

Sammanfattning

Uppdraget

Uppdraget i det nu aktuella betänkandet är enligt direktiven att analysera och bedöma de krav på resurser som framför allt de demografiska utvecklingen i kombination med medicinteknisk utveckling kan komma att ställa på hälso- och sjukvården under perioden fram till år 2010. Omvårdnadsarbetets betydelse för kvaliteten bör särskilt beaktas.

Kommittén har vidare att beakta de beslut som riksdagen fattar om det samhällsekonomiska utrymmet för skattefinansierad kommunal verksamhet.

I de allmänna utgångspunkterna för kommitténs uppdrag framhålls att hälso- och sjukvården är av grundläggande betydelse för välfärden och människors trygghet. Principerna om en solidariskt finansierad och rättvist fördelad hälso- och sjukvård är centrala inslag i den generella välfärdspolitiken och måste hävdas även i ekonomiskt kärva tider. Det skall enligt regeringen vara en självklarhet för varje individ att det finns en hälso- och sjukvård av god kvalitet och att den som är sjuk skall få den vård och omsorg han eller hon behöver oberoende av sin egen ekonomi.

Samtidigt framhålls bl.a. att svensk hälso- och sjukvård står inför stora utmaningar. Den medicinska forskningen skapar nya möjligheter att behandla sjukdomar, särskilt i den växande gruppen äldre, samtidigt som de samhällsekonomiska restriktionerna skärps. Detta ställer höga krav på fortsatta åtgärder för att öka kostnