtalen. Det har inneburit att primärvården inte behöver följa den arbetsfördelning som kommunerna och regionerna kommit överens om i hälsoavtalen. Det gäller bland annat hur primärvården ska förhålla sig till och arbeta med vårdprogram. (Økonomi- og Indenrigsministeriet 2013). Svårigheterna att styra primärvården tycks framför allt bero på dess särställning vad gäller organisation och finansiering. I Danmark utgörs primärvården av privata allmänläkare som arbetar ensamma eller i mindre grupper. Uppdrag och ersättning förhandlas fram nationellt genom en företrädarorganisation för allmänläkarna (Praktiserende lægers organisation, PLO) och en nationell nämnd (Regionernas Lønnings- og Takstnævn, RTLN)



bestående av representanter från regionerna, kommunerna och finansrespektive sundhedsministeriet. Den danska primärvårdens organisation och finansiering skiljer sig alltså från till exempel den svenska modellen där primärvården organiseras och finansieras av landstingen (Anell 2014, s. 2–3).

Den nuvarande styrningen ger inte regionerna tillfredställande möjlighet att kontrollera och följa upp aktiviteter och uppgifter som utförs av primärvården. Ett uttryck för att styrningen inte fungerar tillfredsställande är att utgifterna för primärvården har ökat med 24,6 procent under perioden 2001–2011. Detta motsvarar ungefär det dubbla jämfört med den offentliga sektorn rent generellt men samma nivå som de regionala utgifterna för sjukhusväsendet. Men då ska man ha i åtanke att staten har gjort stora investeringar i sjukhussektorn med ett medvetet mål om att utöka kapaciteten. (Økonomi- og Indenrigsministeriet 2013)

Ett nytt tillägg till Sundhedslagen (LOV 2005-06-24-546, 13a kap. 57b § n.d.) och en ny överenskommelse mellan företrädarna för de privata allmänläkarna och det offentliga har öppnat upp för nya samarbetsmodeller mellan kommunerna, regionerna och de privatpraktiserande allmänläkarna (RLTN 2014). Detta förväntas bidra till en förbättrad styrning av primärvården.

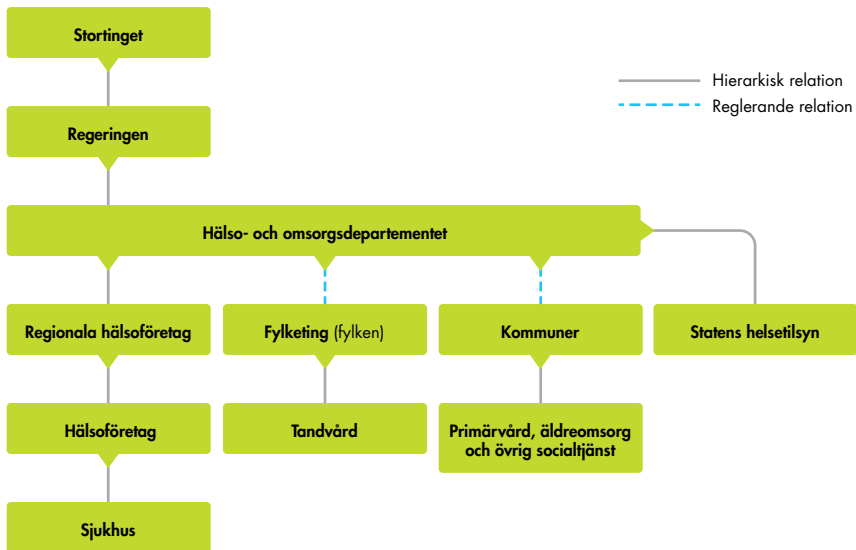


I Norge tog staten över ägarskapet och finansieringen av sjukhussektorn

Den norska sjukhusreformen från år 2002 är ett tydligt fall av ökad grad av centraliserad styrning av hälso- och sjukvården. Den innebar att staten övertog ägaransvaret för sjukhusen från den regionala nivån – fylkena. Reformen innebar också att statligt ägda och regionalt förlagda hälsoföretag inrättades (helseforetak) med ansvaret att erbjuda specialiserad vård till sina respektive invånare. På så sätt kan reformen även ses som en decentralisering av ansvar. I de följande avsnitten beskrivs motiven till reformen, hur den utformats och genomförts, samt vilka effekter den har lett till. (För en allmän beskrivning av det norska hälso- och sjukvårdssystemet se figur 8).



Figur 8. Det norska hälso- och sjukvårdssystemet omfattar alla och är offentligt finansierat.



- Hälso- och sjukvårdssystemet omfattar alla invånare och är offentligt finansierat via skatteintäkter.
- Staten (genom Stortinget och regeringen) ansvarar för den specialiserade sjukhusvården. Den äger fyra regionala hälsoföretag som ansvarar för att tillhandahålla vård till sina invånare.
- De regionala hälsoföretagen äger de lokala hälsoföretagen som kan bestå av ett eller flera sjukhus.
- På uppdrag av de regionala hälsoföretagen utför både de egna lokala hälsoföretagen och privat ägda sjukhus specialiserad vård.
- Kommunerna ansvarar för primärvården, äldreomsorgen och övrig socialtjänst. Primärvården bedrivs i allmänhet av privatpraktiserande läkare.
- Fylkena ansvarar för tandvården. Barn under 18 år får gratis tandvård. Unga i åldern 18–20 år betalar 25 procent av utgifterna själva. Vuxna betalar i regel sin egen tandvård med undantag för vissa sjukdomar och tillstånd.
- Tillsynen av vård- och omsorgsverksamheter bedrivs av Statens helsetilsyn.

Källor: Modifierad organisationskiss utifrån Ringard m.fl. 2013, s. 17.

5.1 OKLARA ANSVARFÖRHÅLLANDEN LÅG BAKOM DEN NORSKA REFORMEN AV SJUKHUSVÅRDEN

Motiven till den norska sjukhusreformen var flera och inte helt tydliga. Några motiv till reformen kan urskiljas i den offentliga utredningen, Hellandsvikkommittén (NOU 1996:5). Utredningen genomfördes redan år 1996 och kan inte ses som ett direkt förarbete till sjukhusreformen år 2002. Men utredningens övergripande syfte var att utreda möjliga alternativ till ägarskapet och finansieringen av fylkenas regionsjukhus ger den ändå ett

antal indikationer om viktiga motiv till reformen. Utvärderingen pekade bland annat på bristande resursprioritering, långa väntetider till vård, geografiska variationer i tillgänglighet och behandling, samt oklar ansvars- och rollfördelning mellan stat och landsting. Den sammantagna bilden som framträdde var en sjukhussektor i kris.

Den oklara ansvars- och rollfördelningen mellan staten och fylkena lyfts fram som ett särskilt betydelsefullt motiv till reformen. Under perioden då fylkena ägde sjukhusen var fördelningen av kostnadsansvar mellan staten och landstingen problematisk. Fylkena försökte skaffa sig tilläggsanslag från staten för att täcka ekonomiska underskott i sjukhusens verksamhet. Detta ledde till att staten misstrodde fylkenas förmåga att klara sjukhusens ekonomi och tilliten mellan staten och fylkena minskade. När staten tog över ägarskapet för sjukhusen och bildade hälsoföretagen syftade det till att förtydliga att eventuella ekonomiska underskott var hälsoföretagsstyrelsernas ansvar (Magnussen m.fl. 2007b).

Ole Berg, professor i statsvetenskap och hälsostyrning, menade att motiven framför allt var ekonomiska.

" (...) Kostnads kontroll, tror jag var det viktigaste, så att säga, manifesta grunden för detta [reformen]. Det var det ena. Och nära knutet till detta motiv var en önskan om en större grad av omkostnadseffektivitet. Cost efficiency, alltså att man skulle få ut mera tjänster av de pengar som investerades i hälsoväsendet. (...)."

Ole Berg, professor i statsvetenskap och hälsostyrning, Oslo universitet

Norge var under perioden före sjukhusreformen rankat som ett av de länder som hade högst utgifter för sjukvården bland OECD-länderna (mätt i US \$ per capita). De höga utgifterna var också en viktig anledning till reformen. Utgiftsnivåerna tydde på att fylkena, som då ansvarade för sjukvården, inte kunde kontrollera utgifterna i sektorn på ett tillräckligt bra sätt (Byrkjeflot 2004).

Sjukhusreformen 2002 var en fortsättning på statens tidigare försök att centralisera och koordinera sjukhussystemet

Den norska staten har historiskt sett spelat en underordnad roll i utvecklingen av det norska sjukhussystemet (Angell 2009, Byrkjeflot och Neby 2008). Men sjukhusreformen från 2002 var inte statens första försök att centralisera och



koordinera sjukhussystemet. Sjukhuslagen från 1969 representerar en viktig sådan reform. Reformen innebar att flera små sjukhus lades ner och fylkena övertog det huvudsakliga ansvaret och ägarskapet av sjukhusen. Staten tog dock kontroll över det nationella sjukhuset (Rikshospitalet). Dessförinnan hade sjukhusen vuxit fram utifrån lokala och kommunala initiativ och finansierades av lokala och regionala myndigheter eller privata verksamheter. Ända fram till 1969 var de flesta norska sjukhusen både etablerade, ägda och drivna av ”kombinationer av frivilliga föreningar, företag, kommuner och län” (Byrkjeflot och Neby 2008, s. 336).

Sjukhuslagen från 1969 innebar, förutom att ägarskapet för sjukhusen fördes över till fylkena, en ny form av finansiering. Fylkena fick finansieringsansvar för sjukhusen, men intäkterna kom från två håll. Den ena delen bestod av lokala skatteintäkter och den andra delen av ramanslag från staten. Jämfört med de andra skandinaviska länderna fastställdes både de nationella och fylkenas skattenivåer huvudsakligen av staten. Det innebar i själva verket att systemet för finansiering av fylkenas verksamheter var centraliserat. Staten stod ända fram till år 2002 för 70–80 procent av kostnaderna för sjukhusvården. Utifrån givna finansieringsramar och nationella mål styrde de folkvalda organen i fylkena (fylkestinget) prioriteringar och investeringar i hälso- och sjukvården inom sina respektive geografiska områden. (Hagen och Kaarbøe 2006, Pedersen 2002, s. 26)

Den nya organiseringen av sjukvården inom fylkena var ett sätt att föra samman mindre lokala sjukhus till större politiskt styrda organisationer. Men i samband med förändringen övertog fylkena en del problem som bland annat berörde frågor om nedläggningar, fördelning av vårdutbud mellan sjukhusen, lönesättning, budgetöverträdelser. Särskilt frågor om lokalisering, specialisering och centralisering av sjukhusen var svåra att hantera inom fylkenas ägarskap. Bara ett fåtal lokala sjukhus blev under perioden nedlagda eller sammanslagna (Schjøtz 2003).

Svårigheterna att strukturera sjukhussektorn i kombination med ”svartepetter”- spelet kring finansiering som pågick mellan staten och landstingen, bidrog till en önskan om starkare centralisering. Staten kunde inte längre acceptera att de stod för stora delar av finansieringen av sjukhussektorn, men med begränsat inflytande över dagliga driftsfrågor och långsiktig strategisk planering – att jämföra med exempelvis situationen i Sverige där både driftsfrågor och huvudsaklig finansiering sker på samma nivå, det vill säga inom landstingen (Pedersen 2002, s. 26).

Målet med reformen var att stimulera ökad effektivitet, kvalitet och förtroende bland befolkningen

Det övergripande målet med sjukhusreformen år 2002 var att skapa administrativt självständiga organisationer för den specialiserade hälso- och sjukvården med tydligare incitament att förbättra hälso- och sjukvårdens effektivitet, kvalitet, och förtroende hos befolkningen (Byrkjeflot och Neby 2008, s. 341). Mer specifikt skulle reformen särskilt bidra till förbättring på sex områden (Aasland m.fl. 2007, Pedersen 2002, s. 31):

- (1) Klarare ansvarsfördelning mellan ägarna av sjukhusen och sjukhusen
- (2) Större geografisk likhet i tillgången till hälso- och sjukvårdstjänster
- (3) Bättre medicinsk kvalitet
- (4) Kortare väntetider
- (5) Bättre organisering av sjukhusen och
- (6) Ökad produktivitet och effektivitet

Utöver dessa fem centrala mål med reformen har också mer kortsiktiga mål framhållits (Pedersen 2002, s. 31–32):

- Bättre nyttjandegrad av investerat kapital som en följd av ändrade räkenskapsregler
- Bättre inköpsavtal, samordning och vårdutbudsfordelning som en följd av större beställarregioner (regionala hälsoföretag)
- Bättre koordinering av utbyggnad och renoveringar av sjukhus som en följd av större regioner (regionala hälsoföretag)
- Bättre kapacitetsutnyttjande i syfte att bland annat öka effektiviteten och korta väntetider
- Bättre beredskaps- och katastrofkapacitet
- Bättre utveckling av forskning och utbildning
- Nationella it-system

”Likhetstanken står väldigt starkt i norsk förvaltning, och präglar till stor del det politiska tänkandet och det har också fått konsekvenser för målen och förvaltningen på olika områden. Och det innebär ju en starkt grad av statlig kontroll och styrning och statlig involvering. Så det var det ena viktiga hänsynstagandet, men det fanns ju flera. Det andra var ju detta att med ett statligt ansvar så trodde man också att man kunde effektivisera delar genom att omflytta kapaciteten. Tidigare hade kanske ett fylke underkapacitet, medan ett annat hade överkapacitet och man tänker sig då optimalt utnyttjande av de tillgängliga resurserna.

Gunnar Berge, styrelsemedlem i hälsoföretaget ”Helse vest”



5.2 REFORMEN INNEBAR ATT STATEN ÖVERTOG ÄGARSKAP OCH FINANSIERING AV SJUKHUSVÅRDEN

Genom sjukhusreformen blev både ansvaret för den specialiserade hälso- och sjukvården, samt finansieringen och ägarskapet för sjukhusen samlat på ett ställe. Tidigare var den politiska styrningen av sjukhusen delat mellan de nitton fylkena och Stortinget, men vid införandet av reformen övergick den till Stortinget. Fylkena finns kvar som administrativa, politiskt styrda organisationer och ansvarar bland annat för gymnasieskolan, transporter, näringslivsutveckling och kultur. Sjukhusreformen etablerade med andra ord en centralstatlig styrning av sjukhusen, kombinerat med ett decentraliserat ansvar via hälsoföretagen. Reformen innebar en djupgående omstrukturering av sjukhussektorn. Den öppnade för en större grad av enhetlig organisering och styrning, ändrade former för politisk styrning och ökat ansvar och handlingsfrihet för de blivande regionala hälsoföretagen (Kalseth m.fl. 2007, s. 71).

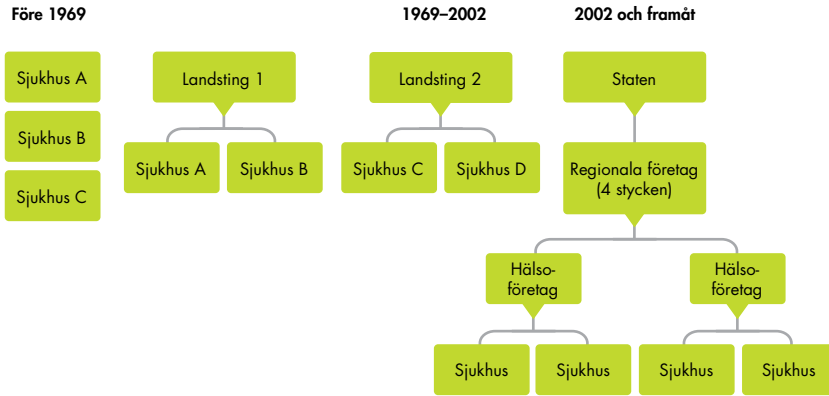
Fyra regionala hälsoföretag ansvarar för att tillhandahålla vård till invånarna

Utvecklingen av styrningen av sjukhussektorn visas i tabell 4 och figur 9. Av figuren framgår det att det norska sjukhussystemet från 2002 är organiserat i ett system av regionala och lokala hälsoföretag. Sjukhusreformen innebar till en början att fem regionala hälsoföretag tog över ansvaret för sjukvården ifrån de 19 fylkena. År 2007 reducerades antalet hälsoföretag till fyra.

Tabell 4. Från år 1969 och framåt skedde en ökad centralstyrning av sjukhussektorn.

Före 1969	1969–2002	2002 och framåt
Sjukhusen förvaltas genom olika ägarmodeller, såsom icke-statliga organisationer, företag, kommuner och landsting. Sjukhusen är självständiga aktörer med anknytning till den lokala miljön.	Flertalet sjukhus ägs och förvaltas av landstingen. Några sjukhus ägs också av privata, ideella organisationer. Landstingen styrs av direktvalda politiskt förtroendevalda och har till uppdrag att tillhandahålla sjukhusvård till sina invånare. Väntetidsgarantier (1990), aktivitetsbaserad finansiering (1997) och fritt val av sjukhus införs.	Sjukhusen är statligt ägda. Sjukhusen förvaltas av regionala hälsoföretag genom lokala hälsoföretag. Ny patientlagstiftning införs (2004).

Figur 9. Den historiska utvecklingen visar på en ökad koncentration av styrning och organisering av sjukhusvården.



De regionala hälsoföretagen är en central del av den norska sjukhusreformen och de har genom reformen fått ett självständigt ansvar för att tillhandahålla specialiserad hälso- och sjukvård till sina invånare (se figur 10). De regionala företagen ägs till 100 procent av staten och det norska hälsodepartementet. De producerar inte själva hälso- och sjukvårdstjänster, utan är rent administrativa företag. De regionala hälsoföretagen är formellt ägare av de lokala hälsoföretagen i respektive region, som består av fysiska sjukhusbyggnader, avdelningar och kliniker. Det statliga övertagandet av sjukhusen gjorde att finansiering och ägarskap blev samlat till ett ställe, vilket syftade till att skapa tydligare ansvarsförhållanden. Organiseringen av sjukhusen i hälsoföretag med egna styrelser skulle bidra till ökat lokalt myndighetsansvar och handlingskraft (Byrkjeflot och Neby 2008, Hagen och Rattsø 2004).

“Det var 81 sjukhus som blev hopslagna 2002. 81 sjukhus. (...) Denna sammanslagning av sjukhus, det är en ganska radikal sammanslagning som har skett. Men eftersom det var politiskt kontroversiellt att slå samman sjukhusen har man gjort det mer administrativt än fysiskt.”

Ole Berg, professor i statsvetenskap och hälsostyrning, Oslo universitet

De lokala hälsoföretagen (sjukhusen) fungerar som dotterbolag till de regionala hälsoföretagen. De ansvarar självständigt för driften och för investeringar. Redovisningssystemet efterliknar redovisningsseden i privata företag, det vill säga avskrivningar på kapital och ränta. Likaså förväntas metoder för avrapportering och uppföljning återspegla de som återfinns hos privata



företag. De lokala hälsoföretagen utvecklar också sina egna HR-system och ersättningspolicier (Pedersen 2002).

Staten finansierar de regionala hälsoföretagen genom basanslag och verksamhetsbaserad finansiering baserat på DRG-poäng. DRG-systemet är ett system för att dela in patienter i likartade grupper och används bland annat som ett debiteringsunderlag för utförd vård. Basanslaget baseras bland annat på antalet invånare, ålderssammansättning, socioekonomiska och geografiska faktorer. Anslaget ges oavsett de regionala hälsoföretagens aktivitetsgrad. De regionala hälsoföretagen fördelar sedan anslaget till vårdutförarna (de lokala hälsoföretagen). Den verksamhetsbaserade finansieringen bygger på verksamhetens omfattning och produktionsnivå, till exempel antal operationer. Fördelningen mellan aktivitetsbaserad finansiering och basanslagen har varierat, men ligger i år 2014 på 50 procent basfinansiering och 50 procent aktivitetsbaserad finansiering (Hagen och Kaarbøe 2006, s. 25 HelseDirektoratet 2013, s. 6).

”Så får vi också en detaljerad beskrivning eller beställning för huruvida dessa budgetmedel ska användas, vad vi ska uppnå, och då är vi ålagda en nog så omfattande och detaljerad hantering genom året och så håller då hälso- och omsorgsdepartementet väldigt nära kontakt med de regionala hälsoföretagen”.

Ole Berg, professor i statsvetenskap och hälsostyrning, Oslo universitet

Figur 10. De regionala hälsoföretagen är geografiskt indelade och ansvarar för att tillhandahålla specialiserad hälso- och sjukvård till sina invånare.

1. **Helse Nord RHF** – ansvarar för den specialiserade hälso- och sjukvården i länen Nordland, Troms, Finmark och Svalbard och har ett befolkningsunderlag på omkring 466 000 invånare. Hälsoföretaget organiserar cirka 12 300 anställda och äger fyra hälsoföretag (sjukhusorganisationer).
2. **Helse Midt-Norge RHF** – ansvarar för den specialiserade hälso- och sjukvården i länen Nord-Trøndelag, Sør-Trøndelag, Møre och Romsdal och har ett befolkningsunderlag på omkring 700 000 invånare. Det regionala hälsoföretaget organiserar cirka 16 000 anställda och äger fem hälsoföretag.
3. **Helse Vest RHF** – ansvarar för den specialiserade hälso- och sjukvården i länen Rogaland, Hordaland, Sogn och Fjordane och har en befolkning på runt 1 miljon invånare. Det regionala hälsoföretaget organiserar cirka 26 000 anställda och äger fem hälsoföretag.
4. **Helse Sør-øst RHF** är landets största regionala hälsoföretag och ansvarar för den specialiserade vården i länen Østfold, Akershus, Oslo, Hedmark, Oppland, Buskerud, Vestfold, Telemark, Aust- og Vest-Agder med omkring 2,7 miljoner invånare (cirka 56 procent av befolkningen). Det regionala hälsoföretaget organiserar cirka 65 000 anställda och äger 11 lokala hälsoföretag.

Källa: Helse- og omsorgsdepartementet 2014b.

Organisationen har inslag av marknadsliknande funktioner

Det statliga övertagandet av sjukvården och den nya organisationen med regionala och lokala hälsoföretag har inte inneburit en privatisering av finansieringen och i stora delar inte heller av produktionen. Men organisationen har ändå inslag av marknadsliknande funktioner med rötter i New Public Management (Jensen 2013, Martinussen och Magnussen 2011). Den centrala idén bakom organisationsstrukturen är att efterlikna en privat företagsstruktur genom en organisering av beställarorganisation och sjukhus i bolag och dotterbolag. Men till skillnad från privata företag tillåts inte hälsoföretagen gå i konkurs och alla intäkter kommer från offentliga medel. Syftet är att uppnå en mer effektiv ekonomisk förvaltning och decentraliserad beslutskedja (Pedersen 2002). De regionala hälsoföretagen ansvarar för att tillhandahålla vård till sina invånare, men patienterna kan välja om de vill behandlas hos något av de lokala hälsoföretagen (de regionala hälsoföretagens sjukhus) eller hos privata sjukhus som har avtal med de regionala hälsoföretagen (Schem 2003). Detta gör de regionala hälsoföretagen till en slags beställarfunktion.

Skiljelinjen mellan beställare och utförare är däremot inte konsekvent, eftersom de regionala hälsoföretagen också ansvarar för delar av den statliga utförarfunktionen i egenskap av ägare till de lokala hälsoföretagen (Helsedepartementet 2004, s. 24). Förhållandet mellan de regionala hälsoföretagen och de lokala hälsoföretagen är därför organiserat som en hierarkisk styrningsmodell, vilket innebär att sjukhusen integreras genom de större företagen (Hagen och Tjerbo 2013). En konsekvent beställarorganisation hade också förutsatt tydligare anbuds- och upphandlingsförfaranden. Men geografiska skillnader och skillnader i befolkningssammansättning gör det svårt att i stora delar av Norge etablera en reell konkurrens, eftersom det inte finns tillräckligt många utförare som kan lämna anbud (Helsedepartementet 2004, s. 24).

Reformen har flyttat den politiska styrningen till nationell nivå och strävat efter att stärka brukarmedverkan

Den politiska styrningen av de regionala hälsoföretagen är i princip koncentrerad till nationell nivå. Statsråden ansvarar för den överordnade styrningen, samtidigt som beslut delegeras till de regionala och lokala företagen. Verksamheten regleras av lagar, föreskrifter och olika typer av direktiv (styrdokument). Ett viktigt inslag är också de så kallade företagsmötena. Dessa motsvarar bolagsstämmor i privata aktiebolag och utgör det högsta beslutande organet i styrningskedjan. Ägaren, det vill säga



staten, kan kalla till företagsmöte med minst en veckas varsel och kan då ge anvisningar till styrelseordförande i de regionala hälsoföretagens i olika frågor. Enbart ägaren har rösträtt vid företagsmötena (Pedersen 2002, 5 kap. 18 § LOV-2001-06-15-93).

Företagsstyrelserna är inte folkvalda, som de tidigare fylketingen. Regeringen utser styrelserna i de regionala hälsoföretagen, medan de regionala hälsoföretagen utser styrelserna i de lokala hälsoföretagen. Ledamöterna väljs utifrån kompetens, men nomineras av landstingen, kommunerna och Sametinget. Tidigare var det ett krav att en majoritet av styrelsemedlemmarna skulle bestå av politiker, men det kravet togs bort 2014. På så sätt har ansvaret och myndighetsutövning från folkvalda lokala och regionala politiker överförts till politiskt och administrativt tillsatta experter (Helse- og omsorgsdepartementet 2013).

Samtidigt som reformen har flyttat det politiska inflytandet från regional till nationell nivå har den strävat efter att stärka patienters och brukares medverkan i sjukhusvården. Sjukhusreformen har därför beskrivits som en ”brukarmedverkansreform”. Sedan reformens införande ska hälsoföretagen, enligt 7 kap. 35 § Hälsoföretagslagen (LOV 2001-06-15-93), ansvara för att representanter för patienter och andra brukare blir lyssnade till i samband med utvecklingen av årliga planer för verksamheten (vilka anges mer utförligt i 7 kap. 34 § LOV 2001-06-15-93), (Andreassen och Lie 2007). Av författningarna som reglerar hälsoföretagens verksamhet framgår också att hälsoföretagen ska tillvarata patienternas och anhörigas rättigheter och intressen (Helse- og omsorgsdepartementet, Vedtekter for regionale helseforetak 2008, § 14 Medvirkning fra pasienter og pårørende). Det sker bland annat genom samarbeten med anhörig- och patientorganisationer och etableringen av brukarutskott. I brukarutskotten träffar patienter och brukare ledningen för hälsoföretagen.

5.3 REFORMEN GENOMFÖRDES I REKORDFART OCH MED STÖD AV LAGSTIFTNING

Ett politiskt maktskifte i Norge öppnade upp för reformens genomförande. I likhet med reformprocessen i Danmark tog regeringen tydlig kontroll över reformprocessen och genomförandet gick snabbt. Lagstiftning användes som det centrala verktyget för genomförande. Tabell 5 nedan beskriver den övergripande reformprocessen fram till beslut.

Reformen har kallats en "big bang"-reform

Sjukhusreformen är "en av de största reformerna som någon gång har funnit stöd i norskt samhällsliv" (Norges Forskningsråd 2007, s. 11). Reformprocessen genomfördes i rekordfart och sjukhusreformen har därför beskrivits som en "big bang"-reform (Byrkjeflot och Jespersen 2005 s. 12, Herfindal 2008).

Idén om en ny organisation för sjukhussektorn lanserades i ett tal av dåvarande statsminister Jens Stoltenberg i juni år 2000. Bara ett år senare, i juni 2001, antogs en ny lag om hälsoföretag. 1 januari år 2002 övertog staten ägaransvaret för sjukhusen i Norge.

I Arbeiderpartiets interna reformprocess var hälsominister Tore Tønne central. Statsministern gav Tønne fria händer att i snabb takt utforma den nya politiken för sjukhussektorn. Partiledningen använde sig av vad några beskrev som "rå makt" för att övertala medlemmarna internt om reformens fördelar och förslaget vann snabbt gehör inom Arbeiderpartiet (Intervju med Gunhild Øyangen, Arbeiderpartiets socialpolitiska talesperson enligt Slagstad 2012).

"Men du kan säga att Jens Stoltenberg som blev statsminister, han tänkte väldigt strategiskt. För det första fick han till en allians med högern (...) Men därutöver så satsade de på ytterligare en person, som hälsoministern Tore Tønne, han hade ju då först och främst inte sin bakgrund i politiken, utan från statsförvaltningen (expeditionschef) och från näringslivet (bland annat Statoil). Han kunde detta med koncernmodell och den typiska styrelsemekanism som man använde i näringslivet (...). Jens Stoltenberg hade också tidigare varit närings- och energiminister och kände Tore Tønne från den tiden. Det var en person han hade stor tillit till".

Gunnar Berge, styrelsemedlem i hälsoföretaget "Helse vest"

Det snabba genomförandet av reformen möjliggjordes också av en kort utredningsperiod. Reformen remisshanterades, men den gick aldrig igenom någon förberedande process, till exempel konsekvensanalyser, utredning av andra alternativ eller Stortingsrapporter. Sjukhusreformen som helhet blev inte heller presenterad i en egen vitbok från Stortinget (ett policydokument som sammanfattar idéer eller ambitioner inom området), vilket vanligtvis brukar ske. Remisstiden för regeringens förslag var också den kortast möjliga. Därutöver skiljde sig reformförslagen från tidigare utredningars slutsatser, vilka hade sammanfattats med fortsatt landstingsansvar (Hagen och Rattsø 2004, Jensen 2013).



Samtidigt var den korta tiden för genomförande delvis en naturlig följd av en process som pågått sedan ett decennium tillbaka. Under denna tioårsperiod genomfördes två statliga utredningar av ägarskapsmodeller för sjukhusen (NOU 1996:5, NOU 1999:15). I samband med införandet av verksamhetsbaserad finansiering av sjukhusen år 1997 flyttades också stora delar av finansieringsansvaret över från fylkena till staten. Därutöver blev de så kallade regionala hälsonämnderna för landstingens räkning, enligt lag, skyldiga att ta fram så kallade regionala hälsoplaner. I dessa skulle det framgå vilka institutioner som de enskilda landstingen var ansvariga för. Hälsodepartementet godkände planerna och kunde därmed även besluta att inte godkänna dem, alternativt göra ändringar i planerna (Sosial- og helsedepartementet 1998). Men även om det fanns vissa skäl till en snabbare reformprocess än brukligt kritiserades reformprocessen för dess bristfälliga utredningar och korta remisstid. Den beskrevs som ”en odemokratisk och oseriös process” – till och med som en ”politisk kupp” (Arnesen m.fl. 2001, s. 4). Men företagsreformen gick ändå igenom i Stortinget ganska oförändrad och med stöd av Høyre och Fremskrittspartiet (Slagstad 2012). Några av förklaringarna var det snabba genomförandet och att många av förslagen hade stöd både av det dåvarande regeringspartiet (Arbeiderpartiet), den politiska oppositionen och arbetsstagar- och arbetsgivarorganisationerna.

Tabell 5. På mindre än två år var hela sjukhusreformen genomförd (händelseutveckling baserad på Herfindal 2008).

Datum	Händelser
17 mars 2000	Regeringskifte: Arbeiderpartiet uttalar att det behövs en modernisering av offentlig sektor
6 juni 2000	Statsminister Jens Stoltenberg säger i ett tal att en mer robust organisation för offentliga sjukhus är nödvändig
31 juli 2000	Arbeiderpartiets partistyrelse lägger fram ett internt förslag om statligt övertagande av sjukhusen
21 augusti 2000	Arbeiderpartiets partistyrelse lägger fram ett mer detaljerat förslag om statligt ägarskap och finansiering av sjukhusen
12 november 2000	Arbeiderpartiets partistämma godkänner styrelsens reformförslag
18 januari 2001	Förslaget skickas på remiss. Tre viktiga punkter: (1) statligt övertagande och finansiering av sjukhusen; (2) företagsorganisering; (3) statligt övertagande av det politiska ansvaret för den specialiserade hälso- och sjukvården från fylkena
15 februari 2001	"Motrapport" mot remissförslaget: Bred hälsopolitisk debatt
5 mars 2001	Remissfrist: 300 remissvar mottogs (av 760 remissinstanser totalt)
6 april 2001	Lagförslag antaget i Stortinget (remissvaren ledde bara till minimala ändringar)
6 juni 2001	Styrelserna i de fem nyetablerade regionala hälsoföretagen tillsätts
1 januari 2002	Ansvar för sjukhusen överförs från fylkena till staten

Intressenternas reaktioner ledde endast till marginella förändringar i reformförslaget

När förslagen om statligt ägarskap för sjukhusen och hälsoföretag lanserades sågs det som positivt av flera viktiga intressenter, även om några var skeptiska till delar av reformen. Men den kritik som fanns ledde inte till några omfattande förändringar i reformförslaget.

Under remissperioden stod arbetsgivarorganisationerna, de flesta sjukhusen, de flesta kommunerna, den norska läkarföreningen och brukarorganisationerna bakom förslagen. De ansåg att sjukhusreformen kunde förbättra de oklara ansvarsförhållandena i sjukhusssystemet och leda till att sjukhusledningarna fick större makt att besluta om verksamheternas inriktning (Herfindal 2008, s. 157).

Norska sjuksköterskeförbundet, Kommunalanställdas förbund och Norska sjukhus- och hälso-tjänstföreningen var positiva till statligt ägarskap, men motståndare till organiseringen i hälsoföretag. Kritiken som de fackliga organisationerna riktade mot hälsoföretagen handlade till stor del om de anställdas rättigheter och arbetsgivarsituationen, och i mindre grad om konsekvenserna av den förändrade politiska styrningen genom statligt ägarskap (Herfindal 2008). Norska kommunförbundet, ett fackförbund som organiserar kommunalt anställda, uttalade sig både mot företagsorganisering och statligt ägarskap (Herfindal 2008). Sammantaget fanns det ändå ett brett stöd för reformen bland remissinstanserna. Men den negativa kritiken växte och i februari 2001 lanserades en ”motrapport” mot reformen, författad av en grupp sjukhusläkare med stöd av en del fackliga organisationer. I motrapporten beskrevs reformen som ”ett fundamentalt systemskifte i norsk hälso- och sjukvårdspolitik – från förvaltningsstyre med patienten som oegennyttigt mål – till ett företagsekonomiskt marknadsstyre med patienten som ett medel för att uppnå ekonomisk vinst” (Arnesen m.fl. 2001, s. 4).

Kritiken mot reformen fick inget gehör av de politiska beslutsfattarna. Under våren 2001 hade reformen remitterats och de politiska partierna hade tagit ställning till förslaget. Regeringen var därmed säker på att den kunde samla en Stortingsmajoritet till stöd för reformen med hjälp av Høyre och Fremskrittspartiet (Herfindal 2008). Förändringarna som skedde i förslaget bestod endast av mindre klargöranden, vilket innebar att propositionen som lades fram för Stortinget i stort sett följde remissförslaget (Herfindal 2008, s. 11). Sedan dess har myndigheterna hållit fast vid beslutet och inga större ändringar har heller genomförts efter reformens genomförande.



”Det har väl under tiden varit olika utvärderingar, men den politiska kontexten har varit att man inte vill göra några stora justeringar i reformen. Reformens grunder har legat väldigt fast.”

Lars Erik Flatø, tidigare statssekreterare vid Hälso- og Omsorgsdepartementet i Norge

Lagstiftning var det centrala verktyget för att genomföra reformen

Den norska sjukhusreformen genomfördes huvudsakligen genom lagstiftning men var också förknippad med en form av resurstillförsel. ”Lagen om hälsoföretag” (LOV-2001-06-15-93) antogs av Stortinget den 6 juni 2001 och anger bland annat allmänna bestämmelser för hälsoföretagen. Genomförandet av sjukhusreformen innebar också att sjukhusens skulder skrevs av och att landstingen fick en engångskompensation för bortfallet av sjukhusen.

”Så sedan hälsoföretagen blivit etablerade och räkenskaperna januari 2001, så råder ny reell [nytt utgångsläge]. De fick på så sätt en mycket gynnsam plattform genom att vara skuldfria. Bara det hade en kostnad på uppemot 300 miljarder norska kronor.”

Lars Erik Flatø, tidigare statssekreterare vid Hälso- og Omsorgsdepartementet i Norge

Sjukhusen tilläts även att gå med underskott de två, tre första åren efter reformens genomförande.

”Man oljade så att säga på maskineriet och tillät under ett par år relativt stora underskott i sjukhusbudgetarna, men så stramade man till. Man kan säga att det startade efter en två tre år. 2004, 2005, 2006 och framöver så har man stramat till relativt mycket och man har även insisterat på större grad av budgetdisciplin.”

Ole Berg, professor i statsvetenskap och hälsostyrning, Oslo universitet

Reformen har utvärderats i flera studier men det har varit svårt att särskilja effekterna från andra reformer i hälso- och sjukvården

Den norska sjukhusreformen har utvärderats i flera forskningssammanhang. Norges Forskningsråd har på uppdrag av Hälso- och omsorgsdepartementet

genomfört en större utvärdering som består av 17 delprojekt. Utvärderingen pågick mellan åren 2005 och 2007. Projekten har studerat reformens effekter på tillgänglighet, prioriteringar, effektivitet, men också erfarenheter av brukarråd, arbetsmiljö och anställdas medverkan i samband med organisationsförändringen.

Men trots ett ambitiöst utvärderingsprogram har det visat sig vara svårt att utvärdera reformens effekter på medicinsk och patientupplevd kvalitet. Det har också lett till att reformen i efterhand har uppfattats som kontroversiell, eftersom det är oklart om reformens mål har uppnåtts eller inte (Martinussen och Magnussen 2011, s. 199). Till exempel har det varit svårt att identifiera klara och entydiga effekter av sjukhusreformens olika inslag (Norges Forskningsråd 2007).

”Man gör inte sådant här för 5 år utan det är för 20, 30 år. Man måste ha det perspektivet. Det gör det naturligtvis svårt att utvärdera.”

Göran Stiernstedt, tidigare bland annat styrelseordförande i Oslo Universitets-sjukhus och Akershus

5.4 EFFEKTERNA AV REFORMEN ÄR BLANDADE OCH IBLAND INTE TILLRÄCKLIGT BELYSTA

Effekterna av den norska sjukhusreformen är blandade – både sett till resultaten av utvärderingar och till intressenternas uppfattningar. Det saknas kunskap om sjukhusreformens effekter såväl på vårdinsatsernas medicinska kvalitet som på patientupplevd kvalitet. Norges Forskningsråd anger att bristande kunskaper om effekterna i huvudsak beror på bristfälliga data på dessa områden. Sjukhusreformen introducerades också under en period med flera andra förändringar i hälso- och sjukvårdssektorn, vilket har medfört svårigheter att isolera reformens effekter från andra reformer; väntetidsgarantier infördes år 1990; aktivitetsbaserad finansiering kom år 1997; fritt sjukhusval etablerades år 2001; patienträttighetslagen infördes år 2004. Under reformperioden skedde även förändringar i form av stora teknologiska framsteg och omstruktureringar som påverkat behandling, kostnader och kvalitet. Till exempel har antalet sängplatser på sjukhusen minskat till följd av en utveckling mot mer dagkirurgi, något som fått stora konsekvenser för sjukhusens organisation och produktion (Norges Forskningsråd 2007, s. 9).



Intressenternas övergripande inställning till reformens effekter tycks inte vara samstämmig

Utvärderingarna av reformen visar på blandade resultat, men Arbeiderpartiets tidigare statssekreterare ger en övergripande positiv bild av reformen. Han menar bland annat att bolagiseringen av sjukhusen har lett till att de tidigare konflikterna mellan staten och fylkena kring finansieringen nu är helt borta. Tidigare gick staten in med tilläggsanslag till fylkena för att täcka underskotten. I dag fattar Stortinget ett beslut om de ekonomiska anslagen i slutet av året och det gäller sedan för hela det kommande verksamhetsåret (Intervju Flatø 2014).

”Vi har både fått bättre kostnadskontroll, totalt kostnadsutnyttjande och bättre tillgänglighet till sjukhustjänster (...). Och vi har fått en mer dynamisk organisationsstruktur, vi har fått en kraftig omstrukturering av sjukhussektorn som inte var möjlig att tänka sig med den tidigare strukturen.”

Lars Erik Flatø, tidigare statssekreterare vid Hälso- og Omsorgsdepartementet i Norge

De norska sjukhusläkarna tycks däremot ha en annan syn på reformens utfall. En studie som undersökt sjukhusläkarnas uppfattning om reformen visade att 50 procent av läkarna ansåg att reformen hade en ”mycket negativ” eller ”negativ” effekt på sjukhusen. Endast runt 18 procent ansåg att den hade en ”positiv” eller ”mycket positiv effekt”. En majoritet ansåg att reformen hade haft oförändrad effekt på den medicinska kvaliteten, medan 38 procent ansåg att reformen hade misslyckats med att förbättra den medicinska kvaliteten (Martinussen och Magnussen 2011).

Sjukhusreformen ledde också till politiska konsekvenser och har medfört en fortsatt debatt kring frågor om demokrati och ansvarsutkrävande (Slagstad 2012, Wyller m.fl. 2013). Sjukhusreformen har beskrivits som en ”företagsfiring” av hälso- och sjukvårdssystemet i Norge, där makt flyttats från politikerna till byråkrater. Kritikerna menar att ett uttryck för det är införandet av de professionellt ledda hälsoföretagsstyrelserna som lett till en lösare koppling mellan lokal och regional politik. Även Lars Erik Flatø instämmer i delar av kritiken och beskriver att befolkningen tidigare upplevde att de hade en starkare kontroll över till exempel beslut som rörde avvecklingar av vårdavdelningar (Intervju Flatø 2014).

”Man kan även säga att lokalbefolkningen i kommunerna nog har mindre inflytande över sjukhusstrukturen i dag. Det vill jag vara ärlig att säga. Det är även ett utslag som jag själv inte nödvändigtvis är stolt över.”

Lars Erik Flatø, tidigare statssekreterare vid Hälso- og Omsorgsdepartementet i Norge

Lars Erik Flatø menar också att det fanns ett politiskt pris för genomförandet av reformen.

”Även om folket hade en positiv hållning till reformen så var den nog likaväl ett bidrag till att Arbeiderpartiet gjorde ett historiskt dåligt val. De fick ju 24 procent det året och det är väl den enda gången ett arbetarparti har varit under 30 procent i ett Stortingsval.”

Lars Erik Flatø, tidigare statssekreterare vid Hälso- og Omsorgsdepartementet i Norge

Offentliga utvärderingar visar bland annat på ökade vårdproduktionsvolymer men oförändrade koncentrationsnivåer för behandling

Utvärderingen som genomförts på uppdrag av det norska forskningsrådet visar på varierande resultat. Huvudslutsatserna summeras i tabell 6 och baseras i huvudsak på utvärderingsprojekten som ingått i forskningsrådets samlade utvärderingsprogram. Studierna är några år gamla, vilket betyder att utvecklingen på flera områden kan ha förändrats. Resultaten är ändå intressanta att belysa eftersom flertalet av studierna bygger på metoder som har försökt isolera eventuella effekter till den specifika reformen. På några områden har vi också valt att komplettera med senare data från det norska Helseidrettoratets analyser av den specialiserade hälso- och sjukvården (Samdata spesialisthelsetjenesten 2013, Helseidrettoratet 2014).

Tabellens utformning bygger på vår egen analys och är ett sätt att åskådliggöra kopplingen mellan reformens målsättningar och verktyg för genomförande. Det verkliga sambandet mellan reformens målsättningar, utformning och effekter kan se annorlunda ut. Sammanställningen i tabellen bör därför tolkas försiktigt.



Tabell 6. Utvärderingar av sjukhusreformen visar bland annat på ökad produktivitet men ingen övergripande, signifikant förändring i koncentrationsnivåer av vårdbehandlingar.

Reformens mål	Reformens utformning	Reformens effekter
Stabilitet i behandlingsvolym (aktivitetsutveckling)	Statligt ägarskap och professionaliserade styrelser.	Vårdproduktionsvolymerna har trots politiska mål om önskad stabilitet och nolltillväxt ökat för de flesta sjukhusvistelser efter sjukhusreformen (Huseby 2007).
Ökad produktivitet	Statligt ägarskap och professionaliserade styrelser. Bolagiserade sjukhus.	Sjukhusreformen har påverkat produktiviteten positivt (förstått som förhållandet mellan produktion och resursanvändning) i sjukhussektorn (Kittelsen m.fl. 2007).
Tydligare ansvarsfördelning för finansiering	Statligt ägarskap och professionaliserade styrelser. Hälsöföretagen ges ett tydligt ekonomiskt ansvar.	Statens styrning gentemot sjukhusen är förändrad och hälsöföretagen har mindre finansiellt handlingsutrymme jämfört med det landstingen hade före reformen (Kalseth m.fl. 2007).
Bättre medicinsk kvalitet och större geografisk likhet i tillgången till hälso- och sjukvårdstjänster (prioriteringspraxis)	Statligt ägarskap och professionaliserade styrelser.	Väntetiderna till vård har minskat, men minskningen i väntetider har inte skett för patientgrupper med högst prioritet. Stor geografisk variation i väntetider (Askildsen m.fl. 2007).
Bättre medicinsk kvalitet och större geografisk likhet i tillgången till hälso- och sjukvårdstjänster (ökade koncentrationsnivåer av vårdbehandlingar)	Statligt ägarskap och professionaliserade styrelser.	Ingen förändring i koncentrationsnivåer av vårdbehandlingar i åren efter sjukhusreformen (Huseby och Jensberg 2007).
Stärkt brukarmedverkan	Ny lagstiftning som anger att hälsöföretagen ska tillvarata patienternas och anhörigas rättigheter och intressen.	Sjukhusreformen har medfört nya former för patientinflytande som möjliggör för patienter att förmedla synpunkter och erfarenheter till utförarna. Men det har inte medfört märkbara effekter på hälso- och sjukvårdsinsatsernas kvalitet. Patienterna har fått ökade möjligheter att välja behandlingsort och utförare (Andreassen och Lie 2007).
Övriga mer kortsiktiga mål (förbättrat kapacitetsutnyttjande, bättre förutsättningar för forskning och utveckling)	Centralisering av beställarrollen i regionala hälsöföretag. Förtydliganden om att samtliga sjukhus ska bedriva kvalitets- och utvecklingsarbete med nära anknytning till forskningsverksamhet. Förtydligande om att forskningsområdet ska stärkas generellt och specifikt mellan medicinska fakulteter och de större sjukhusen.	Tidiga utvärderingar av reformen tyder på ett fortsatt behov av kapacitetsförbättringar. Förutsättningarna för forskning och utveckling har stärkts. Bland annat har särskilda forsknings- och utvecklingskommittéer inrättats vid de regionala hälsöföretagen (Muusmaan Research & Consulting 2005).

Vårdvolymerna ökade trots politiska målsättningar om nolltillväxt

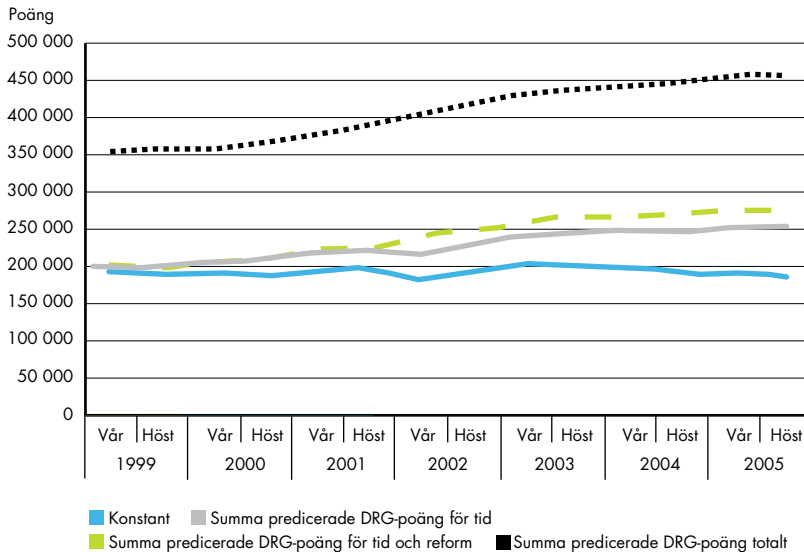
Medan sjukhusreformens utmaning ofta beskrevs som bristande behandlingskapacitet, var utmaningen efter reformen att kapacitetsökningen var större än vad den nationella politiska nivån önskade (Martinussen och Magnussen 2009, s. 45).

Behandlingsvolymerna ökade för de flesta typer av sjukhusvistelser efter sjukhusreformens genomförande. Ökningen skedde trots en politisk önskan om nolltillväxt och stabilitet (Norges Forskningsråd 2007). Ökningen i behandlingsvolymerna var därför inte en avsiktlig effekt av sjukhusreformen,

utan kan troligtvis förklaras av förändrade förutsättningar i hälso- och sjukvårdssektorn. Under perioden efter sjukhusreformen ökade till exempel andelen äldre i befolkningen, fritt sjukhusval infördes, och andelen dagkirurgi ökade. Det kan vara faktorer som tillsammans bidrar till svårigheter att kontrollera patientströmmarna.

Resultaten grundar sig på en studie av sjukhusreformens effekter på behandlingsvolymerna vid sjukhus som bedriver somatisk vård (Huseby 2007). Studien visade att behandlingsvolymerna hade ökat mer under åren efter reformen än under åren före. Totalt sett hade 19 000 fler DRG-poäng producerats per halvår under åren efter sjukhusreformen jämfört med åren före sjukhusreformen (se figur 11) (Huseby 2007, s. 29). Resultaten är kontrollerade för generella tidstrender, förändringar i det aktivitetsbaserade ersättningssystemet, ökning av seriebehandlingar och återinläggningar, minskade vårdtider, förändrade patientströmmar och befolkningstillväxt. Analysen bygger på en jämförelse av patientdata från Norska patientregistret för åren 1999–2005.

Figur 11. Efter sjukhusreformen har 19 000 fler DRG-poäng producerats per halvår jämfört med åren efter sjukhusreformen.*



Källa: Huseby 2007, s. 30.

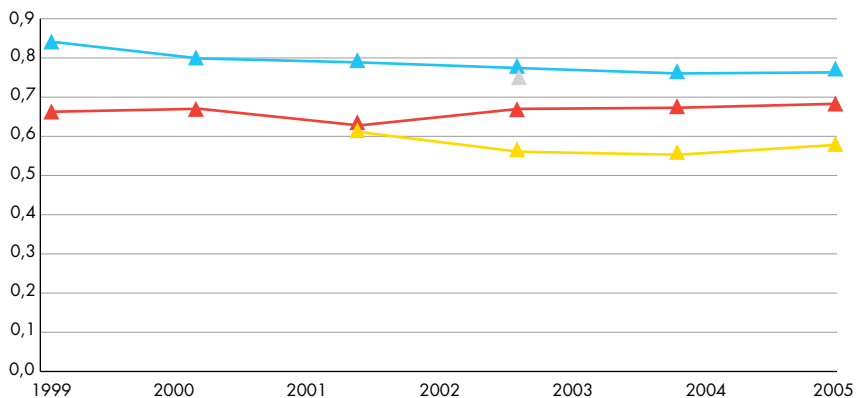
* Predicerade DRG-poäng under perioden före och efter sjukhusreformen.

Även analyser från Helsedirektoratet (2012, s. 13) visade på en tillväxt i sjukhussektorn. Sysselsättningen i specialistsjukvården växte med omkring 11 procent från år 2002 till 2007 mätt i antalet årsarbetare. Under samma period var ökningen i antalet årsarbetande läkare 20 procent. Produktionsökningen ledde också till att sjukhusen under perioden efter sjukhusreformen fick betydande underskott och växande skulder, något reformen var tänkt att motverka.

Sjukhusreformen har haft en signifikant positiv effekt på produktiviteten

En analys av sjukhusreformens effekter på produktiviteten på sjukhusen, definierat som förhållandet mellan resursanvändning och aktivitet, visade på en positiv och signifikant effekt på produktiviteten motsvarande 3,2–4,3 procentenheter de första åren (se figur 12) (Kittelsen m.fl. 2007, s. 100). Analysen bygger på en jämförelse av utvecklingen i produktivitet mellan Norge, Finland och Sverige. De två sistnämnda länderna utgör ”kontrollgrupper” i studien och gör att sjukhusreformens effekter kan isoleras från andra förändringar som skett i samtliga av de nordiska länderna, till exempel medicinsk-teknologisk utveckling. Under perioden 1999–2004 var produktiviteten lägre i Norge än i Finland, men skillnaderna minskade mot slutet av perioden, det vill säga efter sjukhusreformens genomförande. Jämfört med Sverige hade Norge en bättre produktivitetsutveckling under den studerade tidsperioden.

Figur 12. Den genomsnittliga produktivetsnivån i den norska sjukhussektorn ökade efter sjukhusreformens genomförande.*



Källa: Kittelsen m.fl. 2007, s. 98 * Bootstrappkorrigerade tal.

Den positiva produktivitetsutvecklingen tycks ha fortsatt under senare år. En analys av produktiviteten i somatisk specialiserad vård visar på en ökning nära fem procent under perioden 2009–2013. Utvecklingen kan förklaras av en ökad aktivitet på drygt fem procent i kombination med stabila kostnader. Under samma period har vårdplatsantalet minskat med nio procent och den genomsnittliga tiden för dygnssjukhusvistelser har reducerats med 11 procent. Den positiva produktivitetsutvecklingen har legat på ungefär samma nivå hos samtliga fyra regionala hälsoföretagen (Helsedirektoratet 2014, s. 61)

Sjukhusreformen har tydliggjort att det är hälsoföretagen som ansvarar för den specialiserade vårdens ekonomiska resultat

Sjukhusreformen har förändrat statens styrning gentemot sjukhusen (Norges Forskningsråd 2007, s. 10). Hälsoföretagen har i dag mindre finansiellt handlingsutrymme än vad landstingen hade före reformen. De regionala hälsoföretagen har i motsats till landstingen bland annat ingen möjlighet att omprioritera resurser från andra samhällssektorer, vilket tyder på att det ekonomiska handlingsutrymmet har minskat (Kalseth m.fl. 2007).

Likaså tycks det politiska spelet om ekonomiska resurser ”blame game”, som skedde under perioden då fylkena ägde sjukhusen, ha avtagit. Lokala politiska företrädare kunde tidigare arbeta aktivt för att täcka sjukhusens underskott med nationella tilläggsanslag och hindra nedläggningar – ibland tvärtemot inriktningen som fördes av deras partier på nationell nivå. När staten övertog ägaransvaret för sjukhusen tydliggjordes det att eventuella underskott var de nya hälsoföretagsledningarnas ansvar (Magnussen m.fl. 2007).

Initialt efter reformens genomförande tilläts dock hälsoföretagen gå med underskott, vilket de också gjorde. Sammantaget under hela perioden år 2002–2013 hade de regionala hälsoföretagen ett ackumulerat underskott (korrigerat för ägarens styrningskrav) på drygt fyra miljarder norska kronor. Det ackumulerade räkenskapsförda resultatet (underskottet) var under samma period -14,5 miljarder norska kronor och har medfört en motsvarande minskning i eget kapital. Men under 2013 visar de regionala hälsoföretagen ett positivt ekonomiskt resultat på 1,9 miljarder kronor. Det är tredje året i rad under perioden 2009–2013 som alla fyra regionala hälsoföretag uppvisar ett positivt ekonomiskt resultat. Överskottet har också medfört en ökning i eget kapital. (Helsedirektoratet 2014, s. 83–84)

Styrningen av sjukhusen efter reformen har däremot inte fullt ut infriat förväntningarna. Det fanns en förväntan om att staten skulle dra sig tillbaka och överlåta daglig drift och styrning till de regionala och lokala företagsstyrelserna. Men både Stortinget och hälsoministern har



fortfarande engagerat sig i lokala sjukhuspolitiska frågor och det finns också flera exempel på att hälsoministern överprövat lokala beslut (Læg Reid m.fl. 2003). Ett exempel är när hälsoministern år 2003, till följd av folkliga protester, överprövade ett regionalt hälsoföretags beslut om att lägga ner en förlossningsavdelning (Nordlie 2003).

I samband med regeringsskiftet år 2005 ökade den nationella politikens involvering ytterligare i frågor rörande sjukhusstrukturen. Den dåvarande regeringen slog då fast att inga lokala sjukhus skulle få läggas ned. Den folkliga debatten kring sjukhusstrukturen har också fortsatt sedan den nya regeringen tillträdde år 2013. Under 2014 planerade sjukhuset i Telemark att lägga ned akutfunktionerna vid bland annat Rjukan sjukhus för att tillfredsställa krav på kompetens och kvalitet. Förändringen hade stöd av det berörda regionala hälsoföretaget och beslutades slutgiltigt av hälsoministern. Beslutet väckte dock stora protester och samlade omkring hälften av befolkningen i Rjukan kring en gemensam manifestation mot nedläggningen (Helsedirektoratet 2014, s. 147).

Även styrelsesammansättningen i hälsoföretagen har ändrat form flera gånger under perioden efter reformen. Eftersom reformen bland annat syftade till att professionalisera styrelsearbetet fanns det från början inga politiskt förtroendevalda i styrelserna. Men professionaliseringen av styrelserna fick kritik på grund av bristande demokratisk representativitet. Efterhand ställde både den politiska oppositionen och vissa sjukhusanställda krav på att flertalet av styrelseposterna i stället skulle tilldelas politiskt förtroendevalda. Det ledde till att politiskt förtroendevalda till sist utsågs till styrelserna. Det infördes också ett krav på att öppna upp de lokala hälsoföretagens styrelsesammanträden för medborgarna i syfte att öka insynen i beslutsprocessen.

"Jag kommer ihåg en sjukhusnedläggning. Det var Akers sjukhus. Då satt Akers vänner i styrelserummet med banderoller. 'Bevara Akers sjukhus' stod det på banderollen och vände de på dem stod det 'Avgå'. Och så stod media där och då fick man säga 'ni kan inte fotografera hur som helst för vi ska ha styrelsemöte'. Men rätt ofta var det ju ingen där heller. Så det berodde helt på vad du hade på dagordningen."

Göran Stiernstedt, tidigare bland annat styrelseordförande i Oslo Universitets-sjukhus och Akershus

Men kravet att politiskt förtroendevalda skulle ingå i styrelserna upphävdes av den nuvarande regeringen i början av år 2014. Regeringen menade att kravet begränsade ägarens, det vill säga statens, möjligheter att utse

styrelsemedlemmar med annan nödvändig kompetens och att denna kompetens behövdes för att leda stora och komplexa verksamheter såsom sjukhus (Helse- og omsorgsdepartementet 2013).

Väntetiden till specialistsjukvård minskade men inte för patienter med störst prioritet

Väntetiderna till specialistsjukvården gick totalt sett ned efter reformens införande. Det var också en stark politisk målsättning med reformen. Men en utvärdering av prioriteringspraxis vid sjukhusen visar också en tendens mot att lägre prioriterade grupper fick den största minskningen i väntetider. Väntetiderna minskade inte på samma sätt för patientgrupper med högst prioritet. Resultaten från studien antyder att det skedde en viss resursvridning mot ”lättare” patientgrupper. Enligt författarna till studien kunde det tyda på att hälsoföretagen (initialt efter reformen) använde mest resurser för patienter där det var lättast att få effekt på väntetider. Det i sin tur kunde, enligt författarna, tolkas som en riktning mot försämrade prioriteringspraxis efter reformen. Resultaten baseras på en studie av data från det Norska patientregistret under perioden 1999–2005 och den indikator som har använts är faktisk väntetid för planerade behandlingar (Askildsen m.fl. 2007).

Resultaten från studien visade också att väntetiderna inte hade utjämnats mellan de regionala hälsoföretagen, men däremot internt inom regionerna.

Metoden i studien baseras på både beskrivande analyser och regressionsanalyser. Den beskrivande analysen jämför perioden före reformen (1991–2001) med perioden efter reformen (2002–2005). Förutom för Region Nord visade jämförelsen att de genomsnittliga väntetiderna och andelen patienter som väntat längre än rekommenderade väntetider hade minskat, framför allt i Region Syd. Men både före och efter reformen var skillnaderna i dessa två mått på väntetider mellan regionerna relativt stora (se tabell 7). Det indikerar att sjukhusreformen inte ledde till mer likvärdiga geografiska prioriteringar mellan regionerna efter dess genomförande.

”Jag upplevde att det blev en viss utjämning inom de regionala hälsoföretagen. Om man var styrelseordförande kallades man till exempel regelbundet till möten med ordförandena i de andra hälsoföretagen och då togs ju det upp: ’Ni ska veta att det är ett mål att utjämna den här typen av skillnader och för det har vi den här och den här strategin’. Sedan kunde de peka på och säga att det här var för dåligt.”

Göran Stiernstedt, tidigare bland annat styrelseordförande i Oslo Universitets-sjukhus och Akershus



Tabell 7. De genomsnittliga väntetiderna (i dagar) har minskat men skillnaderna i väntetider mellan regionerna är relativt oförändrade.*

	Genomsnittliga väntetider		Andelen patienter med för lång väntetid (%)	
	1999–2001	2002–2005	1999–2001	2002–2005
Hälsoregion Öst	138,94 (153,25)	119,65 (152,37)	38,19	33,56
Hälsoregion Syd	149,22 (152,37)	122,55 (152,50)	43,62	36,52
Hälsoregion Västra	152,46 (159,16)	132,05 (140,39)	44,94	41,26
Hälsoregion Mitt	153,08 (157,80)	132,84 (140,82)	43,87	39,00
Hälsoregion Norra	126,79 (141,20)	124,75 (138,41)	37,16	37,82

Källa: Askildsen m.fl. 2007. *Standarddeviationen anges inom parenteserna. Vid tidpunkten för studien fanns det fem hälsoföretag. Dessa har reducerats till fyra.

Regressionsanalyserna visar på samma mönster, det vill säga skillnader i genomsnittliga väntetider och andelen patienter som väntat längre än de rekommenderade väntetiderna hade inte, enligt studiens, utjämnats mellan de regionala hälsoföretagen. Däremot tycktes reformen ha bidragit till mer likvärdiga väntetider inom regionerna.

Författarnas slutsats av studien var å ena sidan att en centralisering av ägarskap inte tycktes vara tillräcklig för att uppnå likvärdig tillgång till specialiserad vård, å andra sidan att styrningen tycktes fungera väl inom de regionala hälsoföretagen.

Sjukhusreformen har inte lett till någon signifikant ökad koncentration av specialiserade behandlingar

Den samlade bilden de första åren efter reformens genomförande var att det inte skedde någon signifikant ökad koncentration av specialiserade behandlingar (Norges Forskningsråd 2007, s. 90).

En studie som undersökte om sjukhusreformen bidrog till en ökad koncentrationsnivå av specialiserade behandlingar visade att ”kirurgiska akutbehandlingar, födselar och tre av nio högt specialiserade behandlingar hade en högre koncentrationsnivå under åren efter sjukhusreformen än under åren före reformen” (Norges Forskningsråd 2007, s. 10). Resultaten från studien visade också att mindre specialiserade behandlingar hade en lägre koncentrationsnivå under åren efter sjukhusreformen. Reformens initiala effekter på ökad grad av geografisk koncentrerings av vårdvolymen var därför tudelad. (Norges Forskningsråd 2007, s. 10)

Trots att regeringen har genomfört stora strukturella förändringar i den

norska sjukhusstrukturen och styrningen för att öka koncentrationsnivåerna av specialiserade behandlingar, beskrevs paradoxalt nog utvecklingen de första åren efter reformen som först och främst *stabil*. Försöken att förändra den geografiska lokaliseringen av behandlingar, till exempel akutmedicinsk beredskap och förlossningsavdelningar, ledde till folkliga motreaktioner med demonstrationer och namninsamlingar. Folkliga krav ställdes på att hälsoministern i högre grad måste ingripa i hälsoföretagens pågående diskussioner om var olika specialiserade behandlingar ska utföras. Det ledde till att ansvarsförhållandena i sjukhusorganisationen framstod som oklara utåt, eftersom det enbart är företagsstyrelserna som ska fatta sådana beslut (Hagen och Rattsø 2004).

Senare analyser på området pekar också på att den stabila utvecklingen kvarstår även om vissa markanta förändringar kan noteras inom några områden. Från år 2003 till 2013 har lokalsjukhusens andel av medicinsk akutbehandling varit nästan oförändrad, men för specifika patientgrupper (födslar och diabetes typ II), samt kirurgisk akutbehandling är förändringarna större. Det har också skett en tydlig centralisering vad gäller högspecialiserade operationer för ändtarmscancer, bukspottskörtelcancer och matstrupscancer (Helsedirektoratet 2014, s. 123).

Figur 13 visar i vilken grad förlossningsvården har koncentrerats under perioden 2003–2013. Andelen födslar vid lokalsjukhusen har gått ned med fem procentenheter, huvudsakligen under den senare delen av perioden 2003–2013. Antalet förlossningsenheter har också minskat något (-4 enheter). Förlossningsvården har i stället koncentrerats till hög- och medelspecialiserade sjukhus. (Helsedirektoratet 2014, s. 127)

Den kirurgiska akutbehandlingen har också koncentrerats i större utsträckning under perioden 2003–2013. Ökningen ligger på 20 procent, men antalet behandlingseinheter är detsamma år 2013 som det var år 2003. Här är det de högspecialiserade sjukhusen som utökat sin andel av de kirurgiska akutbehandlingarna på bekostnad av lokalsjukhusen (se figur 13). (Helsedirektoratet 2014, s. 127)



Figur 13. Koncentrationsnivåerna för förlossningsvård och akutkirurgi har ökat, medan nivån för akutmedicin har legat mer stabil under perioden 2003–2013. *



Källa: HelseDirektoratet 2014, s. 127. *Skalan på y-axeln utgörs av ett så kallat Herfindahl-Hirschman-index som tar höjd för både antalet behandlingsenheter och den interna fördelningen av behandlingar mellan dessa enheter. Indexet kan teoretiskt variera mellan 1 och 10 000. Indexet används för att analysera koncentrationsnivåer (spridningsgraden av patientbehandlingar). Indexet närmar sig ett om det finns ett antal behandlingsenheter som fördelat patientbehandlingen lika mellan sig. Det ligger på 10 000 om det bara finns en behandlingsenhet som utför all behandling för en patientgrupp.

Brucarutskotten har bidragit till att sätta patienter med sammansatta problem högre upp på dagordningen

Sjukhusreformen har skapat nya arenor, så kallade brukarutskott, för patientinflytande. En utvärdering som bygger på intervjuer med verksamhetsledare och ordföranden i samtliga regionala och lokala hälsoföretagsstyrelser visar att de flesta sjukhusledarna är positiva till brukarråd.

”Jag tycker att de var mycket bättre på brukarmedverkan. Och jag tycker också att man var bättre på att systematisera det i samband med reformen. Man hade alltid adjungerade brukarrepresentanter till styrelsen och de yttrade sig, kanske inte så jättemycket, men i alla fall tillräckligt mycket. De fanns där som en påminnelse. De hade också en stående punkt på dagordningen där de fick säga vad de ville. Man läste också protokoll från brukarmöten.”

Göran Stiernstedt, tidigare bland annat styrelseordförande i Oslo Universitets-sjukhus och Akershus

Utvärderingen av brukarmedverkan visar också att brukarråden har bidragit till att sätta hälso- och sjukvårdsinsatser för patienter med sammansatta problem högre på dagordningen, vilket på sikt anses vara en faktor som bidrar till hälsopolitisk omfördelning. Men enligt studien har inte brukarråden medfört konkreta resultat i form av märkbara förbättringar av hälso- och sjukvårdstjänsterna (Andreassen och Lie 2007).

Förbättrade förutsättningar för forskning och utveckling

Reformen hade också mer kortsiktiga mål som, om de uppnåddes, förväntades bidra till ökad produktivitet, kostnadskontroll och kvalitet. Det rörde sig bland annat om förbättrat kapacitetsutnyttjande, bättre förutsättningar för forskning och utveckling och nationellt system för it-stöd. Nedan redogörs översiktligt för graden av måluppfyllelse på två av dessa områden, vilka blivit föremål för utvärdering några år efter reformens genomförande. Resultaten bygger på en sammanställning av tidigare analyser, intervjuer och dialogkonferenser med nyckelpersoner inom den norska sjukvården (Muusman Research & Consulting 2005).

- *Fortsatt behov av förbättrat kapacitetsutnyttjande* – utvärderingens resultat tyder på att det i perioden efter reformen fanns fortsatta behov av ett förbättrat kapacitetsutnyttjande i systemet. De regionala hälsoföretagens primära fokus tycktes i första hand ha legat på att säkra aktivitetsmål (antal producerade DRG-poäng) och följsamhet till budget. Graden av kapacitetsutnyttjande hade därmed kommit i andra hand och mer setts som en av flera förutsättningar för att nå uppsatta krav på verksamheten. Studien pekar också på att det funnits en tendens till ”konkurrens om kapacitet”, det vill säga hälsoföretagen har konkurrerat med varandra om vem som skall utvidga eller reducera kapaciteten. Därutöver nämns att det funnits svårigheter i att samordna kapacitetsutnyttjande både mellan olika specialismråden och mellan den specialiserade vården och primärvården.
- *Förbättrade förutsättningar för forskning och utveckling* – utvärderingen indikerar att förutsättningarna för forskning och utveckling stärkts sedan reformens genomförande. Inom de regionala hälsoföretagen har det vuxit fram särskilda forsknings- och utvecklingskommittéer. Ett ökat fokus tycks också ha lagts på regional koordinering av forskningsinsatser och prioriteringar av vilken forskning som ska bedrivas. Forskningen har allt mer kommit att ses som ett viktigt stimulansmedel för att stärka



den akademiska kvaliteten i specialistsjukvården och för att rekrytera nyckelpersonal. Flera sjukhus har också efter reformen utvecklat budgetssystem där avdelningar och kliniker tillförs resurser utifrån forskningsmässig produktion.

”Det var tydligt att man som styrelse förväntade sig att man även behandlade forskningsfrågor. Det kanske ändå inte blev en jättestor fråga i de lokala företagen, men i de regionala företagen drevs det stenhårt. Och de delade ju ut pengar, projektpengar och annat. Så jag tror att det har inneburit ett visst lyft för den kliniska forskningen.”

Göran Stiernstedt, tidigare bland annat styrelseordförande i Oslo Universitets-sjukhus och Akershus

5.5 ÅR 2012 TRÄDDE EN NY SJUKHUSREFORM I KRAFT

I januari 2012 trädde en ny större sjukhusreform i kraft i Norge som heter ”samhandlingsreformen”. Medan sjukhusreformen från 2002 tog sin utgångspunkt i utmaningar som specifikt gällde den specialiserade hälso- och sjukvården har ”samhandlingsreformen” försökt sätta kommunens och sjukhusens insatser i ett gemensamt sammanhang. I kontrast till sjukhusreformen från 2002 som är inspirerad av New Public Management, har ”samhandlingsreformen” likheter med konceptet ”helhetlig förvaltning” (Christensen och Læg Reid 2007). I detta ligger en önskan om att uppnå en tydligare samordning, nedmontering av organisatoriska gränser och brukaranpassning mellan olika vårdnivåer (Carlsen och Sataøen 2013).

Reformen bygger på vitboken ”Samordning. Rätt behandling – på rätt plats – i rätt tid”, som behandlades i den norska riksdagen år 2009 (Helse- og omsorgsdepartementet 2009). I vitboken identifieras tre huvudutmaningar för hälso- och sjukvården och de fem viktigaste stegen för att möta utmaningarna. Den första utmaningen är att bättre möta patienternas behov av samordnade hälso- och sjukvårdstjänster. Den andra utmaningen är att förbättra de sjukdomsförebyggande insatserna. Slutligen är den tredje utmaningen att säkra samhällsekonomisk stabilitet genom att möta demografiska trender och en förändrad sjukdomsbild.

Samhandlingsreformen syftar till att möta dessa identifierade utmaningar med hjälp av ett antal åtgärder. Det rör sig om att tydliggöra patientrollen genom ökad patientmedverkan och integrerade vårdkedjor mellan statens

och kommunernas ansvarsområden; utveckla kommunernas roll genom ökat fokus på förebyggande insatser; införa ekonomiska incitament, däribland kommunal medfinansiering; och förtydliga ansvarsfördelningen mellan den specialiserade hälso- och sjukvården och kommunerna.

Nyckeln i samhandlingsreformen har framför allt varit införandet av nya ekonomiska styrmedel. Genom den kommunala medfinansieringen åläggs kommunerna att ta ett ”större ansvar för sina invånare” (Helse- og omsorgsdepartementet 2011). Syftet med det kommunala medfinansieringsansvaret är, liksom i den danska modellen, att stimulera till god vård och kostnadseffektiva lösningar. Kommunerna är till exempel enligt lag skyldiga att betala för utskrivningsklara patienter (LOV-2011-06-24-30, 4–11 §§). Det förväntas leda till ett bättre och snabbare omhändertagande av färdigbehandlade patienter. Under år 2012 överfördes 5 miljarder från sjukhussektorn till kommunerna för att de skulle kunna betala sin andel av konsumtionen av sjukhus-tjänster. Betalningen sker utifrån DRG-systemet. Det kommunala medfinansieringsansvaret verkar dock inte ha fungerat tillfredsställande. Under år 2015 avvecklas finansieringsmodellen.

Även om samhandlingsreformen innebär en decentralisering av vissa hälso- och sjukvårdstjänster menar Ole Berg att reformen också bidrar till att staten får ett ökat inflytande och kontroll över primärvården.

”Samhandlingsreformen som vi står inför nu ger som det verkar makt åt kommunerna, också över sjukhusen. I praktiken är det staten som använder kommunerna för att få kontroll över primärvården och integrera det i hela sjukvården. Så jag ser både sjukhusreformen 2002 och samhandlingsreformen tio år senare som uttryck för centralisering.”

Ole Berg, professor i statsvetenskap och hälsostyrning, Oslo universitet

Regeringen Solberg aviserar nya förändringar i sjukhussektorn

Regeringen Solberg som tillträdde under hösten 2013 har aviserat en ny översyn av sjukhusens organisering. En nationell hälso- och sjukhusplan ska tas fram som bland annat ska definiera innehållet vid olika typer av sjukhus, strukturen i specialistsjukvården, utrustnings- och investeringsbehov. I planen ingår också kvalitetscertifiering av sjukhusen och säkerställande av ökad insyn i kvaliteten i syfte att minska variationer i kvalitet vid olika sjukhus. Tills dess att planen har behandlats råder nedläggningsstopp av akut- och BB-mottagningar som inte är motiverade av patientsäkerhets- eller



kvalitetsmässiga skäl. När planen är utformad ska de regionala hälsoföretagen läggas ned. (Helse- og omsorgsdepartementet 2014a)

Ett huvudsakligt argument, enligt regeringen, bakom borttagandet av den regionala styrningen av sjukhusen är att det förekommer för stora regionala skillnader i sjukhusutbudet som bryter mot principen om att alla har rätt till likvärdiga hälsotjänster. Regeringen menar därför att det är nödvändigt att stärka den nationella styrningen för att säkerställa likvärdiga sjukhustjänster i hela landet. Samtidigt är tanken att de lokala hälsoföretagen ska ges ökat mandat att ta över mer av den lokala styrningen i syfte att ge invånarna trygghet genom närhet, bred kompetens och lokalkunskap. Den lokala styrningen ska ske i nära samverkan med den kommunala hälso- och sjukvården (Bekkevold m.fl. 2010). För närvarande arbetar det norska regeringskansliet med att se över hur en omorganisering kan understödja målsättningarna med den nya regeringens hälso- och sjukhusplan. Det är därför fortfarande oklart när de regionala hälsoföretagen kan tänkas bli nedlagda.



6

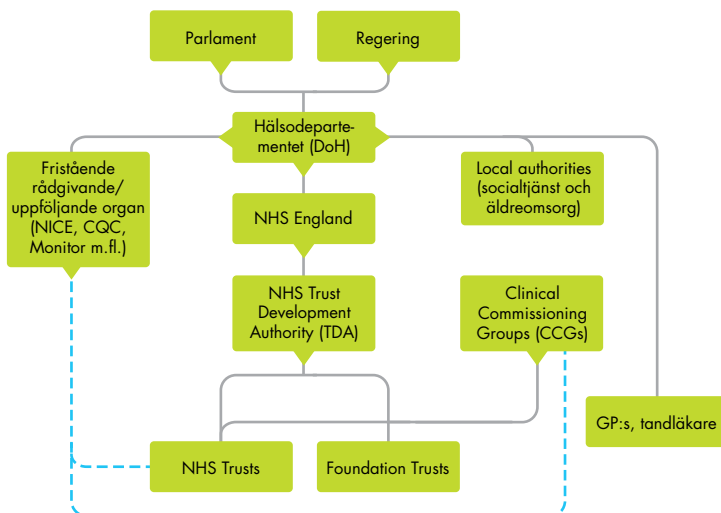
I England decentraliserades vissa ansvarsområden samtidigt som starkare nationell målstyrning infördes

Mot slutet av 1990-talet och början av 2000-talet genomförde den dåvarande regeringen en större reformering av det engelska hälso- och sjukvårdssystemet (National Health Services NHS). I praktiken rörde det sig om två specifika reformer, som initierades år 1997 (The new NHS – modern, dependable) och år 2000 (A plan for investment. A plan for reform). Den första reformen innebar ett försök till att decentralisera delar av beslutsfattandet genom att låta aktörer längre ner i hälso- och sjukvårdens organisation ta ett större ansvar för kvalitetsuppföljning och organisation. En del av reformen var också inrättandet av ett antal förbättringsområden avseende bland annat kvalitet och effektivitet, samt inrättandet av nationella organ för kvalitetsuppföljning och kunskapsspridning. I den andra reformen tydliggjordes bland annat förbättringsområdena till uppföljningsbara mål, vilka låg till grund för en omfattande nationell målstyrning. Därutöver tillfördes hälso- och sjukvården ett kraftigt tillskott av resurser. Vi beskriver i de följande avsnitten motiven till reformerna, hur de utformats och genomförts, men också vilka effekter vi kan se av dem. (För en övergripande beskrivning av det engelska hälso- och sjukvårdssystemet se figur 14.)



I England decentraliserades vissa ansvarsområden samtidigt som starkare nationell målstyrning infördes

Figur 14. Den engelska sjukvården är offentligt finansierad via skatter och utförs av både offentliga och privata vårdgivare.*



- Hälso- och sjukvårdssystemet omfattar alla invånare och är finansierat via skatter.
- Regeringen föreslår och parlamentet fastställer budget för hälso- och sjukvården. Parlamentet fastslår också lagar som styr hälso- och sjukvårdssystemet.
- Sjukvårdsministern vid hälso- och sjukvårdsdepartementet styr sjukvårdens arbete genom förordningar och prioriteringar.
- NHS England är ett organisatoriskt fristående organ till hälso- och sjukvårdsdepartementet och utövar tillsyn över sjukvårdens budget, planering och daglig verksamhet.
- TDA övervakar NHS Trusts, det vill säga den specialiserade sjukvården. De stödjer NHS Trusts att ombildas till Foundation Trusts.
- Foundation Trusts är sjukvårdsaktörer (f.d. NHS Trusts) som uppnått en högre grad av självständighet vad gäller organisation och finansiering.
- CCG:s är kliniskt ledda grupper som inkluderar alla GP: s i deras respektive geografiska områden. CCG:s upphandlar planerad och akut vård, rehabilitering med mera.
- Produktionen av slutna eller specialiserad vård utförs i princip enbart av offentliga vårdgivare.
- Primärvården (GP:s) består i princip enbart av privatpraktiserande läkare och arbetar på uppdrag av hälso- och sjukvårdsdepartementet.
- Tandvård är avgiftsfri upp till 18 år. Därefter betalar patienterna merparten av tandvården själva. Det finns både offentliga och privata tandläkare med olika taxor.
- En rad expertmyndigheter finns till stöd för sjukvården. De ägnar sig bland annat åt att sprida kunskap om best practice och följa upp sjukvårdens kvalitet.

Källa: Boyle 2011, s. 24, The NHS Choices 2013. * Organisationsskissen över hälso- och sjukvårdssystemet är något förenklad och avspeglar situationen år 2013. Flera förändringar av organisationen är planerade att genomföras under 2014 och 2015.

6.1 GEOGRAFISKA SKILLNADER I VÅRDRESULTAT OCH MINSKAT FÖRTROENDE FÖR SJUKVÅRDEN BEHÖVDE ÅTGÄRDAS

Labourregeringens reformer år 1997 och 2000 var ett sätt att hantera de omfattande problem den såg med det engelska hälso- och sjukvårdssystemet. (Hälso- och sjukvårdssystemen i Wales, Skottland och Nordirland är separata organisationer och berörs av utrymmesskäl inte i denna rapport.) Den konservativa regeringen hade år 1991 organiserat NHS utifrån en beställarutförarmodell. Enskilda privatpraktiserande husläkare beställde vård via en intern marknad från föreningar (NHS Trusts) som på uppdrag av NHS drev den offentliga sjukhusvården. Labourregeringen uppfattade att modellen med många olika beställare och en intern marknad var ineffektiv, byråkratisk och dyr. (Welsh Labour Party 1997, s. 22–24)

Regeringen såg det också som problematiskt att det fanns stora skillnader i vårdresultat mellan olika geografiska områden i landet liksom socioekonomiska skillnader i invånarnas hälsa (Welsh Labour Party 1997, s. 22–24). Därutöver var tillgängligheten till vården bristfällig och befolkningen började tappa förtroendet för NHS som garant för sjukvården (Thorlby och Maybin 2010, s. 67–68).

Ytterligare ett motiv till reformerna var svårigheten att styra och genomföra förändringar i ett starkt centraliserat system (Blair 2010, s. 549). England har aldrig haft någon motsvarighet till svenska landsting som huvudmän för hälso- och sjukvården, utan sjukvården har huvudsakligen finansierats och styrts av sjukvårdsdepartementet. I takt med att befolkningen har ökat från cirka 35 miljoner år 1946 till 53 miljoner invånare (år 2011) har NHS snabbt blivit en stor organisation som de nationella politiska företrädarna fått sämre insyn i och begränsade möjligheter att styra.

Labours reformer 1997 och senare år 2000 är några i raden av reformer som har introducerats i den engelska sjukvården de senaste decennierna. Flera regeringar med olika politiska majoriteter har nu som förr försökt att ändra NHS organisation och arbetsformer, men med varierande resultat. Orsakerna till att vi väljer att studera just dessa reformer är främst två. Reformen från 1997 utgör det mest tydliga exemplet på försök att decentralisera beslutsfattandet i en sedan länge tillbaka centralstyrd organisation. Det är en intressant kontrast till de studerade reformerna i Norge och Danmark, vilka snarare inneburit en motsatt utveckling mot ökad centralstyrning. Reformen från år 2000 var jämfört med tidigare reformer av det engelska hälso- och sjukvårdssystemet mer ambitiös, både sett till omfånget, resurstillskotten och de långsiktiga målsättningarna. Reformen är också principiellt intressant eftersom den erbjuder exempel på en rad nationella styrmedel för att utjämna omotiverade skillnader i till exempel folkhälsa och medicinsk kvalitet. Slutligen är de



I England decentraliserades vissa ansvarsområden samtidigt som starkare nationell målstyrning infördes

två reformerna sammanhängande eftersom 1997 års reform skapade många viktiga förutsättningar för genomförandet av reformen år 2000.

De två reformerna angav sammanlagt elva förbättringsområden

Reformerna från 1997 och 2000 angav totalt 11 förbättringsområden. De exakta definitionerna för målsättningarna har varierat över tid och utifrån politiska prioriteringar. 1997 års förbättringsområden var (Department of Health 1997, s. 74–75):

- Förbättrad hälsa
- Rättvis tillgång till vård
- Effektivt tillhandahållande av lämplig sjukvård
- Effektivitet
- Patient- och anhörigupplevd vård
- Hälso- och sjukvårdsresultat

Förbättringsområdena hade med reformen år 2000 utvecklats till tydligare uppföljningsbara målsättningar (Department of Health 2000, s. 142–144). Dessa var:

- Förbättrade sjukvårdsresultat för alla
- Förbättrade patient- och anhörigupplevelser av NHS och sociala tjänster
- Effektivt tillhandahållande av lämplig vård
- Rättvis tillgång
- Kostnadseffektivitet

6.2 REFORMERNA INNEBAR FÖRÄNDRADE ANSVARSFÖRHÅLLANDEN, ÖKADE RESURSER OCH INFÖRANDE AV NATIONELL MÅLSTYRNING

Reformerna från 1997 och 2000 innebar inga större förändringar av hälso- och sjukvårdssystemets grundläggande organisation. Både Labourregeringen och den tidigare konservativa regeringen, ledd av Tories, ville ha en decentraliserad beställarorganisation och marknadsmekanismer för att förbättra vårdens utförande. Skillnaden låg i att Labourregeringen ville överföra enskilda husläkares rätt att beställa vård till större primärvårdsgrupper med ett samlat beställaransvar. Regeringen ville också decentralisera och förtydliga samverkans- och uppföljningsansvaret längre ner i NHS organisation genom att ge befintliga aktörer i systemet nya uppdrag och beslutsmandat.

Därutöver tillsatte regeringen nationella organ med uppdraget att ta fram behandlingssystem och följa upp vårdens resultat. Vården tillfördes också stora resurstillskott. Kombinerat med en starkare nationell målstyrning förväntades detta leda till både kortare väntetider och förbättrade medicinska resultat.

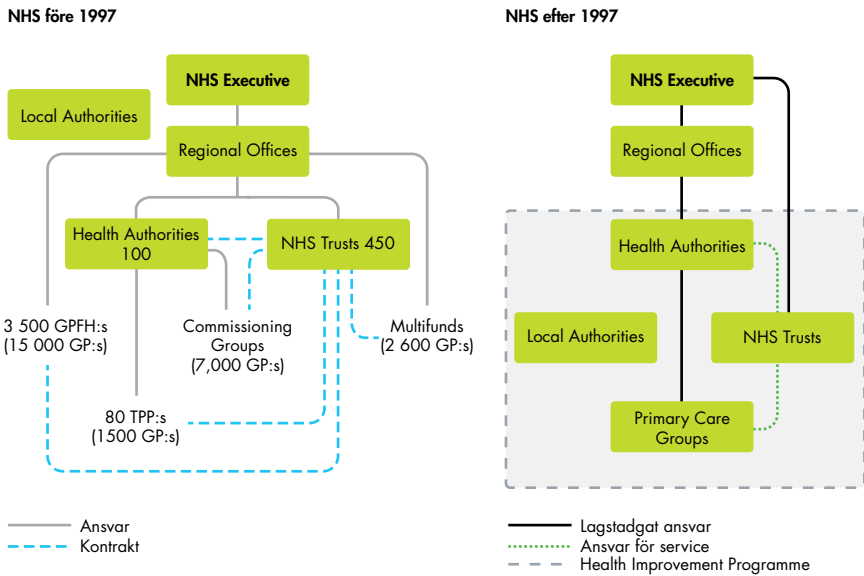
Nedanstående genomgång är en beskrivning av reformerna och det engelska hälso- och sjukvårdssystemet som det såg ut i slutet av 1990-talet och början av 2000-talet. Flera förändringar av hälso- och sjukvårdssystemet har genomförts sedan dess, vilket betyder att delar av organisationen inte finns kvar, har fått förändrade ansvarsuppgifter eller slagits samman med andra delar (se tabell 8 och figur 15).

Tabell 8. Reformerna från 1997 och 2000 innebar förändrade ansvarsförhållanden, tydligare nationell styrning och tillförandet av omfattande ekonomiska resurser.

Före 1997	Efter 1997	Efter 2000
GP (General Practitioner) beställer icke-akut sjukvård av valfritt sjukhus.	PCT (Primary Care Trusts) beställer icke-akut sjukvård av sjukhus inom sitt område.	PCG (Primary Care Groups) beställer icke-akut sjukvård av sjukhus inom sitt område. Stora ekonomiska tillskott tillförs NHS under lång tid.
Informellt samarbete mellan primärvård, specialistvård och sociala myndigheter.	Samarbete mellan primärvård, specialistvård och sociala myndigheter formaliseras genom hälsoförbättringsprogram.	Starkare incitament inom såväl primär- som slutenvård.
Tillsynen av sjukvården sköts av NHS centralt och Regional Offices.	Health Authorities utövar tillsyn över PCT och NHS Trusts i sitt område. NHS Trusts utövar tillsyn över sina sjukhus.	Nationell målstyrning införs med tydligt formulerade tidsatta mål. Sanktioner respektive belöning kopplat till graden av måluppfyllelse.
Vissa nationella standarder för "best practice" införs.	Införandet av det nationella kvalitetsinstitutet National Institute for Health and Care Excellence (NICE).	
Engelsk sjukvård utgör lägre andel av BNP än jämförbara länder. Begränsade incitament för genomförande av reformer i hälso- och sjukvårdens verksamheter.	Behandlingsprogram tas fram, genomförs och utvecklas successivt.	
	Engelsk sjukvård utgör en lägre andel av BNP än jämförbara länder.	
	Starkare incitament inom primärvården. Om uppsatta mål uppfylls får vårdgivarna större frihet att utforma sin verksamhet.	



Figur 15. Reformen 1997 innebar bland annat att Health Authorities fick ett tydligare samordningsansvar och att beställaransvaret överfördes från GP:s till Primary Care Groups (senare Primary Care Trusts).



Källa: Department of Health 1997, s. 28–29.

1997 års reform innebar att roller och samverkansansvar förtydligades mellan olika aktörer i NHS organisation

En viktig del i reformen 1997 var att tydliggöra roller och samverkansansvar mellan olika aktörer i NHS organisation och att tydliggöra ambitionsnivåer för vårdens innehåll. Figur 15 visar hur NHS Executive fick en direkt kontroll över NHS Trusts, det vill säga över all sjukvård som inte utfördes av de privatpraktiserande husläkarna (General Practitioners, GP:s). NHS Executive var vid denna tidpunkt en fristående ledning under sjukvårdsdepartementet som ansvarade för den nationella och operativa styrningen av hälso- och sjukvårdssystemet. År 2002 upphörde organisationen och dess centrala funktioner gick in i sjukvårdsdepartementets organisation. Före 1997 gick alla beslut fattade av NHS Executive via lokalavdelningar till NHS (Regional Offices) och ut i vårdens verksamheter. Syftet med reformen 1997 var bland annat att ge NHS Executive ökad kontroll över den specialiserade sjukhusvården för att därigenom stärka vårdens likvärdighet över landet (Department of Health 1997, s. 26).

Figur 15 visar också hur Health Authorities fick en mer samordnande roll för vårdens aktörer och större befogenheter att utforma sina egna organisationer (Department of Health 1997, s. 28–29). Health Authorities, var när de introducerades 105 till antalet. Därefter har antalet varierat över tid och deras uppdrag är nu organiserat i andra former. Vid tidpunkten för reformen fick dock Health Authorities uppdraget att koordinera folkhälsoarbetet, primärvården, sjukhusvården och akutsjukvården i sina respektive geografiska områden. Varje Health Authority fick i uppdrag att ta fram hälsoförbättringsprogram (Health Improvement Programme, HIP). Programmen var bindande för primärvården och sjukhusen och utgjorde ett slags ramverk som beskrev inriktningen för sjukvården i respektive Health Authority:s geografiska område. De innehöll också överenskommelser om den interna ansvarsfördelningen mellan parterna inom sjukvården. I och med reformen 1997 fick Health Authorities även i uppdrag att samverka med lokala myndigheter utanför sjukvården, till exempel socialtjänsten. Samverkansansvaret reglerades i hälsoförbättringsprogrammen (Department of Health 1997, s. 29).

Mellan år 1991 och 1997 kunde enskilda husläkare efter en certifieringsprocess få rätt att beställa undersökningar och specialiserad sjukhusvård från NHS Trusts eller privata sjukhus för sina patienter. Beställarmodellen kallades för GP Fundholding. 1997 arbetade 59 procent av GP:s (allmänläkare) som GP Fundholders. GP:s som inte själva ville beställa vård kunde ansluta sig till olika former av samarbetsorganisationer, så kallade multifunds, vilka hade administrativ personal som utförde beställningarna (Rivett 2014). Det var också möjligt för GP:s att bli ”Total Policy Purchasers”. Detta innebar att de fick ta ett större helhetsansvar för sina patienter och även beställa omsorgsinsatser och förebyggande vård (Mays m.fl. 1997). Ytterligare en möjlighet var att ansluta sig till en befintlig GP-ledd commissioning group där alla ingående GP:s kom överens om ett basutbud vilket de sedan köpte från NHS Trusts (Smith m.fl. 2012). Det fanns inga geografiska begränsningar för beställningarna, utan husläkare kunde remittera patienter till vårdgivare i hela landet.

I och med reformen 1997 beslutade regeringen att beställaransvaret hos enskilda GP:s eller hos sammanslutna GP-organisationer skulle övergå till fristående och samordnade beställarorganisationer. Dessa kallades initialt för Primary Care Groups (PCG:s), men fick sedan något förändrade uppdrag och bytte namn till Primary Care Trusts (PCT:s). Vi benämner dem här fortsättningsvis för PCT:s. PCT:s var liksom NHS Trusts administrativa organisationer som inte bedrev sjukvård. Varje PCT ansvarade initialt för



cirka 100 000 personers hälsa, men efter hand har sammanslagningar av ett antal grupper skett.

Syftet med förändringen var att ta bort GP:s direkta beställaransvar och därigenom minska deras administrativa börda. Ett annat mål var att uppmuntra till långsiktiga samarbeten mellan primärvård och slutenvård. Till skillnad från tidigare fick PCT:s nu enbart beställa sjukvård från de NHS Trusts som verkade inom deras geografiska område. Beställningarna skulle ske löpande på fleråriga kontrakt och följa hälsoförbättringsprogrammens regler (Department of Health 1997, s. 30, 57–58).

Modellen för finansiering av hälso- och sjukvården behölls huvudsakligen från tiden före 1997. Health Authorities fick i samband med reformen år 1997 ett ekonomiskt anslag från staten för att finansiera vissa former av sjukvård som akutsjukvård, ambulanstjänster och folkhälsovård för invånarna i sitt område. Anslaget baserades på antalet boende anpassat efter socioekonomiska faktorer (Boyle 2011, s. 71). Primärvården, och primärvårdens beställningar av icke-akut sjukhusvård, finansierades genom anslag från staten till Primary Care Trusts (Department of Health 1997, s. 46).

Patienternas roll förändrades inte av reformen 1997. De tillhörde fortsatt den sjukvård som organiserades av respektive hälsomyndighet och blev remitterade dit deras primärvårdsläkare bestämde. Först senare, i en rad steg, fick patienterna möjlighet att välja ett annat sjukhus än vad de remitterande primärvårdsläkarna föredrog.

Nationella system infördes för att öka vårdens kvalitet och likvärdighet

Införandet av en rad nationella styrmedel var ytterligare en central del av reformen från 1997. Styrmedlen infördes dels för att minska skillnader i behandlingar och vårdresultat mellan hälsomyndigheternas geografiska ansvarsområden, dels för att allmänt förbättra den engelska sjukvårdens kvalitet. Vid denna tidpunkt låg England långt efter jämförbara länder vad gäller sjukvårdens resultat. År 1990 var dödligheten för barn under första levnadsåret 7,5 per 1000 födselar i Danmark, 7,1 i Nederländerna, 6,9 i Norge men 8,4 i Storbritannien (separata data för England saknas i dessa mätningar). Femårsöverlevnaden för bröstcancer i procent var åren 1995–2000 i Nederländerna 80 procent, i Norge 76 procent, i Sverige 82 procent men i Storbritannien 72 procent. Så sent som 2008 var dödligheten i hjärtinfarkt inom 30 dagar efter infarkt 4 procent i Danmark, 7 procent i Nederländerna, 6 procent i Norge, 5 procent i Sverige, men 9 procent i Storbritannien. (OECD Health Statistics 2014)

Ett första nationellt styrmedel som sjukvårdsdepartementet inrättade var det nationella kvalitetsinstitutet National Institute for Health and Care Excellence, NICE. Institutets uppdrag var att identifiera och sprida kunskap om den bästa och effektivaste vården till verksam hälso- och sjukvårdspersonal.

Ett andra nationellt styrmedel som regeringen införde var Nationella behandlingssystem för olika sjukdomar (National Service Framework, NSF). De tre första systemen rörde psykiatri, kranskärlsbehandlingar och cancer (Chapman m.fl. 2001). I dagsläget har NHS nio behandlingssystem (NHS 2014). NSF tas fram av en extern referensgrupp, ofta baserat på NICES utvärderingar av vilka behandlingar som var effektivast (Chapman m.fl. 2001). Behandlingssystemen syftade till att minska skillnaderna i vårdresultaten mellan olika sjukhus och motsvarar en slags kombination av nationella behandlingsriktlinjer och politiska målsättningar. Varje Health Authority, NHS Trust och PCT hade till uppdrag att följa de nationella behandlingssystemen, oavsett hur de valt att utforma sin egen sjukvårdsorganisation (Department of Health 1997, s. 67).

Därutöver tillsattes Commission for Health Improvement (senare omdöpt till Commission on Accountability and Health Improvement – CHAI) för att utvärdera sjukvårdens organisation och kvalitet, men också för att stötta införandet av den bästa vården. I uppdraget ingick till exempel att följa upp hälso- och sjukvårdens följsamhet till behandlingssystemen. Resultaten av uppföljningarna publicerades offentligt med syftet att stimulera förbättring. CHAI utvecklade ett stjärnsystem för att bedöma sjukhusens kvalitet. Sjukhus som fick 0 stjärnor hade 90 dagar på sig att göra förbättringar och uppnå en stjärna. Skedde ingen förbättring avskedades sjukhusdirektören med automatik.

En nationell patientenkät introducerades vilken genomfördes årligen med början år 1998. Syftet var att få ökad kunskap om skillnader och likheter i patientupplevd kvalitet mellan olika vårdgivare och mellan olika geografiska delar av landet (Department of Health 1997, s. 30).

Health Authorities och NHS Trusts fick ett utökat uppföljningsansvar

En genomgående målsättning med reformen 1997 var att öka kontroll och uppföljning av sjukvårdens verksamhet, både vad gällde ekonomi och efterlevnad av lokala överenskommelser inom hälsoförbättringsprogrammen. Tidigare låg uppföljningsansvaret enbart på sjukvårdsdepartementet men nu ville regeringen överlåta mer av uppföljningen till Health Authorities och NHS Trusts.



Health Authorities fick till ansvar att granska om deras respektive NHS Trusts och PCT:s beställde vård i enlighet med avtal, höll sin budget och följde överenskommelser fastslagna i hälsoförbättringsprogrammen. De hade också mandat att vid budgetöverskridanden, eller avvikelser från hälsoförbättringsprogrammen avsätta de personer som ledde Primary Care Trusts (Department of Health 1997, s. 48). Därutöver fick varje NHS Trust till uppdrag att granska sina respektive sjukhus medicinska resultat, följsamhet till behandlingssystem och budget (Department of Health 1997, s. 66).

Med reformen år 2000 fick vården utökade resurser och nationell målstyrning

Tre år senare, år 2000, presenterade regeringen sin motsvarighet till en proposition ”NHS-planen: en plan för investeringar en plan för reform” (”The NHS Plan: a plan for investment a plan for reform”). Reformen var en uppföljning av reformen 1997 och innebar både en avsevärd budgetförstärkning och införandet av en rad riktade uppdrag för sjukvården.

Regeringen konstaterade i ett policydokument att NHS inte var inriktat på enskilda patienters behov och angav två huvudsakliga orsaker: ”För det första, decennier av för små investeringar, och för det andra att NHS är ett system från 1940-talet som opererar i 2000-talets värld” (Department of Health 2000, s. 26). Detta var första gången en brittisk regering medgav att NHS hade grundläggande problem som inte kunde lösas inom befintliga resursramar. Tidigare regeringar hade insisterat på att NHS inte hade några större problem och att lösningar kunde göras inom befintlig organisation eller budget (Leatherman & Sutherland 2008, s. 19–20).

I propositionen utlovade regeringen omfattande och långsiktiga resurstillskott som bland annat skulle finansiera 7 000 nya vårdplatser och 2 000 nya husläkare. För att finansiera resurstillskotten föreslog regeringen en höjning av den nationella sjukvårdsbudgeten med 50 procent inom en period på fem år (Department of Health 2000, s. 11).

En andra del i reformen var att göra vårdens kvalitet till en lika viktig faktor som kostnadseffektivitet och jämlikhet inom NHS (Leatherman & Sutherland 2008, s. 19–20). Varje del av NHS (Health Authorities, NHS Trusts och Primary Care Trusts) skulle bedömas utifrån hur de presterade i enlighet med ett antal kvalitets- och processindikatorer. Exempel på nuvarande indikatorer för sjukhusvården är förekomst av antibiotikaresistenta stafylokokker (MRSA), andelen patienter som behandlats inom vårdgarantins gränser och

andelen patienter som behöver vänta på undersökning längre än vårdgarantins gränser (Department of Health m.fl. 2012b).

Utvärderingsmetoden kallades Performance Assessment Framework (PAF) (Department of Health 2000, s. 61). Utifrån resultatet av bedömningar fick vårdgivarna betyget ”grön”, ”gul” eller ”röd”. Rödklassade organisationer sattes under särskild kontroll och blev ålagda att ta fram planer för hur de skulle förbättra sjukvården inför nästa bedömning. Om de under en längre tid inte förbättrade sitt resultat kunde hela ledningen avskedas och ersättas med personal från grön-klassade organisationer. Förbättrade resultat kunde leda till belöningar och förmåner såsom anslag för att köpa ny utrustning, förbättra lokalerna eller ekonomiska incitament för medarbetarna (Department of Health 2000, s. 65). Det kunde också ge vårdgivarna ökad frihet att styra över sin egen verksamhet (Ham 2014, s. 9).

Redan år 1997 hade regeringen påbörjat ett arbete med att offentligt redovisa data om sjukvården och i vilken mån sjukhus uppnådde angivna mål eller resultat utifrån inspektioner på sjukhus och andra vårdinrättningar. Efter reformen år 2000 offentliggjordes även resultaten från Performance Assessment Framework. Förhoppningen var att den offentliga rapporteringen skulle påverka patienterna att välja de mer framgångsrika sjukhusen. Förhoppningen var också att sjukvården i större utsträckning än tidigare skulle följa behandlingsriktlinjer, evidens och ha korta väntetider (Leatherman och Sutherland 2008, s. 40).

Ett tredje centralt inslag i reformen var att ”vårdgarantin” som infördes 1997, men som inte var tvingande, nu blev obligatorisk för sjukvården. Garantin blev också en del av utvärderingsmetoden Performance Assessment Framework (PAF), vilket innebar att sjukhusledning som inte uppfyllde uppsatta mål om minskade väntetider kunde bli avskedade. Målet var att stegvis sänka tidsgränsen för vårdgarantin på 18 månader år 2000 till sex månader år 2005 och tre månader år 2008 (Department of Health 2000, s. 105).

6.3 REFORMERNA GENOMFÖRDES BLAND ANNAT MED HJÄLP AV RESURSTILLSKOTT

Inför valet 1997 hade den blivande Labourregeringen begränsade ambitioner för sjukvården. Regeringen ville i korthet förbättra den inre marknaden, korta väntetiderna och ställa tydligare kvalitetskrav på sjukhusen (New Labour 1997).

Orsaken till de mer återhållsamma ambitionerna för sjukvården var



Labours begränsade politiska handlingsutrymme. Tidigare Labourregeringar hade under 1970-talet efterlämnat stora statsskulder och i opposition under 1980-talet hade Labour ofta fört en ekonomiskt orealistisk politik. Den nye partiledaren Tony Blair var fast beslutsam om att Labour skulle undvika reformer som krävde ökade statliga utgifter. Avsikten var att skapa bilden av ett ekonomiskt ansvarstagande Labour.

1997 års reform skedde främst genom politiska instruktioner och utan någon större debatt.

Efter valet 1997 påbörjade regeringen arbetet med att bland annat förbereda den nya primärvårdsorganisationen och införandet av nationella behandlingsprogram. Förändringarna skedde stegvis genom politiska instruktioner och utan några omfattande resurstillskott. År 1999 infördes den nya primärvårdsmodellen med Primary Care Groups. Samma år inrättades NICE med syftet att sprida kunskap om de bästa behandlingarna för olika diagnoser. År 2000 fastslogs det första behandlingsprogrammet (Wilkin 2001, Intervju Hunt 2014).

Förändringarna kunde genomföras utan någon större debatt och förankring. Förklaringarna till det kan tänkas vara flera. Bosanquet, professor i Health Policy, Imperial College London, menar att en orsak var att reformen i sin helhet var begränsad i omfattning och uppfattades som relativt okontroversiell. En annan orsak, tillägger han, var att kritik mot försöken att förbättra NHS mest skulle uppfattas som negativt, eftersom det engelska hälso- och sjukvårdssystemet är en fråga som väljarna värnar om mycket starkt (Intervju Bosanquet 2014).

Flera möjliga förklaringar, av mer övergripande karaktär, är att England till skillnad från till exempel de nordiska länderna inte har några lokala politiska församlingar som kan motsätta sig förändringar av sjukvården. Det brittiska valsystemet med enmansvalkretsar gör också att starka enpartiregeringar kan genomdriva sin politik i parlamentet utan att behöva ta hänsyn till andra politiska intressenter.

2000 års reform var väl förankrad och genomfördes med hjälp av stora resurstillskott

Tidigt under mandatperioden efter valet 1997 upplevde regeringen djupgående problem inom sjukvården som den uppfattade att den första reformen inte kunde lösa. Dåvarande premiärminister Tony Blair skrev i sin självbiografi (Blair 2010, s. 549): ” (...) eftersom vi drev på hårt men bara uppnådde vissa förbättringar, blev det tydligt för mig att det finns stora begränsningar i hur

mycket som kan förbättras genom centrala mål och reformer som drivits uppifrån. Jag kom allt mer att se de centraliserade systemen i sig och vad de innebar, maktlösheten hos cheferna i verksamheten och brukarnas begränsade valmöjligheter som en grundläggande del av problemet.”

Under vintern 1999–2000 kantades också NHS av stora problem, vilket ledde till negativ uppmärksamhet i massmedia. Mediadrevet tillsammans med Labourregeringens egen analys av utmaningarna kanaliserade förändringsviljan till den stora reformen från år 2000 och framåt (Intervju Hunt 2014).

Reformen från år 2000 bröt på ett sätt mot Labours initiala och återhållsamma linje för sjukvården år 1997. Den rörde allt ifrån personalpolitik till tillgänglighetssatsningar och innebar att vården tillfördes stora ekonomiska tillskott. Samtidigt kunde reformen ses som en del av ett nytt angreppssätt. Nu genomfördes för första gången en reform i engelsk hälso- och sjukvård som innebar både omfattande innehållsmässiga förändringar och ekonomiska tillskott.

”Vårt mantra var investeringar och reform tillsammans”, skriver Blair i sin självbiografi. Den politiska devisen betonade den stora skillnaden mot tidigare reformer av NHS. Tidigare Labourregeringar hade genomfört stora investeringar i sjukvården utan någon tydlig reformagenda. Och de konservativa regeringarna, ledda av Tories, hade reformerat men utan några större ekonomiska tillskott (Blair 2010, s. 549–550).

Reformen från år 2000 genomfördes med hjälp av flera verktyg. En viktig del var resurstillskott, vilket möjliggjorde större produktion av sjukvård (och därmed kortade väntetider) men också höjda löner för sjukvårdspersonalen. En annan del var rena instruktioner från sjukvårdsministern till NHS eller enstaka sjukhus. Den hårdare nationella målstyrningen var till exempel en ensidig utfästelse från sjukvårdsministern, helt utan parlamentariskt stöd eller i samarbete med andra aktörer (Intervju Bosanquet 2014, Intervju Hunt 2014).

Ett viktigt verktyg var också olika sorters incitament för att stimulera den enskilde läkaren, sjukhuset eller PCT: n till att uppnå eller överträffa reformens uppsatta mål. Det rörde sig om högre anslag, större frihet att utforma verksamheten eller prestige i att enligt offentliga mätningar framhållas som det bästa sjukhuset i regionen (Department of Health 2000, s. 11, s. 64).

I kontrast till 1997 års reform var reformen från år 2000 väl förankrad gentemot såväl NHS som sjukvårdspersonal och patientorganisationer (Department of Health 2000). Trots ambitiösa målsättningar, tät reformtakt och statliga ingripanden i sjukvården uppstod inga större protester bland



personalen. Två troliga förklaringar var dels att reformen innebar ökat självstyre för sjukvården dels att regeringen tillförde både sjukvården och personalen stora resurstillskott i form av fler vårdplatser, mer personal och höjda löner. Den dåvarande biträdande sjukvårdsministern Philip Hunt framhåller också att det handlade om en politisk beslutsamhet.

”Det är mycket svårt, men våra reformer visar att om du verkligen är tydlig med vad du vill uppnå, kan få stöd bland nyckelgrupper och också har resurser kan du genomföra förändringar. Men du måste vara mycket beslutsam – du måste vara ytterst beslutsam eftersom det är oundvikligt att läkare är mycket motståndskraftiga mot förändring. Du kan inte släppa beslutsamheten under genomförandet.”

Philip Hunt, biträdande sjukvårdsminister, Labour 1999–2003

Tidsperspektivet för reformens genomförande varierade. Några exempel är att väntetiderna skulle kortas till sex månader för behandling senast år 2005, medan flera folkhälsomål skulle uppnås först år 2010. (Department of Health 2000, s. 131)

Enstaka uppföljningar av reformerna har genomförts av regeringen och olika tankesmedjor

Enligt Hunt och Bosanquet har inte någon offentlig och heltäckande uppföljning eller utvärdering genomförts av reformerna (Intervju Hunt 2014, Intervju Bosanquet 2014). Däremot har privata tankesmedjor, såsom The King's Fund och Nuffield Trust, försökt att göra sammanhållna uppföljningar av effekterna från reformen år 2000 (Leatherman och Sutherland 2008, The King's Fund 2010). Flera nyckeltal som angavs inom ramen för reformen år 2000 har också följts upp av sjukvårdsdepartementet. Några exempel är målsättningar om minskad självmordsfrekvens och kortare väntetider.

”Jag är inte säker på att politiker använder utvärderingar. Ofta kommer utvärderingen för sent, och ibland är resultatet obekvämt.”

Nick Bosanquet, professor i Health Policy, Imperial College London

Samtidigt fanns det svårigheter med att följa upp reformen. Den omfattade en mängd verksamhetsområden och hade många olika delmål. I många fall saknades data för att jämföra med tiden före reformen, till exempel vad gäller patientupplevd vård. I andra fall genomförde regeringen inom några år nya reformer i samma område och eliminerade därmed den ursprungliga reformen.

6.4 VÄNTETIDERNÄ BLEV KORTARE OCH VÄRDRESULTATEN BÄTTRE MEN FLERA FOLKHÄLSOSKILLNADER BESTOD

Sedan reformernas genomförande har folkhälsan liksom medicinska resultat förbättrats. Men det har inte varit möjligt att identifiera vilka av effekterna som har berott på reformerna respektive på allmänna medicinska framsteg. Däremot har reformerna tydligt bidragit till att minska väntetiderna i engelsk sjukvård.

Reformtakten i England är hög och många områden som reformerna från 1997 och 2000 var avsedda att förbättra har senare berörts av nya reformer. Det gör det, liksom i flera av våra andra studerade länder, svårt att isolera effekterna av reformerna. Exempel på senare reformer var "GP Contract 2003" som förändrade primärvårdens uppdrag och finansiering och "Agenda for Change 2003" som ändrade anställdas löner och karriärvägar inom NHS. År 2006 var regeringens ambition att göra NHS mer patientorienterad och att ge patienten större valmöjligheter i "Our health, our care, our say". År 2009 införde sjukvårdsdepartementet nya rättigheter för patienterna och skyldigheter för sjukvården i "NHS Constitution 2009".

Intervjupersonernas bedömningar av reformernas effekter är blandade. Professor Bosanquet menar till exempel att reformen från 2000 gett ett alltför stort fokus på sjukhusens produktion.

"NHS-planen, som kallades en plan för tillväxt och reform handlande nästan bara om tillväxt, vilket hade den olyckliga effekten av att öka sjukhusens roll, eftersom en del av reformen innebar byggande av hundra nya sjukhus.(...) Så vid slutet av denna tioåriga reformperiod har vi en obalanserad sjukvård med övervikt åt sjukhusen. Vi har ett system med för många dyra sjukhus, för många dyra läkare och vi borde ha utvecklat en mer integrerad sjukvård baserad på primärvården."

Nick Bosanquet, professor i Health Policy, Imperial College London



Hunt, dåvarande biträdande sjukvårdminister för Labour 1999–2003, ger både positiva och negativa omdömen:

”Jag tror att reformerna har lett till en dramatisk förändring av sjukvården och förbättringar. Framför allt vad gäller väntetider, men också i vårdinrättningarnas kvalitet. Samtidigt ser vi stora skillnader i livslängd som definitivt är relaterade till människors inkomst. Jag är inte säker på att sjukvården kan göra särskilt mycket åt det – det är lika mycket en fråga om ekonomisk politik, skatter och jämlikhet i samhället.”

Philip Hunt, biträdande sjukvårdminister, Labour 1999–2003

Uppföljningar av reformernas målsättningar visar på både förbättrad vårdkvalitet och ökad tillgänglighet.

Som nämnts tidigare satte regeringen upp sammanlagt elva mål som grund för uppföljningen av reformerna år 1997 och år 2000 (Department of Health 1997, s. 74–75, Department of Health 2000, s. 142). I denna rapport studerar vi sex av de elva mål som regeringen satte upp. Avgränsningen har gjorts utifrån tillgång till data och specifik relevans för hälso- och sjukvården. Några mål har också varit överlappande och har därför uteslutits (se tabell 9).

Som grund för våra analyser ligger befintliga utvärderingar och offentlig statistik. Utvärderingen ska inte ses som en uttömmande uppföljning utan som en belysning av vad som hänt inom de områden reformerna var avsedda att förbättra. Tabellens utformning nedan bygger på vår egen analys och är ett sätt att åskådliggöra kopplingen mellan reformens målsättningar och verktyg för genomförande. Det verkliga sambandet mellan reformens målsättningar, utformning och effekter kan se annorlunda ut. Sammanställningen i tabellen bör därför tolkas försiktigt.

Tabell 9. Reformerna bidrog bland annat till förbättrad tillgänglighet och ett ökat förtroende för sjukvården bland befolkningen.

Reformens mål	Reformens utformning	Effekter
Förbättrad folkhälsa och rättvis tillgång till vård	Bättre samverkan mellan sjukvårdens olika delar och mellan sjukvården och sociala myndigheter.	Ökad medellivslängd och minskad spädbarnsdödlighet bland flera samhällsgrupper. Men sämre folkhälsa bland särskilt utsatta grupper kvarstod (Department of Health 2009, Boyle 2011, OECD Health Statistics 2014).
Rättvis tillgång till vård	Bättre samverkan mellan sjukvården och socialtjänst. Nationell målstyrning.	Målet utvärderades utifrån tre delmål om minskade skillnader i hälsa mellan olika sociala grupper. Utvärderingar av de tre delmålen visar att de inte uppfylldes (Department of Health 2009).
Förbättrad kostnadseffektivitet	Avskaffad inre marknad, bättre samverkan mellan sjukvårdens olika delar, nationella riktlinjer.	Otillräckliga data och metodologiska svårigheter gör det svårt att utvärdera kostnadseffektiviteten. Resultaten tyder på både oförändrad och ökad produktivitet (Street 2013, The King's Fund 2010).
Förbättrad patientupplevd kvalitet	Förbättrad vårdkvalitet, ökad tillgänglighet och införande av nationell patientenkät med offentlig redovisning. Ökade ekonomiska anslag.	Före år 1997 genomfördes inga nationella patientenkäter vilket gör att det inte är möjligt att jämföra den patientupplevda vårdkvaliteten före och efter reformen. Men efter 1997 har den patientupplevda kvaliteten legat på en hög och jämn nivå för flera vårdområden (Department of Health 2009). Allmänhetens förtroende för NHS har kraftigt förbättrats sedan reformens införande (The King's Fund 2012).
Förbättrad vårdkvalitet	Nationella behandlingssystem och kunskapspridning via NICE. Ökade ekonomiska anslag.	Kvaliteten i vården har förbättrats på de målområden regeringen angav. Men målsättningarna är inte helt uppfyllda (The King's Fund 2010).
Minskade väntetider i sjukvården	Ökade ekonomiska anslag och målstyrning.	Kraftigt minskade väntetider som tydligt kan kopplas till reformen år 2000 (Thorlby och Maybin 2010, Propper m.fl. 2007, Bevan 2006).

Folkhälsan förbättrades överlag men inte bland särskilt utsatta grupper

Under perioden efter reformen 1997 skedde stora förbättringar i folkhälsan såsom längre medellivslängd och minskad spädbarnsdödlighet inom flera samhällsgrupper. 1997 hade 65-åriga kvinnor 13 hälsosamma år framför sig, medan 65-åriga män hade 12 år. 2005 hade siffran stigit till 14,8 respektive 13 år (Department of Health 2009, s. 41–42). Dödligheten bland barn under ett år föll från 5,9 per 1000 födda, år 1997, till 4,2 per 1000 födda, år 2010. En kvinna som föddes 1997 hade en förväntad livslängd på 79,7 år. År 2010 hade siffran stigit till 82,6 år. (OECD Health Statistics 2014)

Sämre folkhälsa bland utsatta grupper kvartstod och försämrades i vissa avseenden, till exempel bland personer med låg inkomst (den engelska termen är "routine och manual" motsvarande personer med låg utbildning och okvalificerade arbeten) och arbetslösa. Exempelvis var spädbarnsdödligheten bland barn till låginkomsttagare, åren 1997 till 1999, 13 procent högre än genomsnittet. Under åren 2006 till 2008 hade skillnaden ökat till 17 procent (Thorlby och Maybin 2010, s. 80). Kvinnor som bodde i "spjutspetsområdena"

(beteckningen på den femtedelen av Englands kommuner med sämst tillgång till sjukvård och störst sociala problem, till exempel ensamstående mödrar) hade åren 1995 till 1997 1,77 procent kortare förväntad livslängd än genomsnittet för alla engelska kvinnor. Åren 2007 till 2009 hade den siffran ökat till 1,99 procent (Boyle 2011, s. 224).

Philip Hunt, den dåvarande biträdande sjukvårdsministern, framhåller i en intervju att det var svårt för hälso- och sjukvården att påverka skillnader i folkhälsa. Det, menar han, beror på att folkhälsan påverkas av långt fler faktorer än sjukvårdens insatser, såsom skillnader i inkomst.

Reformernas mål om en mer rättvis tillgång till vård uppfylldes inte

Målet om en rättvis tillgång till hälso- och sjukvård innebar att alla invånare skulle erbjudas likvärdig sjukvård oavsett bostadsort, inkomst och etnisk bakgrund. Målet utvärderades utifrån tre delmål som i praktiken var mer inriktade på att minska skillnader i hälsa mellan olika sociala grupper. Utvärderingar av de tre delmålen visar att de inte uppfylldes.

De tre delmålen var att: 1) minska skillnaderna i förväntad livslängd vid födelsen mellan spjutspetskommunerna och befolkningen i allmänhet med 10 procent, 2) minska skillnaden i dödlighet hos barn under ett års ålder mellan barn till låginkomsttagare ("routine and manual") och barn till befolkningen som helhet, och slutligen 3) minska dödligheten bland utsatta grupper, definierat som skillnaden i antal dödsfall per år och 100 000 invånare, mellan "spjutspetskommunerna" och det engelska snittet.

Utvärderingen av delmålen genomfördes genom en jämförelse av spjutspetsområdena och hela England i stället för att undersöka utfallet utifrån boendeort, inkomst och etnicitet. Det gör det svårt att bedöma den egentliga måluppfyllelsen. Den uppföljning som sjukvårdsdepartementet har genomfört visar att delmålet att minska skillnaderna i förväntad livslängd vid födelsen inte uppnåddes. Åren 1997–1999 var skillnaden i förväntad livslängd 2,67 procent för män och 1,92 procent för kvinnor födda i "spjutspetsområdena". Åren 2006–2008 hade skillnaden stigit till 2,8 respektive 2,18 procent (Department of Health 2009, s. 72).

Inte heller målet om att minska skillnaden i dödlighet hos barn uppnåddes. Åren 1997–1999 var skillnaden mellan grupperna 13 procent. Åren 2006–2008 hade skillnaden stigit till 16 procent. (Department of Health 2009, s. 71)

Det tredje delmålet att minska dödligheten bland utsatta grupper uppnåddes endast delvis. Åren 1995–1997 var skillnaden i dödsfall per år för män 142 och kvinnor 76 till "spjutspetskommunernas" nackdel. Åren 2006–

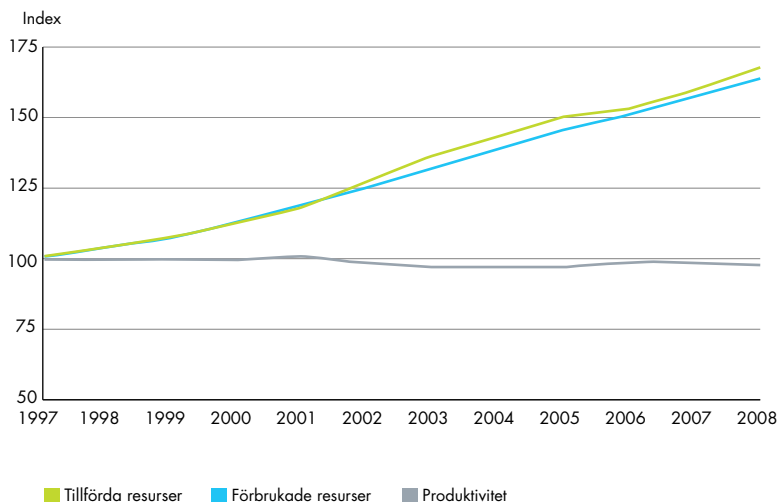
2008 hade männens siffra minskat till 126 dödsfall per år, medan kvinnornas hade ökat till 78. (Department of Health 2009, s. 14–15)

Det är oklart om kostnadseffektiviteten har ökat

Det är oklart om kostnadseffektiviteten i sjukvården har ökat som en följd av reformerna, eftersom det saknas måltvärderingar på området. En anledning till det, vilket utvärderingarna också säger, är att det är svårt att mäta sjukvårdens kostnadseffektivitet på nationell nivå. Det finns en oenighet kring exakt vad som ska mätas och det saknas dessutom data som möjliggör genomgripande utvärderingar (Vizard & Obolenskaya 2013, s. 58–61).

Ett sätt att ändå försöka studera kostnadseffektiviteten i ett hälso- och sjukvårdssystem är att mäta produktiviteten, det vill säga hur mycket sjukvård som produceras i förhållande till sjukvårdens kostnader. Figur 16 visar att produktiviteten i det engelska hälso- och sjukvårdssystemet har varit oförändrad sedan reformen år 1997. Orsaken är att utgifterna har ökat i samma utsträckning som anslagen. Det tyder på en oförändrad kostnadseffektivitet i systemet (Thorlby och Maybin 2010, s. 89).

Figur 16. Produktivitetsutvecklingen i det engelska hälso- och sjukvårdssystemet har varit oförändrad sedan reformerna 1997 och 2000.

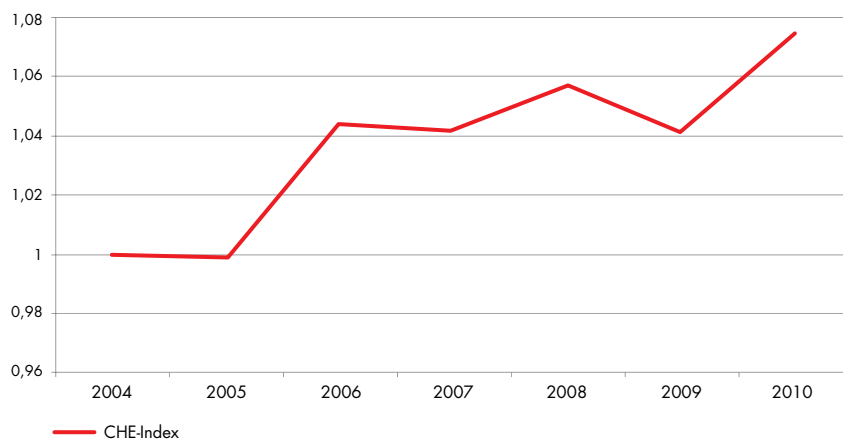


Källa: Thorlby och Maybin 2010, s. 91.



Resultaten ovan är dock omtvistade. I den allmänna opinionen har det hävdats att produktiviteten i NHS var negativ åren efter Labourreformerna. Samtidigt visare en senare studie av produktivitetens utvecklingen på en mer positiv tendens. Enligt figur 17 nedan ligger tillförda resurser (input) i nivå med graden produktion (output) mellan perioden 2003/4 och 2004/5. Men sedan 2004/5 fram till 2010/11 noteras en ökad produktivitet runt nivåer på 8 procent. De främsta orsakerna till den positiva utvecklingen är enligt studien en ökning i antalet behandlade patienter, förbättringar i medicinsk kvalitet, en uppbromsning i rekrytering av personal och minskad användning av inhyrd personal (Street 2013, Street och Ward 2009, s. 3).

Figur 17. Produktivitetens utvecklingen i det engelska hälso- och sjukvårdssystemet har varit oförändrad de första åren efter reformerna men sedan ökat.



Källa: Modifierad figur utifrån Street 2013.

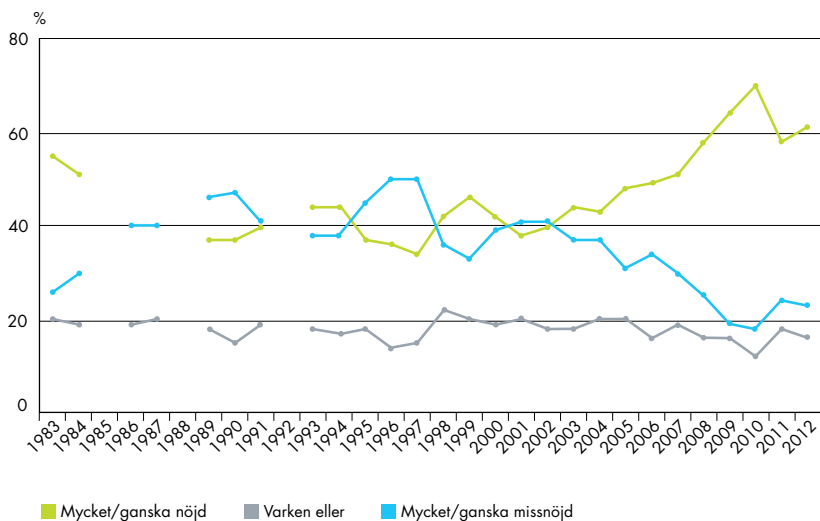
Sedan reformerna har allmänhetens förtroende för NHS ökat

Sedan 1997 har allmänhetens förtroende för hälso- och sjukvården ökat med undantag för en viss nedgång i början av 2000-talet och en kraftigare nedgång år 2011 (se figur 18). Patientnöjdheten har också legat på en hög och jämn nivå (se tabell 10). Det tyder på att målsättningen om att förbättra den patientupplevda vården är uppfylld, även om det inte går att klarlägga att det är en direkt effekt av reformerna.

År 1997 var allmänhetens förtroende för den engelska hälso- och sjukvården det lägsta sedan mätningarna påbörjades år 1983. Bara 35 procent

av allmänheten uppgav att den var nöjd eller mycket nöjd med NHS, medan 50 procent uppgav att den var mycket eller ganska missnöjd (The King's Fund 2012). År 1999 uppgav 46 procent att de var nöjda eller mycket nöjda, medan 33 procent uppgav att de var missnöjda – en snabb och tydlig förbättring.

Figur 18. Allmänhetens förtroende för hälso- och sjukvården har ökat med några undantag sedan 1997.



Källa: The King's Fund 2012.

Före 1997 fanns det inga nationella patientenkäter som undersökte patienternas upplevelser av hälso- och sjukvården i England (Thorlby och Maybin 2010, s. 66). Det gör det svårt att studera eventuella förändringar förknippade med reformerna. Patienternas omdömen har sedan 1997 varit i stort sett oförändrade under 2000-talet och legat runt 75 procent i nöjdhet (se tabell 10). NHS och den engelska kvalitetskommissionens bedömning är att 75 procent nöjda patienter är ett fullgott resultat som ger "grön" ranking i Performance Assessment Framework (Department of Health 2009, s. 20).



I England decentraliserades vissa ansvarsområden samtidigt som starkare nationell målstyrning infördes

Tabell 10. Efter reformerna har de engelska patienternas upplevelser av sjukvården varit positiva och legat på en jämn nivå.*

Undersökning	2002/3	2003/4	2004/5	2005/6	2006/7	2007/8	2008/9
Slutenvård	–	75,7	–	76,2	75,7	75,3	76,0
Akutvård	75,0	–	75,8	–	–	–	75,7
Primärvård	77,1	76,9	77,4	77,0	–	77,5	–
Psykatri	–	74,2	74,7	74,5	75,2	75,6	–
Specialiserad öppenvård	76,9	–	76,7	–	–	–	–

Källa: Thorlby och Maybin 2010, s. 67. *Andelen nöjda patienter i procent.

Vårdkvaliteten har förbättrats inom de områden där regeringen uttalade tydliga målnivåer år 2000

Hälso- och sjukvårdens kvalitet har förbättrats på de målområden som regeringen angav för reformen år 2000. Men liksom på tidigare områden är det svårt att urskilja om det beror på reformen eller andra omständigheter.

Målet om att förbättra vårdens kvalitet bröts ner i ett antal delmål. Dessa mål var att 1) fram till år 2010 minska dödligheten i cancer med 20 procent för personer under 75 år ålder, 2) minska skillnaderna mellan boende i "spjutspetskommunerna" och det engelska riksgenomsnittet vad gäller dödlighet i hjärtsjukdomar för personer under 75 år ålder med 40 procent och 3) minska antalet självmord med 20 procent (Department of Health 2004, s. 1). Uppföljningar av delmålen visar att de i princip är helt uppnådda.

Åren 1995 till 1997 avled 141,2 personer per 100 000 invånare under 75 års ålder av cancer. Åren 2006 till 2008 var siffran 114 personer per 100 000 invånare. Det är en minskning med cirka 19 procent. (The King's Fund 2010)

Åren 1995 till 1997 var skillnaderna i dödlighet i hjärtsjukdomar mellan boende i spjutspetsområdena och riksgenomsnittet 36,7 dödsfall per 100 000 invånare. Åren 2006 till 2008 var skillnaden 22,6 dödsfall, vilket är en minskning med cirka 38 procent. (The King's Fund 2010)

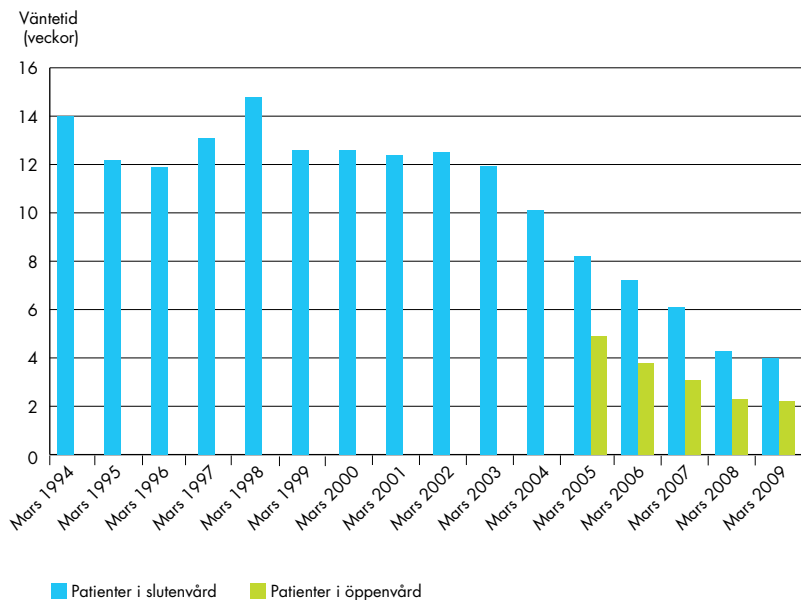
Likaså minskade antalet självmord med cirka 15 procent. År 1995 till 1997 förekom 9,2 självmord per 100 000 invånare. 2006–2008 förekom 7,8 självmord per 100 000 invånare. Men eftersom målet var att minska antalet självmord med 20 procent, uppfylldes det inte fullt ut. (The King's Fund 2010)

Väntetiderna i vården har reducerats dramatiskt

Väntetiderna för alla former av behandlingar har minskat avsevärt efter reformen år 2000. Medianväntetiden under 1990-talet var runt 12 veckor. Efter år 2002 till år 2009 hade väntetiderna minskat till 4 veckor (se figur

19). Målet var att 90 procent av patienterna år 2008 skulle behandlas inom 18 veckor efter remittering. År 2009 var 93 procent av patienterna behandlade inom den tidsgränsen. (The King's Fund 2010)

Figur 19. Väntetiderna till behandling har minskat avsevärt sedan reformen 2000.



Källa: Thorlby och Maybin 2010, s.15.

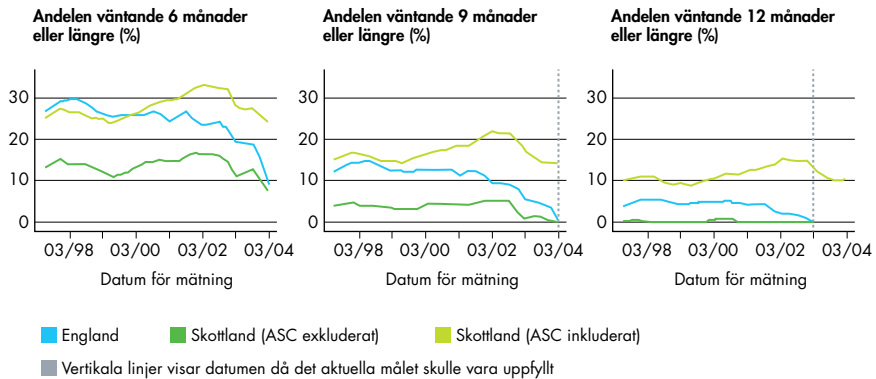
En viktig orsak till de kortare vårdköerna var de höjda budgetanslagen som följde med reformen från år 2000 och som gjorde det möjligt att producera mer sjukvård. På tio år, mellan åren 1998–1999 och 2008–2009, ökade antalet planerade behandlingar på engelska sjukhus från 5,4 miljoner till 7 miljoner. Antalet gråstarrsoperationer ökade med 73 procent, höftledsoperationer med 47 procent och magnetröntgenundersökningar med 400 procent. (Thorlby och Maybin 2010, s. 16)

En annan orsak till de kortare väntetiderna var den starka målstyrningen av vården som också infördes i samband med reformen år 2000. Sjukvårdsledningarna riskerade att bli avskedade om de inte reducerade väntetiderna. (Ham 2014, s. 10)

En jämförelse mellan England och Skottland, som hade ett likartat sjukvårdssystem och finansiering men ingen målstyrning, visar att vårdköerna föll mycket snabbare i England efter reformen år 2000 än i Skottland (se figur 20) (Propper m.fl. 2007, s. 14–15). Det tyder på att målstyrningen hade önskad effekt.



Figur 20. Sedan reformen år 2000 har andelen patienter som väntat 6, 9 eller 12 månader på behandling minskat avsevärt i England medan de skottiska väntetiderna (med eller utan ASC-patienter*) inte genomgått samma förändring.



Källa: Propper m.fl. 2007, s. 12, 32.* I Skottland kunde man, till skillnad från i England, exkludera patienter från vårdgarantins tidsgränser genom att registrera dem under ASC. ASC (Availability status code) innebär att patienten inte omfattas av vårdgarantin på grund av låg prioritering, att vården är högspecialiserad eller att sjukvården är exceptionellt ansträngd.

En ytterligare jämförelse mellan England, Wales och Nordirland visar att England under perioden 1999 till 2005 hade minskat sina väntetider flera år före och i snabbare takt än Wales och Nordirland. Liksom när det gällde Skottland har inte Wales och Nordirland tillämpat den målstyrning som har använts i England (se tabell 11). (Bevan och Hood 2006)

Tabell 11. I England har andelen patienter på sjukhusens väntelistor som har väntat längre än 6 eller 12 månader minskat flera år före och i snabbare takt än i Wales och Nordirland.

	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
% väntande > 12 månader							
England	4,4	4,7	4,2	2,1	0	0	0
Wales	11,2	14,2	13,8	14,3	15,9	11,3	1,3
Nordirland	17,9	20,0	21,8	24,9	22,0	14,7	8,5
% väntande > 6 månader							
England	26,1	25,8	24,4	23,3	19,4	8,9	5,0
Wales	NA	NA	34,0	37,0	37,0	35,2	24,9
Nordirland	36,7	39,1	41,4	44,1	40,0	34,1	28,1

Källa: Bevan och Hood 2006.

Men samtidigt som målstyrningen hade en positiv inverkan på väntetiderna bidrog den också till en del negativa följder. Det rörde sig bland annat om manipulering och i vissa fall felrapportering av till exempel väntetidsdata. Felrapporteringen syftade till att undvika straff och sanktioner som en eventuell följd av den hårda målstyrningen. Det fanns också oroande tendenser kring att områden som inte täcktes av målstyrningen blev nedprioriterade och att målstyrningen i sig bidrog till att skapa en kultur av följsamhet och riskminimering. Den negativa riskkulturen ansågs i sin tur vara ett hinder för innovation och nytänkande inom NHS som organisation. (Ham 2014, s. 10)

6.5 EN NY REFORM FÖRÄNDRAR DEN TIDIGARE ORGANISATIONEN

2010 förlorade Labour valet, och en koalitionsregering bestående av Tories och Liberaldemokrater tillträdde. Den nya regeringen initierade år 2012 en större sjukvårdsreform kallad The Health and Social Care Act 2012. Den innebar bland annat att GP:s gavs rätten att beställa sjukvård, att Health Authorities avskaffades och att PCT:s ersattes med Clinical Commissioning Groups (CCG). De nya CCG:s är till skillnad från PCT:s vilka bestod av administrativ personal från NHS, sammanslutningar av läkare. Syftet var att använda NHS medel mer effektivt och att ge GP:s större möjligheter att påverka vilken vård patienterna får (Department of Health 2012a).



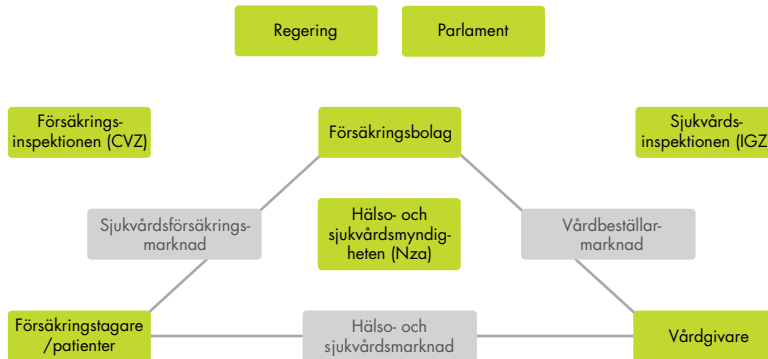


I Nederländerna förändrades försäkringssystemet och prisregleringen

I Nederländerna är hälso- och sjukvårdssystemet organiserat genom en försäkringsbaserad modell där olika försäkringsbolag tillhandahåller vård till invånarna. År 2006 genomfördes en omfattande reform av det Nederländska systemet som innebar att en gemensam obligatorisk hälso- och sjukvårdsförsäkring infördes för i stort sett alla invånare. Två parallella försäkringssystem slogs ihop till en sammanhållen försäkring och ett mindre antal konkurrerande försäkringsbolag tog över ansvaret för att beställa och finansiera hälso- och sjukvård. Reformen var också början på en successiv prisavreglering i den specialiserade sjukhusvården med målet att stimulera nya vårdkoncept. I de följande avsnitten beskrivs motiven till reformen, hur den utformats och genomförts, samt vilka effekter den har lett till. (För en allmän beskrivning av det nederländska hälso- och sjukvårdssystemet se figur 21.)



Figur 21. Det nederländska hälso- och sjukvårdssystemet består av tre försäkringssystem som finansieras av inkomstavgifter och försäkringspremier.



- Hälso- och sjukvårdssystemet baseras på en obligatorisk försäkring som sedan år 2006 omfattar i princip alla invånare. Försäkringen finansieras av inkomstrelaterade avgifter och försäkringspremier.
- Parlamentet stiftar lagar som reglerar sjukvårdsförsäkringsmarknaden. Regeringen arbetar bland annat fram policyförslag för hälso- och sjukvården och ska säkerställa tillgång till en adekvat sjukvård för befolkningen.
- Konkurrerande försäkringsbolag ansvarar för att tillhandahålla vård till sina kunder. Produktionen av vård utförs i princip enbart av privata vårdgivare.
- Tandvård är gratis upp till 18 år. Därefter finansierar patienterna tandvården direkt via egenavgifter eller via en tilläggsförsäkring.
- Tillsynen av sjukvården bedrivs av den nederländska Hälsa- och sjukvårdsmyndigheten (Nza), Sjukvårdsinspektionen (IGZ) och Försäkringsinspektionen (CVZ). Vissa tillsynsuppgifter åligger lokala myndigheter.
- De nederländska kommunerna ansvarar för assistansersättning och hemtjänst. I övrigt finansieras vård som inte omfattas av sjukvårdsförsäkringen via den kompletterande långtidsvårdsförsäkringen (AWBZ).

Källor: Schäfer m.fl. 2010, s.24, Daley och Gubb 2013, OECD 2014.

7.1 PATIENTFOKUS OCH UTRYMMET FÖR INNOVATION BEHÖVDE FÖRBÄTTRAS

Det fanns flera målsättningar med och motiv bakom Nederländernas reform av sjukvårdsförsäkringssystemet år 2006. Några av de viktigaste sammanfattas i regeringens vitbok, "Vraag aan bood" ("En fråga om efterfrågan"), som var starten på reformprocessen år 2001 (Tweed Kamer der Staten-Generaal 2001, s. 5–6, s. 13):

- *Införandet av en enhetlig försäkring* – regeringen ville införa ett enhetligt försäkringssystem. Före reformen omfattades befolkningen i Nederländerna av olika försäkringssystem beroende på deras inkomst.

Regeringen uppfattade att det delade vårdutbudet var både krångligt och orättvist (Tweed Kamer der Staten-Generaal 2001, s. 35).

- *Ökat patientfokus* – regeringen ville uppnå en hälso- och sjukvård som var mer anpassad efter patienternas behov. Det fanns en efterfrågan på en mer patientanpassad vård men hinder såsom olika parallella kontroll- och prissättningssystem gjorde det svårt för patienterna att påverka vårdutbudet. Otydligheter i ansvarsfördelningen mellan olika försäkringsgivare och försäkringssystem innebar också att det blev oklart för patienten vem som bar ansvaret för hälso- och sjukvårdsinsatserna.
- *Ökad transparens och förutsättningar för kvalitetskonkurrens* – regeringen ville skapa en bättre insyn när det gällde hälso- och sjukvårdssystemets kvalitet och kostnad. Den ansåg att transparensen och insynen i hälso- och sjukvårdssystemets var otillräcklig liksom informationen till patienterna om vårdens kvalitet och valmöjligheter.
- *Ökat utrymme för flexibilitet och innovation* – regeringen ville stimulera till ökad flexibilitet och innovation. Man ansåg att olika statliga prisregleringar i vården begränsade manöverutrymmet för försäkringsgivare och vårdgivare, vilket ledde till svaga incitament för kund Anpassning, kvalitet och effektivitet.
- *Ökad effektivitet* – regeringen ville öka effektiviteten i hälso- och sjukvårdssystemet. Den ansåg att fördelningen av resurser utifrån vårdnivå var ineffektiv. Prisregleringar av vårdinsatser som var avsedda för att främja effektiviteten var inte koordinerade och gjorde det olönsamt att höja kapaciteten genom nyinvesteringar.
- *Minskade inlåsnings effekter* – regeringen ville öka patienternas incitament att byta försäkringskassa. Patienter som redan hade en privat försäkring, men också exempelvis en kronisk sjukdom, accepterades inte av andra bolag om de ville byta försäkringsgivare. Försäkringskassorna som administrerade den offentliga försäkringen hade begränsat utrymme att differentiera sitt utbud, vilket innebar svaga incitament för patienter att byta försäkringskassa.

7.2 ENHETLIG SJUKVÅRDSFÖRSÄKRING OCH SUCCESSIV PRISAVREGLERING INFÖRDES

I och med reformen 2006 infördes en enhetlig försäkringsmodell för hälso- och sjukvården som omfattade i stort sett samtliga medborgare. Samtidigt påbörjades en process som syftade till att ge försäkringsbolagen större frihet att organisera vården. (Utvecklingen av hälso- och sjukvårdsförsäkringssystemet över tid visas i tabell 12 och figur 22.)



”År 2006 var ett viktigt år för det holländska sjukvårdssystemet. Det året började två nya lagar att gälla – hälsoförsäkringslagen (Zvw) och lagen om reglering av hälsoförsäkringsmarknaden (Wmg). Hälsoförsäkringslagen innebär att alla holländska medborgare omfattas av en obligatorisk sjukförsäkring. Innan dess hade vi ett tudelat system.”

Mathjis Romme, rådgivare vid Royal Dutch Medical Association

Det nederländska försäkringssystemet består i dag av tre huvudsakliga delar

Försäkringssystemet i Nederländerna har förändrats och byggts på i olika omgångar (se figur 22 för en kortfattad beskrivning av hälso- och sjukvårdssystemet i sin helhet). I grunden ligger ett tredelat system med försäkringar. Den första delen består av den obligatoriska långtidsvårdsförsäkringen (Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten, AWBZ). Den omfattar delar av socialtjänsten såsom omsorg om personer med psykisk ohälsa och boende på sjukhem (Schäfer m.fl. 2010, s. 177).

Den andra delen består av försäkringen för övriga vårdkostnader Zorgverzekeringwet (Zvw), tidigare kallad Ziekensfondwet (ZFW). Försäkringen omfattar primärvård och specialistvård, inklusive sjukhusvård.

Den tredje delen består av frivilliga privata kompletterande försäkringar och kan exempelvis omfatta tandvård och plastikkirurgi (Daley och Gubb 2013, s. 4).

Den andra delen av försäkringen, som är föremålet för reformen 2006, bestod tidigare av två delar. Dels bestod den av en obligatorisk försäkring för dem som tjänade mindre än 32 600 euro om året (år 2004) (ZFW), dels frivilliga försäkringar som vände sig till personer som tjänade över beloppsgränsen. Dessa personer omfattades inte av den obligatoriska försäkringen och fick själva välja om de ville teckna privata försäkringar eller inte. De hade också möjlighet att teckna en privat försäkring (WTZ) till premienivåer fastställda av staten och med samma innehåll som ZFW (Colombo och Tapay 2004).

Sedan lång tid tillbaka hade det funnits en politisk samsyn om att ett tudelat försäkringssystem inte var ändamålsenligt och att det borde förändras. Flera försök gjordes för att slå samman de parallella försäkringssystemen, men det var först år 2006 som reforminitiativet fullföljdes. Orsaken till att reformen inte genomfördes fullt ut förrän år 2006 var att flera intressenter hade motsatt sig en reform. Arbetsgivarna oroade sig för ökade kostnader och arbetstagnarna

för vilka effekter det skulle få på deras inkomster. Försäkringsbolagen hade invändningar mot att staten nu skulle lägga sig i och reglera de privata försäkringar som tidigare varit frivilliga (LIF 2008, s. 12).

”Tidigare [under 1990-talet] hade vi försäkringskassor och kassorna var tveksamma inför reformen. Men kassorna försvann och gick ihop med de privata försäkringsbolagen och deras intresseorganisationer slogs samman. De medicinska specialisterna var mer eller mindre positiva till reformen. Läkarna i primärvården var däremot tveksamma, men de fick sedermera en intäktsökning på 24 procent i samband med reformen. Och det var förstås rejält med pengar.”

Patrick Jeurissen, fil.dr och koordinator vid Departementet för hälsa, välfärd och idrott

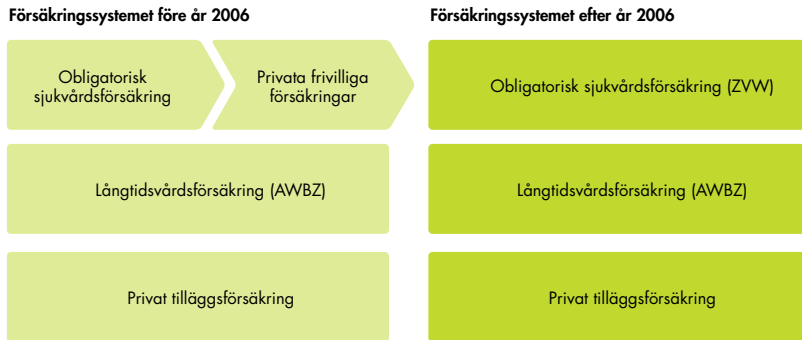
Men även om införandet av en enhetlig försäkring skulle dröja genomfördes en rad andra förändringar under perioden fram till 2006. Från perioden 1991 och framåt avskaffades sjukkassornas geografiska monopol genom att de tilläts verka på nationell nivå. De behövde heller inte längre ingå kontrakt med alla vårdgivare. Efter 1996 fick försäkringstagarna möjlighet att välja fritt mellan olika sjukkassor och ett riskutjämningsystem infördes för att förhindra kassorna från att inrikta sig på kunder med förväntat låga kostnader (Schäfer m.fl. 2010, s. 170). Genom sammanslagningar och samarbete utvecklades sjukkassorna så småningom till större enheter – försäkringsbolag – som ägnar sig åt aktiv marknadsföring. Det finns både vinstdrivande och icke-vinstdrivande försäkringsbolag.

Tabell 12. Sedan år 1991 och framåt har flera större förändringar av det nederländska sjukvårdsförsäkringssystemet genomförts.

Före 1991	1991–2005	2006–
Ingen valfrihet mellan sjukkassor. Tudelad sjukvårdsförsäkring. Medborgarna tillhör en sjukkassa beroende på bostadsort eller yrke.	Det geografiska monopolet avskaffas och försäkringskassorna tilläts verka på nationell nivå. Medborgarna ges successivt möjlighet att välja mellan sjukkassor. Ett utjämningsystem införs för att kompensera för sjukkassornas varierande sammansättning av försäkringstagare. Den tudelade sjukvårdsförsäkringen består.	Sjukvårdsförsäkringen blir enhetlig och obligatorisk för alla. Medborgarna har möjlighet att välja mellan försäkringsbolag. Utjämningsystemet förfinas och försäkringsbolagen ges större frihet att utforma sitt utbud. En successiv prisavreglering i värden.



Figur 22. Reformen från år 2006 innebar att den tidigare tudelade sjukvårdsförsäringen sammanfördes till en gemensam och obligatorisk försäkring för alla.



I det nya försäkringssystemet tecknar patienterna en obligatorisk försäkring och kan välja både försäkringsbolag och vårdgivare

Den nya obligatoriska sjukvårdsförsäringen från 2006 innehåller ett baspaket som omfattar primärvård, öppen specialistvård, sjukhusvård, tandvård för personer under 18 år, ambulanstransporter, BB-tjänster, vissa mediciner och rehabilitering (Daley och Gubb 2013).

Försäkringarna tecknas hos privata, konkurrerande, försäkringsbolag. Försäkringsbolagen måste acceptera alla kunder, oavsett ålder, kön, hälsotillstånd. Skatterabatter gör det möjligt även för personer med låg inkomst att köpa försäkring (Schut och van de Ven 2011a, s. 3).

Ungefär en procent av befolkningen är i dag oförsäkrad på grund av obetalda försäkringspremier. De som inte uppfyller kravet på att teckna försäkring får betala böter motsvarande 130 procent av premien.

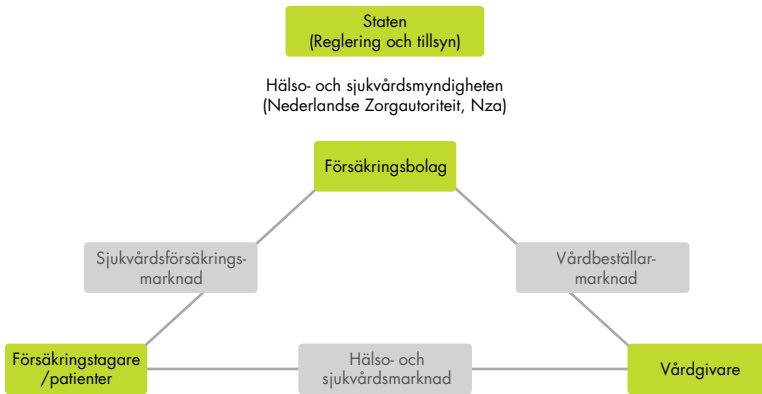
Finansieringen av försäkringen sker genom att anställda betalar 6,5 procent av sin lön upp till ett inkomsttak på 30 000 euro per år. Egenanställda, pensionärer och några andra grupper betalar 4,4 procent. Detta täcker cirka hälften av de totala sjukvårdskostnaderna. Den andra hälften täcks av en icke inkomstrelaterad premie som sätts av försäkringsbolagen i konkurrens. År 2006 var premien i genomsnitt 1 050 euro (LIF 2008, s. 16).

Försäkringssystemet är organiserat i ett marknadsliknande system som beskrivs i figur 23 nedan. Staten reglerar systemet genom att sätta upp villkor för försäkringsbolagen via myndigheten NZa (den nederländska sjukvårdsmyndigheten) och försäkringsmyndigheten (CVZ) (Schäfer m.fl. 2010, s. 100). Staten styr också över vilka krav som ska ställas på vårdgivarnas kvalitet och följer upp överträdelser via Sjukvårdsinspektionen (IGZ). Därutöver

bestämmer staten med stöd av försäkringsmyndigheten fortfarande i stor utsträckning över vilka ersättningar som ska utgå till vårdgivarna och för vad.

I praktiken agerar konsumenterna på två marknader; dels väljer de försäkringsbolag, dels väljer de vårdgivare. Det finns i dag åtta stycken konkurrerande försäkringsbolag att välja mellan. Försäkringsbolagen köper vård för konsumenternas räkning av fritt konkurrerande primärvårdsaktörer, specialister och sjukhus. Patienten har full frihet att välja såväl sjukhus som primärvårdsläkare.

Figur 23. Sjukvårdsförsäkringen är organiserad i en marknadliknande struktur där patienten kan välja både försäkringsbolag och vårdgivare.



Källa: Anpassad figur utifrån Schäfer m.fl. 2010.

Till skillnad från tidigare behöver inte försäkringsbolagen ingå kontrakt med alla vårdgivare. Den bakomliggande tanken är att bolagen ska kunna jämföra och välja utförare utifrån resultat, vilket i sin tur förväntas medföra ökad konkurrens på vårdmarknaden (LIF 2008, s. 17). Men eftersom det är ovanligt att försäkringsbolagen försöker hindra kunderna från att välja specifika vårdgivare är det ännu inte så betydelsefullt att välja rätt försäkringsbolag. Konsumenterna har, oavsett vilket bolag de valt, tillgång till en majoritet av vårdgivarna (Westert m.fl. 2009, s. 841).

Läkarna i primärvården är egna företagare och de flesta arbetar tillsammans med kollegor. Sjukhusen är nästan uteslutande icke-vinstdrivande, även om möjligheten för sjukhus att dela ut vinst under vissa förutsättningar nyligen har införts (Van de Ven och Schut 2008).

För att stimulera till välinformerade val och öka transparensen i

systemet har den holländska regeringen etablerat en webbsida (www.zorginstituutnederland.nl) där konsumenterna kan jämföra olika försäkringsbolag avseende pris, service, brukarnöjdhet och möjlighet till extra försäkringar. Där kan de även jämföra olika sjukhus med avseende på olika kvalitetsindikatorer som har tagits fram av hälso- och sjukvårdsinspektionen (IGZ). På så sätt förväntas både försäkringsbolagens och konsumenternas val av vårdgivare bidra till ökad kvalitetskonkurrens.

Systemet för riskutjämning har utvecklats och förfinats

I försäkringsbaserade system finns det en risk att försäkringsbolagen väljer bort patienter med svåra sjukdomar. I det nederländska systemet motverkas den risken med flera olika metoder. En metod är att försäkringsbolagen inte får variera premiernas storlek utifrån ålder, kön eller andra riskbedömningar utan måste godkänna alla ansökningar (LIF 2008, s. 16). En annan metod är användningen av ett riskutjämningsystem som kompenserar försäkringsbolagen, vars medlemmar har ett större vårdbehov än andra.

Riskutjämningsystemet finansieras genom en statlig fond. Ungefär hälften av fonden finansieras av försäkringsbolagens intäkter, det vill säga försäkringspremierna. Den andra hälften finansieras av en inkomstbaserad premie som går direkt till utjämningsfonden.

Redan före reformen 2006 fanns det ett riskutjämningsystem som i huvudsak byggde på att försäkringskassorna kompenserades för skillnader i medlemmarnas ålder och kön. Den nya modellen, som är mer förfinad, inkluderar flera variabler bland annat medicinförbrukning och registrerade diagnoser.

Riskutjämningsystemet har inte bara skapat incitament för att ta emot patienter med många kroniska sjukdomar. Det har också gett försäkringsbolagen incitament att vidta förebyggande åtgärder. Försäkringsbolagen vill å ena sidan ha den högre ersättningen ifrån utjämningsystemet och å andra sidan hålla nere kostnaderna när de väl har ansvaret för patienterna.

Reformen innebar också en successiv prisavreglering i vården med målet att uppnå ökad flexibilitet och innovation

Målsättningen med reformen 2006 var, vid sidan av att förena två olika försäkringssystem, att successivt avveckla statens reglering av prissättningen i den specialiserade vården. Den bakomliggande tanken med avregleringen var att skapa utrymme för nya lösningar och vårdkoncept.

Sedan år 2005 ersätts sjukhusen enligt en prestationsmodell som liknar det system med diagnosrelaterade grupper (DRG) som vi har i Sverige. Tidigare ersattes sjukhusen för de tjänster som utförts, inklusive en fast summa per vårddygn (Schäfer m.fl. 2010, s. 86). DRG-systemet är ett system för att dela in patienter i likartade grupper och används bland annat som ett debiteringsunderlag för utförd vård. I Nederländerna kallas systemet för Diagnosbaserade behandlingskombinationer (DBC). Den stora skillnaden jämfört med DRG är att det finns betydligt fler kombinationer och att patienter kan ha flera kombinationer samtidigt. År 2005 fanns det 30 000 olika DBC, vilket är ungefär 60 gånger så många som i DRG-systemet (Schäfer m.fl. 2010).

DBC-kategorierna är uppdelade i förhandlingsbara och icke-förhandlingsbara kombinationer. Tanken är att successivt öka antalet DBC där försäkringsbolagen, utan involvering från staten, kan komma överens med sjukhusen om priset. De kategorier som i första hand har avreglerats är enklare och mindre kostsamma åtgärder. För övriga DBC sätter staten ett generellt och icke förhandlingsbart maxpris. (Schäfer m.fl. 2010, s. 89)

År 2007 inleddes också ett projekt för att minska antalet DBC från 30 000 till ungefär 3 000. Minskningen av DBC ska i kombination med ett ökat förhandlingsutrymme kring priserna ge vårdgivarna större flexibilitet att utforma vården. Färre regleringar av priser och strukturer i systemet förväntas möjliggöra en utveckling av nya vårdkoncept och därigenom en mer patientfokuserad vård. Försäkringsbolagen kan exempelvis välja att organisera vården i sammanhållna vårdkedjor och erbjuda mer av förebyggande vård om de tror att det kan leda till lägre vårdbehov i framtiden. På detta sätt kan försäkringsbolagen bättre tillgodogöra sig effekten av förebyggande insatser, oavsett var i vårdkedjan dessa vidtas (Intervju Jeurissen 2014).

Prisavregleringen i sjukhusvården har inte skett i samma utsträckning i primärvården. Men den nederländska regeringen har tagit initiativ till ett antal försök med integrerade vårdprogram som indirekt berör även primärvårdens ersättningssystem och utformning. Tanken med vårdprogrammen är att stimulera sammanhållna vårdkedjor för patienter med kroniska sjukdomar, såsom patienter med diabetes. I dessa program får vårdgivarna i stället för ersättning enligt DBC en totalsumma som förväntas täcka alla vårdkostnader för den enskilda patienten.

Primärvården har även som en följd av reformen rört sig från fastpriserättning till större andel rörlig ersättning. Före 2006 ersattes större delen av primärvården med fast ersättning. Efter 2006 är ersättningen en blandning av 30 procent rörlig ersättning och resten fast ersättning per patient (Schäfer m.fl. 2010, s. 95). Det nya ersättningssystemet kan ses som ett



mellanting mellan den fasta ersättningen i den offentliga delen och den helt rörliga ersättningen som tidigare tillämpades i den privata delen (Schäfer m.fl. 2010, s. 92–93). Syftet med det nya ersättningssystemet var att stimulera en ökad produktion i primärvården (Schäfer m.fl. 2010, s. 174).

7.3 TIDIGARE POLITISKA NEDERLAG VAR EN DRIVKRAFT BAKOM REFORMEN

En nyckeltidpunkt som öppnade upp för reformen av sjukvårdsförsäkringssystemet i Nederländerna år 2006 var den dåvarande koalitionsregeringens (Kristdemokrater (CDA), konservativa (VVD) och List Pim Fortuyn) upplösning år 2002. Regeringen dessförinnan hade redan öppnat upp för införandet av en enhetlig sjukvårdsförsäkring, men reformförberedelserna avstannade i samband med att den tvingades avgå vintern 2001. Redan ett år senare, när koalitionsregeringen upphörde, kunde en ny regering med Kristdemokraterna, de konservativa och Liberaldemokraterna (D66) tillträda med en reformagenda tydligt inriktad på att föra samman de separata försäkringssystemen. En stark drivkraft i reformprocessen var att genomföra den reform som tidigare regeringar inte hade lyckats med.

Hälso- och sjukvårdsministern spelade en central roll för genomförandet

I den nya regeringen blev den tidigare finansministern Hans Hoogervorst från det konservativa partiet VVD i stället sjukvårdsminister. I sin nya roll lyckades han övertyga parlamentet om att en sjukvårdsreform skulle kunna göra systemet mer ekonomiskt hållbart. Under denna period hade Nederländerna dessutom drabbats av it-kraschen 2002, något som påverkade statens finanser och gav ett behov av åtstramningar.

Hoogervorsts argumentation stod i kontrast till den tidigare regeringens inriktning för hälso- och sjukvården. Mathijs Romme, hälsoekonom och policyrådgivare på KNMG (Royal Dutch Medical Association), beskriver att den tidigare hälso- och sjukvårdsministern, Jan Bomhoff, med bakgrund i partiet List Pim Fortuyn, såg sjukvårdsutgifter som en investering. Ökade resurser till hälso- och sjukvården skulle ge avkastning i form av ökad hälsa och därför mer än väl motsvara kostnaderna (Intervju Romme 2014).

Bomhoffs synsätt gjorde det onödigt att reglera och ransonera vården. I stället inriktades regeringens reformer mot att avhjälpa de dåvarande problemen med brister i vårdens tillgänglighet. Med hjälp av ett antal avregleringar och en

liberaliserad prissättning försökte regeringen stimulera vårdgivarna till att öka sina vårdolymer och därmed korta väntetiderna till behandling.

“Det var under it-boomen. Det var svårt att acceptera väntetider när allt gick så bra för Holland.”

Mathjis Romme, rådgivare vid Royal Dutch Medical Association

När Hoogervorst väl tillträdde som ny hälso- och sjukvårdsminister efter Bomhoff blev han en nyckelfigur för genomförandet av förslaget om en ny enhetlig sjukvårdsförsäkring. Hoogervorsts argumentation om ökad kostnadskontroll anses ha varit en avgörande faktor som gjorde att samtliga partier slutligen ställde sig bakom förslaget (Okma 2009, s. 13). Som tidigare finansminister hade han också den auktoritet som gjorde det möjligt att övertyga regeringskollegorna. Ytterligare en nyckelfigur var Geert-Jan Hamilton, som togs in utifrån för att förhandla fram lagförslaget. Syftet var att utmana den traditionella förvaltningens idéer kring hälso- och sjukvårdspolicy. Hamilton var jurist och tidigare ordförande för en europeisk förening som organiserade icke vinstdrivande försäkringsbolag. Hamilton och Hoogervorst utgjorde därför tillsammans ett starkt politiskt team som var avgörande för reformens genomförande.

Argumentet att reformen behövde genomföras för att begränsa kostnadsutvecklingen förekom däremot främst i regeringsförklaringen från 2003. Patrick Jeurissen, koordinator vid det nederländska Departementet för hälsa, välfärd och idrott, menar att besparingar knappast var det egentliga motivet bakom reformen, utan att andra motiv var viktigare såsom problem med ineffektivitet och bristande patientfokusering. Om kostnadsbesparingar var ett motiv, tillägger han, var detta i så fall ett stort misslyckande eftersom utgifterna i stället steg kraftigt under de kommande åren. En hypotes är därför att behovet av kostnadskontroll användes som ett symboliskt argument för att driva reformen framåt (Intervju Jeurissen 2014).

Drivkraften var en stark politisk vilja att genomföra reformen

Patrick Jeurissen beskriver att en stark drivkraft i reformprocessen var att många sedan länge hade velat införa en enhetlig försäkring utan att lyckas.



”Om du som politiker kunde få igenom en lag i parlamentet med en ny sjukvårdsreform så skulle du hamna i historieböckerna. Så regeringen gjorde stora ansträngningar för att få med alla på vagnen i processen. Regeringen och alla andra insåg att det här var något som måste göras. Man kan säga att de politiska partierna konkurrerade om att få genomföra den historiska sjukvårdsreformen.”

Patrick Jeurissen, fil.dr och koordinator vid Departementet för hälsa, välfärd och idrott

Ända sedan 1974 hade det funnits en politisk samsyn om att det holländska sjukvårdsförsäkringssystemet borde utvecklas till en enhetlig modell. De politiska partierna hade i och för sig delvis olika inriktningar – Labour betonade till exempel social rättvisa och vikten av att alla medborgare omfattades av samma system, medan de konservativa lade större vikt vid valfrihet och möjlighet att påverka vårdutbudet. Men i grunden var partierna överens om att en enhetlig försäkring skulle införas.

Att tidigare regeringar ändå inte tog steget mot en sammanslagning av försäkringssystemen förrän år 2006 berodde bland annat på motstånd från starka särintressen. Den holländska samhällsdebatten och politiken har sedan decennier tillbaka präglats av en så kallad neokorporativistisk tradition och konsensuskultur. Det innebär att staten tillsammans med nyckelaktörer i olika frågor ges utrymme att forma de politiska besluten. I det här fallet hade både arbetsgivare, försäkringsbolag och försäkringstagare i det frivilliga försäkringssystemet, samt läkarprofessionen motsatt sig en reform utifrån olika ståndpunkter (Okma 2009, s. 6–7, 11). Arbetsgivarna var oroliga för att reformen skulle öka skattebelastningen och försäkringsbolagen var oroliga för att kostnaderna skulle öka i omfattning (LIF 2008).

Ytterligare en anledning till att reformen inte fullbordats var att behovet av en förändring av sjukvårdssystemet inte uppfattades som akut. De demografiska utmaningarna och som en följd ekonomiska svårigheter blev till exempel påtagliga först längre fram i tiden. Därutöver var reformen komplex att genomföra i den meningen att det rent tekniskt visade sig vara svårt att sammanföra två olika försäkringssystem (LIF 2008, s. 23). Beslutsfattarna hade också svårt att hitta en bra lösning för att integrera den nederländska jämlikhetstanken med ett system som i huvudsak byggde på marknadsmekanismer (LIF 2008, s. 21).

När den nya regeringen tillträdde år 2003 fanns det en fast beslutsamhet

om att övervinna hindren som tidigare stått i vägen för reformen. Hälso- och sjukvårdsministrarnas argumentation kring att reformen var nödvändig av ekonomiska skäl ledde till en politisk samstämmighet om att processen behövde skyndas på.

Regeringen lyckades också utforma reformförslaget så att alla intressenter fick något i utbyte. Professionen slog vakt om sin rätt att erbjuda generösa hälso- och sjukvårdsinsatser och av hög kvalitet. Deras behov tillgodosågs bland annat genom en förändring av ersättningssystemet i primärvården, vilket medförde att vårdgivarna i ökad utsträckning fick betalt efter prestation. Försäkringsbolagen såg en möjlighet att utöka sin marknad med den tidigare obligatoriska delen av försäkringen. Dessutom skulle prisavregleringen ge dem möjlighet att mer fritt kunna förhandla om villkoren för ersättningen till vårdgivarna.

Patienter med höga inkomster som kunde välja den privata delen av sjukvårdsförsäkringen ville slå vakt om det generösa vårdutbudet, vilket de uppfattade att den privata delen erbjöd. Deras krav tillgodosågs genom att försäkringsbolagen fick en friare roll. Samtidigt fanns det ett intresse av att bevaka låginkomsttagarnas intressen. Sammanslagningen av försäkringssystemen innebar en höjning av den icke inkomstrelaterade försäkringspremien. Regeringen föreslog därför införandet av en inkomstprövad skatterabatt i syfte att kompensera låginkomsttagarna för höjningen (Intervju Romme 2014).

När regeringen hade samlat intressenterna gick processen snabbt

Nederländerna har en tradition av en omfattande förankring av politiska förslag, vilket innebär en långsam reformprocess (LIF 2008). Patrick Jeurissen menar att det pågick ständiga förhandlingar mellan de olika partierna i regeringen.

"Det fanns en övergripande bild om vart vi var på väg, men detaljerna i planen förändrades löpande."

Patrick Jeurissen, fil.dr och koordinator vid Departementet för hälsa, välfärd och idrott

När regeringen och intressenterna väl hade nått en samsyn kring reformens innehåll gick reformprocessen relativt snabbt. Enligt Romme var tidplanen helt enkelt att genomföra reformen så snabbt som möjligt.



”Det fanns ingen egentlig tidplan. Det var så fort som möjligt. Det var den tid inom vilken reformen kunde nås.”

Mathjis Romme, rådgivare vid Royal Dutch Medical Association

Det centrala verktyget för att genomföra reformen var lagstiftning.

”Jag tror att 90 procent av reformen handlade om lagstiftning. Det var en lag som gjorde sjukvårdsförsäkringen obligatorisk för alla grupper – inte enbart för låginkomsttagarna.”

Mathjis Romme, rådgivare vid Royal Dutch Medical Association

Patrick Jeurissen pekar också ut lagstiftningen som den avgörande faktorn:

”Jag tror att lagstiftningen var det mest effektiva instrumentet. Du kan inte gå tillbaka när lagstiftningen väl är införd.”

Patrick Jeurissen, fil.dr och koordinator vid Departementet för hälsa, välfärd och idrott

När de nya lagarna hade antagits, sjukvårdsförsäkringslagen (Zvw) och sjukvårdsförsäkringsmarknadslagen (Wmg), följde ett arbete för att genomföra reformen. Bland annat påbörjades den successiva prisavregleringen i sjukhusvården och en överflyttning av vissa ansvarsområden mellan de olika försäkringssystemen. Den öppna psykiatriska vården flyttades till exempel över från långtidsvårdsförsäkringen (AWBZ) till sjukvårdsförsäkringen (Zvw), medan andra delar flyttades till kommunernas ansvarsområden (Okma 2009, s. 12). Justeringarna av reformen pågår fortfarande.

Någon systematisk uppföljning av reformen genomfördes aldrig

Alla nya lagar ska följas upp i Nederländerna. Det gäller även lagarna som var en del av reformen 2006.

”Det har genomförts formella utvärderingar av reformen. Det är nödvändigt att göra det vart tredje eller sjätte år enligt holländsk lag. Men utvärderingarna är för det mesta väldigt politiserade.”

Patrick Jeurissen, fil.dr och koordinator vid Departementet för hälsa, välfärd och idrott

Patrick Jeurissen menar att reformens effekter framför allt har blivit föremål för en vetenskaplig diskussion, men att den diskussionen inte har varit av så stort praktiskt värde för utvecklingen framåt.

”Det är anmärkningsvärt hur lite empirisk evidens vi har 7–8 år efter reformen och hur mycket vi diskuterar huruvida systemet är det teoretiskt sett bästa.”

Patrick Jeurissen, fil.dr och koordinator vid Departementet för hälsa, välfärd och idrott

Samtidigt är det svårt att följa upp reformen, eftersom reformprocessen fortfarande är pågående. Avregleringen av priserna inom den specialiserade vården sker exempelvis successivt. Regeringen har däremot över tid förbättrat uppföljningen av sjukvården genom regelbundna mätningar av olika indikatorer (Westert m.fl. 2010). De löpande utvärderingarna är en del av arbetet med att göra vården mer transparent och gör det möjligt att studera förändringar i vårdkvalitet, tillgänglighet och kostnader över tid.

7.4 BEFOLKNINGEN OMFATTAS I DAG AV SAMMA FÖRSÄKRINGSSYSTEM MEN ÖVRIGA EFFEKTER ÄR OMSTRIDDA

Ett tydligt resultat av den nederländska reformen är att i stort sett hela befolkningen nu omfattas av samma försäkringssystem, vilket var ett av målen med reformen (Westert m.fl. 2010, s. 104). Men övriga effekter av reformen är omstridda. Vissa utvärderingar pekar på att reformen ännu inte lett till mätbara effekter på kvalitet och kostnadseffektivitet, medan andra visar att den har lett till positiva strukturella förbättringar (Maarse och Paulus 2011, s. 1, Schut och van de Ven 2011b, s. 114).

Mathijs Romme och Patrick Jeurissen lyfter uteslutande fram strukturella förändringar, till exempel mer innovation och kortare väntetider, som en följd av reformen.



”Det reglerade och centraliserade system som vi tidigare hade hindrade utveckling och innovation. Med reformen, som man kan kalla för en liberalisering, kom möjligheten att etablera nya organisationsformer.”

Mathijs Romme, rådgivare vid Royal Dutch Medical Association

”Om vi går tillbaka till år 2000 så hade vi en massa tjänstemän som hanterade väntelistor. Nu är köerna borta och det finns inte längre några tjänstemän som hanterar köerna. Men köernas försvinnande hade påbörjats redan före reformen.”

Patrick Jeurissen, fil.dr och koordinator vid Departementet för hälsa, välfärd och idrott

Befolkningen omfattas av samma försäkringssystem men det är oklart vilka effekter reformen haft på vårdens kvalitet och effektivitet

För att följa upp reformens effekter har vi utgått ifrån de mål som regeringen hade med reformen. Analysen bygger på offentliga kvalitetsuppföljningar, rapporter från forskningsinstitut och vetenskapliga uppsatser som behandlar reformen. De huvudsakliga slutsatserna presenteras i tabell 13. Tabellens utformning bygger på vår egen analys och är ett sätt att åskådliggöra kopplingen mellan reformens målsättningar och verktyg för genomförande. Det verkliga sambandet mellan reformens målsättningar, utformning och effekter kan se annorlunda ut. Sammanställningen i tabellen bör därför tolkas försiktigt.

Tabell 13. Reformen har lett till en obligatorisk offentlig sjukvårdsförsäkring för alla, men det är delvis oklart vilka effekter den har haft på övriga målområden.

Reformens mål	Reformens utformning	Resultat
Införandet av en enhällig försäkring	Sammanlagning av två parallella sjukvårdsförsäkringssystem.	I dag har Nederländerna en obligatorisk sjukvårdsförsäkring som omfattar alla medborgare.
Ökat patientfokus	Successiv prisavreglering i den specialiserade sjukhusvården. Större flexibilitet för försäkringsbolagen.	Det finns exempel på sammanhållna vårdkedjor och andra nya vårdkoncept som har gett förutsättningar för en mer integrerad och patientfokuserad vård (Schut och van de Ven 2011b, s. 120).
Ökat utrymme för innovation och flexibilitet		Det finns en större mångfald av utförare och fler nya vårdkoncept. Några exempel är sammanhållna vårdkedjor, dygnetrunt öppna kliniker, mer effektiva processer vid kirurgi, specialiserade öppenvårdskliniker och försäkringsbolag som startar egna utförarorganisationer (Intervju Jeurissen 2014, Westert m.fl. 2009, s. 241).
Ökad effektivitet		Produktiviteten i specialistvården har ökat men kvaliteten i den nederländska sjukvården tycks inte ha förbättrats snabbare än i jämförbara länder. (Intervju Jeurissen 2014, Maarse och Paulus 2011, Westert m.fl. 2010).
Ökad transparens och bättre förutsättningar för kvalitetskonkurrens	Publicering av öppna kvalitetsjämförelser mellan försäkringsbolag och vårdgivare.	Ökad transparens har uppnåtts genom att det nu finns offentligt publicerad kvalitetsdata som jämför vårdgivare (www.zorginstituutnederland.nl). Men resultaten tyder på att medborgarna framför allt väljer försäkringsbolag utifrån storleken på premien och inte utifrån publicerad kvalitetsdata (Rooijen och Brabers 2013) Ökad transparens har inte heller i någon större grad lett till att försäkringsbolagen tecknar selektiva kontrakt med vårdgivare på basis av kvalitet (Schut och van de Ven 2011b, s. 116).
Minskade inläsningseffekter	Sammanlagning av två parallella sjukvårdsförsäkringssystem.	Inläsningseffekterna har upphört i och med att försäkringssystemet blev enhälligt. Men det finns tecken på att tilläggsförsäkringar skapar nya inläsningseffekter i det nya försäkringssystemet (Schut och van de Ven 2011b).

I dag har Nederländerna en obligatorisk sjukvårdsförsäkring som omfattar alla

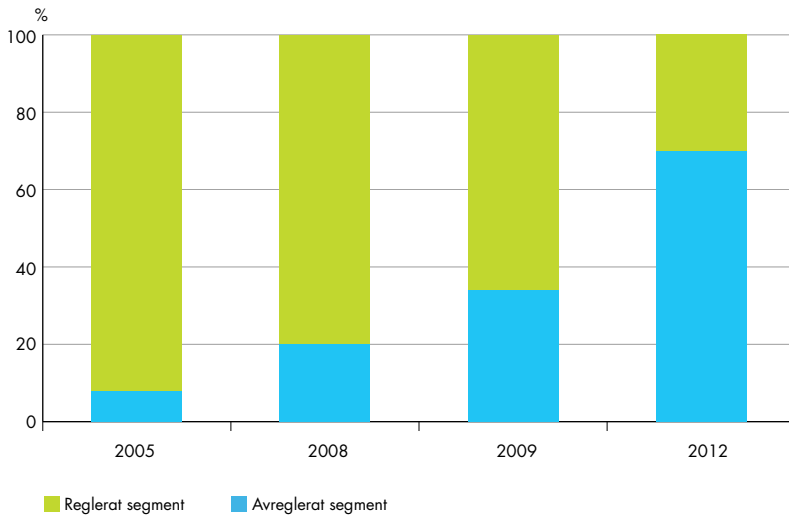
Ett konkret resultat av reformen är att hela befolkningen nu omfattas av samma obligatoriska försäkringssystem och att antalet oförsäkrade är relativt litet. Efter reformen 2006 har uppdelningen mellan den obligatoriska försäkringen och de frivilliga försäkringarna för höginkomsttagare upphört. Det innebär att medborgarna inte längre har olika försäkringsvillkor i den grundläggande sjukförsäkringen baserat på deras inkomst. Antalet oförsäkrade har minskat från 290 000 personer år 2010 till endast 30 000 personer år 2012 (Ministry of Health Welfare and Sports 2014). Däremot kan medborgare som har ekonomiskt utrymme skaffa sig tilläggsförsäkringar för att därigenom ”toppa upp” den obligatoriska sjukförsäkringens utbud.



Det finns exempel på ökad innovationstakt i hälso- och sjukvårdssystemet som även lett till en mer integrerad och patientfokuserad vård

Målet om att successivt avreglera prissättningen i sjukhusvården har lett till konkreta resultat. Figur 24 visar hur andelen DBC (diagnosbaserade behandlingskombinationer) utan prisreglering inom den specialiserade vården successivt ökar.

Figur 24. Andelen DBC utan prisreglering har successivt ökat i den specialiserade vården sedan reformens genomförande.



Källa: Mikkers 2013.

Enligt Patrick Jeurissen har reformen startat en förändringsprocess som har lett till nya vårdkoncept och metoder för att organisera vården runt patienten. Det finns bland annat exempel på att sjukhusen flyttar ut specialistkliniker närmare patienterna (Intervju Jeurissen 2013). Ytterligare exempel är en större mångfald av utförare, fler koncept med sammanhållna vårdkedjor, dygnetruntöppna kliniker, mer effektiva processer vid kirurgi, specialiserade öppenvårdskliniker och försäkringsbolag som startar egna utförarorganisationer (Intervju Jeurissen 2013).

Reformen har också bidragit till nya samverkansmodeller mellan äldreomsorg och primärvård. Konkret har detta inneburit att utförare av äldreomsorg utökar sitt vårdutbud genom att gå samman med utförare som

erbjuder andra vård- och omsorgstjänster. Cordaan i Amsterdam är ett exempel på en utförare som erbjuder en sådan bredd av tjänster. Det rör sig om sjukhem, hemtjänst, vårdboenden, och omsorg för personer med psykiska funktionsnedsättningar (Saltman och Calltorp 2011, s. 17).

Ersättningssystemet i primärvården har däremot inte utvecklats på samma sätt som i sjukhusvården, vilket förhindrar en snabbare innovationstakt (Schut och van de Ven 2011b, s. 118). Den rörliga besöksersättningen och en fast summa per patient och år anses göra det olönsamt för vårdgivarna att utveckla nya sätt att bedriva vården på, då vårdgivarna ändå får betalt för utförda besök. Det finns då inga drivkrafter för vårdgivaren att vidta åtgärder som gör dessa besök onödiga.

Men de särskilda vårdprogrammen som regeringen har beslutat om har indirekt påverkat även primärvårdens organisering och vårdutbud i positiv riktning. Patienter med kroniska sjukdomar har sedan år 2007 fått ta del av sammanhållna vårdprogram där vårdgivarna får en totalsumma i ersättning för i stort sett alla vårdinsatser som patienterna har behov av. Projekten kan ses som ett led i arbetet med att göra ersättningssystemen mer patientfokuserade (Schut och van de Ven 2011b, s. 118).

Utvärderingar av de nya vårdprogrammen visar också positiva resultat. En studie av sammanhållna vårdprogram för diabetes som omfattar cirka 25 000 patienter visar bland annat att koordinationen mellan vårdgivare och följsamhet till behandlingsriktlinjer blev bättre (de Bakker m.fl. 2012). En senare utvärdering av samma program tyder också på att den medicinska kvaliteten förbättrades. Antalet patienter med normalt blodtryck ökade och andelen patienter med normala kolesterolnivåer steg (Struijs m.fl. 2012, s. 62).

Produktiviteten har ökat men det är osäkert om kvaliteten har blivit bättre

Mängden resurser till sjukvården och produktionen av sjukhusvård har ökat, men det är osäkert vilka effekter detta har haft på vårdens kvalitet. Det är svårt att utifrån genomförda studier av reformen dra entydiga slutsatser kring i vilken grad effektiviteten i hälso- och sjukvårdssystemet har påverkats. För att ändå belysa området studerar vi utvecklingen vad gäller sjukvårdens andel av BNP, produktivitetsutvecklingen inom specialistsjukvården och den övergripande utvecklingen vad gäller de medicinska resultaten.

Sjukvårdsutgifternas andel av BNP i Nederländerna har ökat från 10,9 procent år 2006 till 11,9 procent 2011 (OECD 2014). Att andelen är relativt hög beror på att den också omfattar utgifter för omsorg om äldre och personer



med funktionshinder. Nederländerna lägger dessutom i relation till andra europeiska länder mycket resurser på äldreomsorg. Men även när vi isolerar utgifterna för äldre- och handikappomsorg så har utgifterna för sjukvården ökat (Statistics Netherlands 2014). Att andelen har ökat kan också bero på finanskrisen år 2008 som varaktigt sänkte BNP i Nederländerna och gjorde att kostnaderna för hälso- och sjukvården som andel av BNP blev större.

Som framgår av tabell 14 nedan ökade både den totala produktiviteten och arbetsproduktiviteten i sjukhussektorn. Totalproduktiviteten ökade i genomsnitt cirka 2,9 procent medan arbetsproduktiviteten ökade med 4,1 procent årligen mellan åren 2003 och 2008 (Westert m.fl. 2010, s. 180).

Tabell 14. Produktiviteten i den nederländska sjukhussektorn har ökat snabbt mellan åren 2003 och 2008.*

	2004	2005	2006	2007	2008
Totalproduktivitet	1,6	2,2	3,3	6,3	1,2
Arbetsproduktivitet	2,2	3,0	4,6	9,0	1,7

Källa: Modifierad tabell från Westert m.fl. 2010, s. 180. *Uppgifterna baseras på 52–77 sjukhus.

Hög produktivitet behöver inte innebära att patienterna får bättre vård i motsvarande grad. Produktiviteten mäter enbart antalet åtgärder som utförs i vården och inte utvecklingen av befolkningens hälsa. Därför är det viktigt att även se till övergripande kvalitetsmått. Resultaten är däremot mer oklara när det gäller reformens effekter på den övergripande kvaliteten i hälso- och sjukvårdssystemet. Slutsatserna i den senaste utvärderingsrapporten av hälso- och sjukvårdssystemets resultat är att det ännu i stor utsträckning saknas tecken på att vården har blivit bättre till följd av reformen – eller snarare att den förbättras snabbare än i jämförbara länder (Westert m.fl. 2010, s. 205).

Transparensen har ökat men det är osäkert om detta har lett till ökad kvalitetskonkurrens

Som en följd av reformen finns det nu tillgänglig information som mäter och jämför kvalitet mellan olika vårdgivare (www.zorginstituutnederland.nl). Det tyder på en ökad transparens i det nederländska hälso- och sjukvårdssystemet. Andelen som byter försäkringsbolag tycks också öka något över tid (Reitsma-

van Rooijen och de Jong 2014). I dag byter fem procent av försäkringstagarna bolag per år. Men det är svårt att bedöma om en ökad transparens också har lett till en ökad kvalitetskonkurrens i systemet.

Studier som har berört frågan tyder på att kvalitetsaspekten ännu inte är den viktigaste faktorn i konkurrensen mellan försäkringsbolagen. Det finns exempel på patienter, som utifrån liknande diagnoser slutit sig samman inför valet av bolag och på så vis lyckats förhandla sig till både lägre pris på försäkringspremierna och vård till högre kvalitet. En studie som har undersökt hur de nederländska medborgarna väljer försäkringsbolag visar dock att 34 procent hade bytt bolag på grund av försäkringspremiens nivå, medan endast en procent hade bytt för att få vård av högre kvalitet (Rooijen och Brabers 2013). Efter reformen sänkte försäkringsbolagen initialt premienivåerna, vilket också antyder att priset var en viktigare faktor än kvalitet. Men sänkningarna ledde till förluster som försäkringsbolagen efter hand tvingades kompensera för genom att höja priserna (Schut och van de Ven 2011b, s. 114).

En möjlig förklaring till att kvaliteten tycks spela en underordnad roll i försäkringstagarnas val av försäkringsbolag är att bolagens vårdutbud inte heller varierar i någon större grad. Bolagen har möjlighet att välja vilka vårdgivare de ska samarbeta med, men det sker inte i någon större utsträckning (Schut och van de Ven 2011b, s 118). Det kan bero på att det inte finns tillräckligt pålitliga data för att försäkringsbolagen ska våga välja bort utförare på grund av bristfällig kvalitet. En annan anledning kan vara att de inte vill utmana försäkringstagarnas möjligheter att fritt välja vårdgivare. Däremot finns det exempel på försäkringsbolag som har slagit sig samman med särskilda sjukhus (Schut m.fl. 2009). Det antyder att försäkringsbolagen ser vinster med att få ökad kontroll över vårdutbudet och därigenom vårdens kvalitet.

Studier av nederländska patienters val av vårdgivare ger ingen entydig bild av om kvaliteten spelar större roll än vid valet av försäkringsbolag. En studie som undersökt vilken information som nederländska patienter använder sig av vid val sjukhus visar att nästan hälften vänder sig till sin familjeläkare, medan cirka 10 procent vänder sig till familj och vänner (Halkes 2007). I den mån kvaliteten har en inverkan på valet så sker det i så fall, enligt studien, indirekt genom anhörigas rekommendationer eller familjeläkarnas val. En annan studie visar att 18 procent av den nederländska befolkningen under en tvåårsperiod hade försökt ta reda på mer om sjukhusens kvalitet och att 13 procent hade försökt ta reda på mer om läkarnas kvalitet (Grol och Faber 2007, s. 30).



Inlåsnings effekter kvarstår som problem

Reformens mål om att minska inlåsnings effekterna i försäkringssystemet är delvis uppfyllt. I det tidigare frivilliga försäkringssystemet kunde försäkringsbolagen hindra försäkringstagare från att byta försäkringsbolag genom att i princip neka dem möjligheten att teckna ny försäkring. Detta möjliggjordes genom att försäkringsbolagen inte lät försäkringstagare med höga förväntade vårdkostnader teckna en ny försäkring till samma villkor och premienivåer som för deras befintliga försäkring. Denna form av inlåsnings effekt har nu försvunnit, eftersom den frivilliga privata delen av sjukvårdsförsäringen avvecklades i samband med reformen.

Men sedan reformens införande har det uppstått tecken på nya inlåsnings effekter. Det är ett problem, eftersom det innebär att rörligheten och konkurrensen mellan försäkringsbolagen motverkas.

Den enhetliga sjukvårdsförsäringen kan fortfarande kompletteras med frivilliga tilläggförsäkringar för till exempel tandvård. Villkoren för dessa tilläggförsäkringar regleras inte av staten. Försäkringsbolagen kan genom att neka försäkringstagare med höga förväntade vårdkostnader att teckna tilläggförsäkringar använda försäkringarna som ett instrument för att välja kunder med en förmånlig riskprofil (Paolucci m.fl. 2007). En ökande andel försäkringstagare tror heller inte att de kan få kompletterande försäkringar av ett nytt försäkringsbolag och vill därför inte byta (Schut och van de Ven 2011b, s. 120).



Referenser

- Aasland, O.G., Hagen, T.P. och Martinussen, P.E. (2007). Sykehuslegenes syn på sykehusreformen. *Tidsskrift for den norske legeforening*, 127(17), s. 2218–2221.
- Andersen, J.G. och Larsen, C.A. (2004). *Magten på borgen. En analyse af beslutningsprocesser i større politiske reformer*. København: Århus Universitetsforlag.
- Andersen, P.T. och Jensen, J.-J. (2010). Healthcare reform in Denmark. *Scandinavian journal of public health*, 38(3), s. 246–52.
- Andreassen, T.A. och Lie, T. (2007). Helseforetaksreformen – en brukermedvirkningsreform? Iverksetting og resultater av brukarutvalg i helseforetak. I: *Resultatevaluering av sykehusreformen. Tilgjengelighet, prioritering, effektivitet, brukermedvirkning og medbestemmelse*. Oslo: Norges Forskningsråd, s. 116–127.
- Anell, A. (2014). *Jämförelse mellan almen praksis i Region Sjælland och primärvård i Region Skåne*. Skriftserie 2014: 3. Lund: KEFU, Institutet för ekonomisk forskning vid Lunds universitet.
- Anell, A. (2007). Varför är det så svårt att styra sjukvården? Medicinsk specialisering och professionens intressen. I: Blomqvist, P., red. *Vem styr vården? Organisation och politisk styrning inom svensk sjukvård*. Stockholm: SNS Förlag.
- Angell, S.I. (2009). Strategic communication and Haukeland Hospital. I: Andresen, A., Grønlie, T., Ryymin, T., red. *Healthcare Systems and Medical Institutions*. Oslo: Novus Press, s. 68–81.
- Ankjær-Jensen, A. (2005). Sygehusenes ændrede rolle i samfundet – årsager og konsekvenser for sygehusplaneringen. I: Ankjær-Jensen, A., red. *Sygehusstruktur i Danmark – En antologi om konsekvenserne af centralisering i sygehusvæsenet*. DSI rapport 2005.02. København: DSI Institut for Sundhedsvæsen.

- Arnesen, T. (2001). *Motmelding 2 til høringsnotat fra Sosial- og helsedepartementet om "Statlig overtakelse av spesialisthelsetjenesten og i forslagt il lov om helseforetak m.m."* 09.ot.prp.nr 66 (2001–2001).
- Askildsen, J., Holmås, T. och Kaarbøe, O. (2007). Prioriteringspraksis før og etter sykehusreformen. I: *Resultatevaluering av sykehusreformen. Tilgjengelighet, prioritering, effektivitet, brukermedvirkning og medbestemmelse*. Oslo: Norges Forskningsråd, s. 37–48.
- Bekkevold, J.G., Dåvøy, L., Andersen Eide, R., Høybråten, D., Ingolf Ropstad, K. (2010). *Representantforslag 54 S (2010–2011)*, Stortinget.
- Berlingske (2010). Her bliver de nye akutsygehuse placeret. Tillgänglig: <http://www.b.dk/danmark/her-bliver-de-nye-akutsygehuse-placeret> [2014-09-17].
- Bevan, G., Helderman, J.K. och Wilsford, D. (2010). Changing choices in health care: implications for equity, efficiency and cost1. *Health economics, policy and law*, 5(3), s. 251–267.
- Bevan, G. och Hood, C. (2006). Have targets improved performance in the English NHS? *British Medical Journal*, 332, s. 419–422.
- Blair, T. (2010). *A journey*. London: Hutchinson.
- Boyle, S. (2011). United Kingdom (England): Health system review. *Health systems in transition*, 13(1). Köpenhamn: World Health Organization, på uppdrag av European Observatory on Health Systems and Policies.
- Bundgaard, U. och Vrangbæk, K. (2007). Reform by Coincidence? Explaining the Policy Process of Structural Reform in Denmark. *Scandinavian Political Studies*, 30(4), s. 491–520.
- Byrkjeflot, H. (2004). The making of a health care state? An analysis of recent hospital reform in Norway. I: Skålevåg, A., Andresen, A., och Grønlie, T., red. *Hospitals, patients and medicine in modern history*. Bergen: Stein Rokkan Centre for Social Studies, s. 55–79.
- Byrkjeflot, H. och Jespersen, P.K. (2005). Ledelse og organisering i helsevesenet: endring og kontinuitet. *Nordiske organisasjonsstudier*, 7(2), s. 5–18.
- Byrkjeflot, H. och Neby, S. (2008). The End of the Decentralized Models of Healthcare Governance? Comparing Developments in the Scandinavian Hospital Sector. *Journal of Health Organization and Management*, 22(4), s. 331–349.
- Carlsen, B. och Sataøen, H. (2013). ”Når pengene rår, forsvinner andre verdier i systemet’: Helsearbeideres syn på den norske samhandlingsreformen”. I: *Nordiske Organisasjonsstudier*, 1/2013. Bergen: Fagbokforlaget, s. 1–78.
- Central Intelligence Agency, 2014. CIA Factbook. Available at: <https://www.cia.gov/library/publications/the-world-factbook/> [2014-08-23].

- Chapman, G., Adam, S. och Stockford, D. (2001). National Service Frameworks: promoting the public health. *J Epidemiol Community Health*, 55(6), s. 373–374.
- Christensen, T. och Læg Reid, P. (2007). The whole-of-government approach to public sector reform. *Public Administration Review*, 67(6), s. 1059–1066.
- Christiansen, P. och Klitgaard, M. (2005). *Den utænkelige reform—Strukturreformens tilblivelse 2002–2005*. Odense: Syddansk Universitetsforlag.
- Christiansen, T. (2012). Ten years of structural reforms in Danish healthcare. *Health policy (Amsterdam, Netherlands)*, 106(2), s. 114–119.
- Colombo, F. och Tapay, N. (2004). Private Health Insurance in OECD Countries: The Benefits and Costs for Individuals and Health Systems. OECD Health working papers NO.15.
- Commonwealth Fund (2009). *International Health Policy Survey (IHP) – Läkundersökningen 2009*.
- Commonwealth Fund (2010). *International Health Policy Survey (IHP) – Befolkningsundersökningen 2010*.
- Commonwealth Fund (2011). International Health Policy Survey (IHP) – Undersökning av sjukare vuxna 2011.
- Commonwealth Fund (2012). *International Health Policy Survey (IHP) – Läkundersökningen 2012*.
- Commonwealth Fund (2013). *International Health Policy Survey (IHP) – Befolkningsundersökningen 2013*.
- Daley, B.C. och Gubb, J. (2013). *Healthcare Systems : The Netherlands*. London: CIVITAS
- Danmarks statistik (2002). Danske Kommuner Kommunalpolitisk landkort 2002. Tillgänglig: <http://www.dst.dk/da/Statistik/statistikbanken.aspx> [2014-10-30].
- Danske Regioner, Finansministeriet, Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse (2011). *Løbende offentliggørelse af produktivitet i sygehussektoren (VII delrapport) Udviklingen fra 2009 til 2010*.
- De Bakker, D.H., Struijs, J.N., Baan, C.B., Raams, J., de Wildt, J.E., Vrijhoef, H.J. (2012). Early results from adoption of bundled payment for diabetes care in the Netherlands show improvement in care coordination. *Health affairs (Project Hope)*, 31(2), s. 426–433.
- Department of Health (1997). *The new NHS modern. Dependable*. Cm 3807. London: Department of Health.
- Department of Health (2000). *The NHS Plan – A plan for investment A plan for reform*. Cm 4818-1. London: Department of Health.
- Department of Health (2004). *The NHS Improvement Plan – Putting People*

- at the Heart of Public Services. Cm 6268. London: Department of Health.
- Department of Health (2009). *Department of Health Autumn Performance Report 2009*. London: Department of Health.
- Department of Health (2012a). *Overview of the Health and Social Care Act fact sheet*. Tillgänglig: https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/138257/A1.-Factsheet-Overview-240412.pdf [2014-06-10].
- Departement of Health, NHS Finance & Performance & Operations Directorate (2012b). *The NHS Performance Framework: Implementation guidance*. London: Department of Health.
- Esping-Andersen, G. (1990). *Three Worlds of Welfare Capitalism*. Cambridge: Polity Press Cambridge.
- Fredriksson, M. (2012). *Between Equity and Local Autonomy: A Governance Dilemma in Swedish Healthcare*. Uppsala: Acta Universitatis Upsaliensis.
- Gaiimo, S. (1995). Health Care Reform in Britain and Germany: Recasting the Political Bargain with the Medical Profession. *Governance*, 8(3), s. 354–379.
- Grol, R. och Faber, M. (2007). *Commonwealth Fund International Health Policy Survey, 2007: onderzoek onder consumenten en patienten in 7 landen*. St. Radboud: Centre for quality of care research (WOK).
- Gyldendal åbne encyklopædi (2014). *Strukturreformen*. Tillgänglig: http://www.denstoredanske.dk/Samfund,_jura_og_politik/Samfund/Danmarks_lokalforvaltning/strukturreformen [2014-06-05].
- Hagen, T.P. och Kaarbøe, O.M. (2006). The Norwegian hospital reform of 2002: Central government takes over ownership of public hospitals. *Health Policy*, 76(3), s. 320–333.
- Hagen, T.P. och Rattsø, J. (2004). Norsk løsning på danske sykehusproblemer? *Tidsskriftet Dagens Medicin*, s. 3.
- Hagen, T.P. och Tjerbo, T. (2013). Historien om da Kostnads kontroll spiste New Public Management til middag. I: Veggeland, N. red. *Reformer i norsk helsevesen*. Oslo: Akademika forlag, s. 65–81.
- Halkes, R. (2007). *Het gebruik van ziekenhuisranglijsten door de consument* [The use of hospital ranking lists by the consumer], Zaltbommel, Van spaendonck Management Consultants.
- Ham, C. (2014). *Reforming the NHS from within – Beyond hierarchy, inspection and markets*. London: The King's Fund.
- Helse- og omsorgsdepartementet (2008). *Vedtekter for regionale helseforetak*. Tillgänglig: <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/tema/sykehus/vedtekter-for-regionale-helseforetak.html?id=461326> [2014-04-11].
- Helse-og omsorgsdepartementet (2009). *Stortingsmelding nr. 47 (2008–*

- 2009) *Samhandlingsreformen. Rett behandling – på rett sted – til rett tid*. Oslo: Akademiska AS.
- Helse- og omsorgsdepartementet (2011). *Informasjon om gjennomføringen av samhandlingsreformen*. Brev, 21.12.2011. Tillgänglig: http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/andre/brev/utvalgte_brev/2011/informasjon-om-gjennomforingen-av-samhan.html?id=667775 [2014-04-29].
- Helse- og omsorgsdepartementet (2013). *Nye prinsipper for oppnevning av styrer for helseforetakene*. Nyhet, 20.11.2013. Tillgänglig: <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/aktuelt/nyheter/2013/nye-prinsipper-for-oppnevning-av-styrer-.html?id=745861> [2014-04-29].
- Helse- og omsorgsdepartementet (2014a). *Nasjonal helse- og sykehusplan*. Tillgänglig: <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/tema/sykehus/Nasjonal-helse--og-ykehusplan.html?id=759967> [2014-09-29].
- Helse- og omsorgsdepartementet (2014b). *Oversikt over landets helseforetak*. Tillgänglig: http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/tema/sykehus/sykehus-i-norge-3.html?regj_oss=1&id=467556 [2014-03-29].
- Helsedepartementet (2004). *Stortingsmelding nr. 5 (2003–2004) Inntekts-system for spesialisthelsetjenesten*.
- Helsedirektoratet (2012). *Årsverksutviklingen i spesialisthelsetjenesten, 2002-2010. Med særskilt fokus på utviklingen i administrative og tekniske årsverk*. Rapport IS-0362. Oslo: Helsedirektoratet.
- Helsedirektoratet (2013). *Innsatsstyrt finansiering 2013*. Rapport IS – 2041. Oslo: Helsedirektoratet.
- Helsedirektoratet (2014). *Samdata Spesialisthelsetjenesten 2013*. Rapport IS-2194. Oslo: Helsedirektoratet.
- Henrichsen, C.M. (2013). Kommunalreformer i Danmark. *Nordisk Administrativt Tidsskrift*, 1(90), s. 5–22.
- Herfindal, S. (2008). *Veien frem til sykehusreformen. En studie av beslutningsprosessen bak lov om helseforetak*. ATM – Skriftserie Nr. 2 – 2008. Bergen: Rokkansenteret.
- Huseby, B.M. (2007). Aktivitetsutviklingen ved somatiske sykehus før og etter sykehusreformen. I: *Resultatevaluering av sykehusreformen. Tilgjengelighet, prioritering, effektivitet, brukermedvirkning og medbestemmelse*. Oslo: Norges Forskningsråd, s. 23–36.
- Huseby, B.M. och Jensberg, H. (2007). Sentralisering og desentralisering av kirurgisk pasientbehandling etter sykehusreformen. I: *Resultatevaluering av sykehusreformen. Tilgjengelighet, prioritering, effektivitet, brukermedvirkning og medbestemmelse*. Oslo: Norges Forskningsråd, s. 82–93.
- Indenrigs- og Sundhedsministeriet (2004a). *Aftale om strukturreform*. København: Indenrigs- og Sundhedsministeriet.

- Indenrigs- og Sundhedsministeriet (2004b). *Strukturkommissionens betænkning: Hovedbetænkningen*. København: Indenrigs- og Sundhedsministeriet.
- Indenrigs- og Sundhedsministeriet, (2005a). *Aftale mellem regeringen (Venstre og Det Konservative Folkeparti) og Socialdemokraterne, Dansk Folkeparti og Det Radikale Venstre om den kommunale inddeling.pr.1 januar 2007*. København: Indenrigs- og Sundhedsministeriet.
- Indenrigsministeriet, Betænkning I. Betænkning nr. 1366 Opgavekommissionen (1998). *Fordeligen af opgaver i den offentlige sektor*.
- Indenrigs- og Sundhedsministeriet (2005b). *Kommunalreformen – kort fortalt*. København: Indenrigs- og Sundhedsministeriet.
- Jensen, B. (2013). Helsereformene i et NPM-perspektiv. I: Veggeland, N., red. *Reformer i norsk helsevesen. Veier videre*. Trondheim: Akademika forlag, s. 31–65.
- Kalseth, J., Halstein, V., Osborg Ose, S., Torvik, H. och Pedersen, M. (2007). Prioritering somatikk – psykisk helsevern: Samme finansieringsordning – endrede effekter? I: *Resultatevaluering av sykehusreformen. Tilgjengelighet, prioritering, effektivitet, brukervedvirkning og medbestemmelse*. Oslo: Norges Forskningsråd, s. 70–81.
- Kittelsen, S., Magnussen, J. och Anthun, K.S. (2007). Har sykehusreformen ført til økt produktivitet? I: *Resultatevaluering av sykehusreformen. Tilgjengelighet, prioritering, effektivitet, brukervedvirkning og medbestemmelse*. Oslo: Norges Forskningsråd, s. 94–102.
- Kleinman, M. (2002). *A European welfare state?: European Union social policy in context*. New York: Palgrave Macmillian.
- Kristensen, T., Olsen, K.R., Kilsmark, J., Lauridsen, J.T., Pedersen, K.M. (2012). Economies of scale and scope in the Danish hospital sector prior to radical restructuring plans. *Health policy*, 106(2), s. 120–126. Tillgänglig: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22534585> [Accessed March 11, 2014].
- Læg Reid, P., Opedal, S. & Stigen, I.M., 2003. The Norwegian Hospital Reform: Balancing Political Control and Enterprise Autonomy. *Journal of Health Politics, Policy and Law*, s. 1–35.
- Leatherman, S. och Sutherland, K. (2008). *The Quest for Quality: Refining the NHS Reforms. A Policy Analysis and Chartbook*. London: The Nuffield Trust.
- LOV-2005-06-24-546. Sundhedsloven.
- LOV-2001-06-15-93. Lov om helseforetak m.m.
- LOV-2011-06-24-30. Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m.

- Maarse, H. och Paulus, A. (2011). The politics of health-care reform in the Netherlands since 2006. *Health economics, policy, and law*, 6(1), s. 125–134.
- Magnussen, J., Hagen, T.P. och Kaarbøe, O.M. (2007). Centralized or decentralized? A case study of Norwegian hospital reform. *Social science & medicine*, 64(10), s. 2129–2137.
- Magnussen, J., Vrangbeak, K. och Saltman, R. (2009). Nordic Health Care Systems: Recent reforms and current policy challenges. I: *Nordic Health Care Systems*. Maidenhead: Open University Press, s. 1–344.
- LIF – de forskande läkemedelsföretagen (2008). *Sjukvården kan reformeras – lär av Nederländerna!* 2008:5.
- Martinussen, J. och Magnussen, J. (2009). Health care reform: the Nordic experience. I: Magnussen, J. Vrangbæk, K. och Saltman, R., red. *Nordic Health Care Systems. Recent Reforms and Current Policy Challenges*. Maidenhead: Open University Press, s. 21–52.
- Martinussen, P.E. och Magnussen, J. (2011). Resisting market-inspired reform in healthcare: the role of professional subcultures in medicine. *Social science & medicine* (1982), 73(2), s. 193–200.
- Mays, N., Goodwin, N., Bevan, G., and Wyke, S. (1997). What is total purchasing? *British Medical Journal*, 315 (7109), s. 652–655.
- Mikkers, M. (2013). Swedish study visit to the Netherlands. (Powerpoint, March).
- Ministry of Health Welfare and Sports, 2014. Gezondheidszorgbalans. www.gezondheidszorgbalans.nl. Tillgänglig: <http://www.gezondheidszorgbalans.nl/toegankelijkheid/financiele-toegankelijkheid/onverzekerden/> [Accessed August 21, 2014].
- Mouritzen, P. (2005). Demokrati, elite og folk i den danske strukturreform. I Ástgeirsdóttir, K., Engelstad, F., och Simonse, D.M., red. *Nord 2005:2 Demokrati og engagement. Paradokser i de nordiske demokratie*. Köpenhamn: Nordiska Ministerrådet, s. 1–177.
- Muusman Research & Consulting (2005). *Belyse helseforetaksmodellens funksjonalitet – Enevaluering av utvalgte sider ved helseforetaksmodellens virkemåte og effekter, begrensninger og potensialer*.
- NHS (2014). *National service frameworks and strategies*. Tillgänglig: <http://webarchive.nationalarchives.gov.uk/+www.nhs.uk/nhsengland/NSF/pages/Nationalserviceframeworks.aspx> [2014-06-10].
- Nordlie, L. (2003). Høybråten reddet føden. *NRK*. Tillgänglig: <http://www.nrk.no/ho/hoybraten-reddet-foden-1.35765> [2014-04-15].
- Norges Forskningsråd (2007). *Resultatevaluering av sykehusreformen: Tilgjengelighet, prioritering, effektivitet, brukermedvirkning og medbestemmelse*. Oslo: Norges Forskningsråd.

- NOU 1996:5 – Sosial- og helsedepartementet (1996). *Hvem skal eie sykehusene? Utredning fra et utvalg oppnevnt av Sosial- og helsedepartementet 1 september 1995. Avgitt 13.mars. 1996.* Oslo: Statens forvaltningstjeneste, Statens trykning.
- NOU 1999:15 – Sosial- og helsedepartementet (1999). Hvor nært skal det være? Tilknytningsformer for offentlige sykehus. Utredning fra ett utvalg oppnevnt ved kongelig resolusjon av 18 september 1998. Avgitt til Sosial- og helsedepartementet 23. mars. 1999. Oslo: Statens forvaltningstjeneste, Statens trykning.
- OECD (2014). OECD Health Statistics. Tillgänglig: <http://www.oecd.org/els/health-systems/health-data.htm> [2014-05-13].
- Okma, K.G.H. (2009). *Recent Changes in Dutch Health Insurance: Individual Mandate or Social Insurance?* Washington D.C.: National Academy of Insurance.
- Olejaz, M., Juul Nielsen, A., Rudkjøbing, A., Birkk Okkels, H., Kvasnik, A., Quevedo-Hernandez, C., (2012). Denmark: Health system review. *Health System in Transition*, 14(2), s. 1–192. Köpenhamn: World Health Organization på oppdrag av European Observatory on Health Systems and Policies.
- Paolucci, F., Schut, E., Beck, K., Grers, S., Van de Voorde, C, Zmora, I. (2007). Supplementary health insurance as a tool for risk-selection in mandatory basic health insurance markets. *Health economics, policy, and law*, 2(Pt 2), s. 173–192.
- Pedersen, K.M. (2002a). *Reforming decentralized integrated health care systems: Theory and the case of the Norwegian reform.* Working Paper 2002: 7. University of Oslo, Health Economic Research Programme.
- Pedersen, K.M., Christiansen, T. och Bech, M. (2005). The Danish health care system: evolution--not revolution--in a decentralized system. *Health economics*, 14(Suppl 1), s. S41–57.
- Propper, C., Sutton, M., Whitnall, C., Windmeijer, F. (2007). *Did “targets and terror” Reduce Waiting Times in England for Hospital Care?* Working paper nr 07/179. Bristol: Centre for Market and Public Organisation, Bristol Institute of Public Affairs.
- Regeringen (2004). *Det nye Danmark – en enkel offentlig sektor tæt på borgeren.* Albertslund: Schultz.
- Region Syddanmark (2009). *Rapport om Sygehuse i Syddanmark – et fagligt og organisatorisk grundkoncept.* Vejle: Region Syddanmark.
- Reitsma-van Rooijen, M. och de Jong, J., (2013). *Percentage overstappers afgenomen: keuzevrijheid minstens zo belangrijk als premie.* Factsheet. Utrecht: NIVEL.

- Ringard, Å., Sagan, A., Sperre Saunes, I., Lindahl, A.K. (2013). Norway: Health system review. *Health Systems in Transition*, 15 (8), s. 1–195. Köpenhamn: World Health Organization på uppdrag av European Observatory on Health Systems and Policies.
- Rivett, G. 1988–1997 – New influences and new path. I: *National Health Service History*. Chapter 5. Tillgänglig: http://nhshistory.net/chapter_5.htm#Fundholding [2014-05-10].
- RLTN – Regionernes lønnings- og takstnævn (2014). Aftale om almen praksis. 01-03-2014. Sag.nr. –14/96.
- Rooijen, R. och Brabers, A. (2013). Verzekerden bezuinigen op hun zorgverzekering, het aantal overstappers neemt nog steeds toe. Factsheet. Utricht: NIVEL.
- Rudkjøbing, A., Olejaz, M., Okkels Birk, H., Juul Nielsen, A., Hernandez-Quevedo, C., Kvasnik, A. (2012). Integrated care: a Danish perspective. *British Medical Journal*, 345(e4451), s. 1–5.
- Saltman, R. och Calltorp, J. (2011). *Health sector innovation and partnership: Policy responses to the new economic context*. OECD 50th Anniversary Conference on Health Reform: Meeting the challenge of ageing and multiple morbidities. DELSA/HEA (2011)17. Paris: OECD.
- Schem, B.C. (2003). Er bestiller-utfører modellen brukbar? *Tidsskrift for den norske legeforening*, 123(20), s. 2846.
- Schiøtz, A. (2003). *Folkets helse – landets styrke 1850–2003. Det offentlige helsevesen i Norge 1803–2003*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Schut, E., Varkevisser, M. och van de Ven, W. (2009). I: *VS bliken fusies succes voor patiënten*. Tillgänglig: <http://vorige.nrc.nl/article2139312.ece> [2014-06-03].
- Schut, F. och van de Ven, W. (2011a). Health care reform in the Netherlands: the fairest of all? *Journal of health services research & policy*, 16(3), s. 3–4.
- Schut, F.T. och van de Ven, W. (2011b). Effects of purchaser competition in the Dutch health system: is the glass half full or half empty? *Health economics, policy, and law*, 6(1), s. 109–23.
- Schäfer, W., Kroneman, M., Boerma, W., van den Berg, M., Westert, G., Devillé, W., Van Ginneken, E. (2010). *The Netherlands: Health system review*. *Health Systems in Transition*, 12(1), s. 1–229. Köpenhamn: World Health Organization på uppdrag av European Observatory on Health Systems and Policies.
- Schöldström, U. (1999). Historien om ”sjukronan”. *Läkartidningen*, 96(50), s. 5656–5658.
- Slagstad, R. (2012). Helsefeltets strategier. *Tidsskrift for den norske legeforening*, 132 (12–13), s. 1479–1485.

- Smith, C., Mossialos, E., Papanicolas, I., Leatherman, S. red (2012). *Performance Measurement for Health System Improvement-Experiences, challenges and Prospects*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Socialstyrelsen (2011). *Ojämna villkor för hälsa och vård – Jämlikhetsperspektiv på hälso- och sjukvården*. Artikel nr 2011-12-30. Stockholm: Socialstyrelsen
- Socialstyrelsen och SKL (2013). *Öppna jämförelser 2013 – Hälso- och sjukvård – Jämförelser mellan landsting*.
- Social- og helsedepartementet (1998). Ot.prp. nr. 10 *Om lov om spesialisthelsetjenesten m m*.
- SOU 1999: 6 – Socialdepartementet (1999). Betänkande från HSU 2000. *God vård på lika villkor? – om statens styrning av hälso- och sjukvården*. Stockholm: Fritzes.
- SOU 2007: 10 – Socialdepartementet (2007). *Hållbar samhällsorganisation med utvecklingskraft, Ansvarskommitténs slutbetänkande*. Stockholm: Fritzes.
- Statistics Netherlands (2014). *Health and Social Care Accounts: expenditure and financing*. Tillgänglig: <http://statline.cbs.nl/StatWeb/publication/?DM=SLEN&PA=71914ENG&D1=37,40&D2=8-13&LA=EN&HDR=G1&STB=T&VW=T> [2014-08-12].
- Strandberg-Larsen, M., Bernt Nielsen, M., Kvasnik, A., Vrangbæk, K. (2006). Is Denmark prepared to meet future health care demands? *Eurohealth*, 12(4), s. 7–10.
- Street, A. (2013). *What has been happening to NHS productivity?* Tillgänglig: <http://www.nuffieldtrust.org.uk/blog/what-has-been-happening-nhs-productivity> [2014-08-29].
- Street, A. och Ward, P. (2009). *NHS Input and Productivity Growth 2003/4 – 2007/8*. CHE Research Paper 47. York: Centre for Health Economics, University of York.
- Struijs, J.N., de Jong-Van Til, J.T, Lemmens, L.C., Drewes, H.W., de Bruin, S.R., Baan, C.A. (2012). *Three years of bundled payment for diabetes care in the Netherlands*. Bilthoven: National Institute for Public Health and the Environment, Ministry of Health, Welfare and Sport.
- Sundhedsstyrelsen (2006). *Gennemgang af akutberedskabet*. Köpenhamn: Sundhedsstyrelsen.
- Sundhedsstyrelsen (2007a). *Patienter skal sikres den bedst mulige behandling – om arbejdet med specialeplanlægningen i Sundhedsstyrelsen, regionerne og de faglige miljøer*. Köpenhamn: Sundhedsstyrelsen.

- Sundhedsstyrelsen (2007b). *Styrket akutberedskab – planlægningsgrundlag for det regionale sundhedsvæsen*. Köpenhamn: Sundhedsstyrelsen.
- Sundhedsstyrelsen (2010). *Gældende specialeplan 2010*. Tillgänglig: <http://sundhedsstyrelsen.dk/da/sundhed/planlaegning-og-eredskab/specialeplanlaegning/specialeplan-2010.aspx> [2014-10-30].
- Sundhedsstyrelsen (2011). *Evaluering af sundhedsaftalerne – sammenfatning og perspektivering*. Köpenhamn: Sundhedsstyrelsen.
- The EuroHOPE study group (2014). *Summary of the findings of the EuroHOPE project*.
- The King's Fund (2010). *Have targets improved NHS performance?* Tillgänglig: <http://www.kingsfund.org.uk/projects/general-election-2010/key-election-questions/performance-targets> [2014-06-27].
- The King's Fund (2012). *British Social Attitudes survey 2012: public satisfaction with the NHS and its services*. Tillgänglig: <http://www.kingsfund.org.uk/projects/bsa-survey-2012> [2014-06-27].
- The NHS Choices (2013). *The NHS structure explained*. Tillgänglig: <http://www.nhs.uk/NHSEngland/thenhs/about/Pages/nhsstructure.aspx> [2014-06-15].
- Thorlby, R. och Maybin, J., red. (2010). *A high-performing NHS? A review of progress 1997–2010*. London: The King's Fund.
- Tweed Kamer der Staten-Generaal (2001). Vernieuwing van het zorgstelsel 27855. Nr 2. NOTA. *Vraag aan bod*.
- Van de Ven, W. och Schut, F. (2008). Universal mandatory health insurance in the Netherlands. *Health Affairs*, (3): s. 371–381.
- Van Der Zee, J. och Kroneman, M.W. (2007). Bismarck or Beveridge: a beauty contest between dinosaurs. *BMC Health Services Research*, 7(1), s. 94.
- Vizard, P. och Obolenskaya, P. (2013). *Labour's Record on Health (1997–2010)*. Social Policy in a Cold Climate. Working Paper 2.
- Vårdanalys – Myndigheten för vårdanalys (2012a). *Effekter av valfrihet inom hälso- och sjukvård – En kartläggning av kunskapsläget. Rapport 2012:2*. Stockholm: Myndigheten för vårdanalys.
- Vårdanalys – Myndigheten för vårdanalys (2012b). *Grönt ljus för Öppna jämförelser? Vårdanalys utvärdering av Öppna jämförelser inom hälso- och sjukvården. Rapport 2012:4*. Stockholm: Myndigheten för vårdanalys.
- Vårdanalys – Myndigheten för vårdanalys (2013a). *Centralisering med patienten i centrum – Vårdanalys utvärdering av patientperspektivet i rikssjukvården. Rapport 2013:3*. Stockholm: Myndigheten för vårdanalys.
- Vårdanalys – Myndigheten för vårdanalys (2013b). *Statens styrning av vården och omsorgen med prestationsbaserad ersättning. Rapport 2013:8*. Stockholm: Myndigheten för vårdanalys.

- Vårdanalys – Myndigheten för vårdanalys (2013c). *Ur led är tiden – Fyra utvecklingsområden för en mer effektiv användning av läkares tid och kompetens. Rapport 2013:9. Stockholm: Myndigheten för vårdanalys.*
- Vårdanalys – Myndigheten för vårdanalys (2013d). *Vad vill patienten veta för att välja? Vårdanalys utvärdering av vårdvalsinformation. Rapport 2013:4. Stockholm: Myndigheten för vårdanalys.*
- Vårdanalys – Myndigheten för vårdanalys (2014a). *Låt den rätte komma in – hur har tillgängligheten påverkats av apoteksomregleringen, vårdvalet samt vårdgarantin och Kömiljarden? Rapport 2014:3. Stockholm: Myndigheten för vårdanalys.*
- Vårdanalys – Myndigheten för vårdanalys (2014b). *VIP i vården? – Om utmaningar i vården av personer med kronisk sjukdom. Rapport 2014:2. Stockholm: Myndigheten för vårdanalys.*
- Welsh Labour Party (1997). *New Labour: Because Britain Deserves Better. Labour Party Sales; First Edition edition (April 1997).*
- Westert, G.P., van den Berg, M.J., Zwakhals, S.L.N, de Jong, J.D., Verkleij, H., red. (2010). *Dutch Health Care Performance report 2010.* Blitshoven: National Institute for Public Health and the Environment (RIVM), Ministry of Health, Welfare and Sport.
- Westert, G.P., Burgers, J.S. och Verkleij, H. (2009). The Netherlands: regulated competition behind the dykes? *British Medical Journal (Clinical research ed.)*, 339(b3397), s. 839–842.
- Wilkin, D. (2001). Tackling organisational change in the new NHS. *British Medical Journal*, 322(7300), s. 1464–1467.
- Wyller, V.B., Gisvold, S.E., Hagen, E., Heggedal, R., Heimdal, A., Karlsen, K., Mellin-Olsen, J., Størmer, J., Thomsen I. och Wyller, T.B. (2013). Ta faget tilbake! *Tidsskrift for den norske legeforeningskrift*, 133(6), s. 655–659.
- Økonomi- og Indenrigsministeriet (2013). *Evaluering af kommunalreformen.* Köpenhamn: Økonomi- og Indenrigsministeriet.



Bilaga 1 – Intervjuade personer

Land	Funktion	Datum för intervjun
Norge		
Lars Erik Flatö	Statssekreterare för helseminister Tore Tønne under genomförandet av reformen. Var en av nyckelpersonerna för att driva fram sjukhusreformen. Representerade Arbeiderpartiet. I dag är han generalsekreterare i norska Stadsmissionen.	9 april 2014
Ole Berg	Professor emeritus i sjukvårdsadministration vid universitetet i Oslo. Tidigare chef för Centrum för sjukvårdsadministration.	15 april 2014
Gunnar Berge	Tidigare finansminister och kommunminister i Norge. För närvarande styrelseledamot i ett hälsoföretag, Helse-vest.	7 maj 2014
Göran Stiernstedt	Styrelseledamot i hälsoföretagen Aker, Ullevål, Oslo Universitets-sjukhus och Akershus universitetssjukhus år 2002 till våren 2014. Ordförande i hälsoföretagsstyrelserna för Oslo Universitetssjukhus år 2011 och för Akershus år 2012 till 2014.	15 september 2014
Nederländerna		
Matjis Romme	Utredningsansvarig på Läkarförbundet i Nederländerna	16 april 2014
Patrick Jeurissen	Koordinator vid "Strategy and Knowledge Management" vid Departementet för Hälsa, Vårld och Idrott.	17 april 2014
Storbritannien		
Nick Bosanquet	Emeritus Professor i Health Policy, Imperial College London.	20 maj 2014
Philip Hunt	Biträdande sjukvårdsminister (för överhuset) 1999-2003. Sjukvårdsminister 2007. Ordförande för Heart of England NHS Foundation Trust.	22 april 2014
Danmark		
Bente Hyldahl Fogh	Administrativ chef vid Danska Läkarföreningen.	9 april 2014
Karsten Vrangbæk	Professor i hälso- och sjukvårdsforskning, Institut for Folkesundhedsvidenskab, Köpenhamns Universitet.	9 april 2014
Ib Valsborg	Departementschef för Indenrigs- og Sundhedsministeriet under genomförandet av reformen.	11 april 2014

Bilaga 2 – Indikatorer för bedömning av medicinska resultat och kostnader

Indikatorerna som har använts för att bedöma respektive hälso- och sjukvårdssystemens medicinska resultat och kostnader har hämtats från OECD Health Statistics. Senast tillgänglig data har använts för respektive land, vilket i regel är 2011 eller 2010. En datapunkt är dock från 2009 (indikatorn astma för Danmark) (se tabell 15).

Tabell 15. Resultat för respektive indikator och land.

	PYLL	Spädbarnsdödlighet	Bröstcancer	Stroke (ischemisk)	Höftfraktur	Hjärtinfarkt (AMI)	Vaccination mässling	BNP
Danmark	3237,1	3,6	82	3,9	93,3	3,3	90	10,8671
Nederländerna	2737,6	3,6	85,9	7,5	95,1	6,8	96	11,9369
Norge	2775,4	2,4	86,1	5,5	-	4,1	94	9,2837
Sverige	2486,9	2,1	86,3	6,6	91,2	4,8	97	9,4661
Storbritannien	3261,8	4,3	80,7	11,7	86,4	8,4	93	9,4184

Tabell 16 beskriver indikatorernas innebörd. Valet av indikatorer syftar till att ge en övergripande bild av sjukvårdens resultat och kostnader. Vi har också gjort en avvägning mellan möjligheten att spegla sjukvården i sin helhet och tillgången till stabila indikatorer. I valet av indikatorer ingår till exempel ingen indikator för psykiatri eller för tillgänglighet till hälso- och sjukvården. Det beror på att det är svårt att hitta pålitliga mått för området som går att använda i internationella jämförelser.

Tabell 16. Beskrivning av indikatorer för en jämförelse av de olika hälso- och sjukvårdssystemens kvalitet och kostnader.

Indikator	Förklaring
PYLL	Förlorade levnadsår (Potential Years of Life Lost). Måttet visar hur många levnadsår som kunde ha räddats om individer inte hade avlidit i förtid (före 69 års ålder). Antalet förlorade år är i förhållande till 100 000 invånare, alltså normerat för befolkningsstorlek.
Spädbarnsdödlighet	Antalet döda barn inom 28 dagar efter födseln per 100 000 levande födda.
Bröstcancer	Femårsöverlevnad per 100 000 invånare.
Stroke	Andelen patienter intagna levande på sjukhus med diagnosen ischemic stroke som överlever längre än 30 dagar.
Hjärtinfarkt	Andelen patienter intagna levande på sjukhus med diagnosen hjärtinfarkt som överlever längre än 30 dagar.
Höftfraktur	Höftledsoperation inledd inom 48 timmar från akut intag på sjukhus vid höftledsbrott.
Astma	Inläggning i slutenvård på grund av astma per 100 000 invånare.
Utgifter/BNP	Sjukvårdsutgifter i förhållande till BNP. Både privata och offentliga utgifter, dock ej äldreomsorg och handikappomsorg.

Strukturreformer i hälso- och sjukvårdssystem

Erfarenheter från Danmark, Norge, England och Nederländerna

I denna rapport analyserar Vårdanalys hur några europeiska länder har genomfört större systemförändringar inom hälso- och sjukvården, så kallade strukturreformer. Några exempel är sjukhusreformen i Norge och kommunalreformen i Danmark. Syftet är att belysa erfarenheterna av reformerna. Analysen visar bland annat att förändringarna har genomförts för att möta liknande utmaningar som de som finns i Sverige. Kunskaperna om reformernas effekter och genomförande är därför värdefulla i diskussionen om hur den svenska hälso- och sjukvården kan utvecklas.

Myndigheten för vårdanalys (Vårdanalys) uppgift är att ur ett patient-, brukar- och medborgarperspektiv följa upp och analysera hälso- och sjukvården, tandvården och gränssnittet mellan vården och omsorgen. Vårdanalys har patienternas och brukarnas behov som utgångspunkt i sina granskningar. Myndigheten ska också verka för att samhällets resurser används på bästa sätt för att skapa en så god hälsa och patientupplevd kvalitet som möjligt. Syftet är att bistå vården och omsorgen med att förbättra kvalitet och effektivitet – förbättringar som ytterst ska komma patienter, brukare och medborgare till del.

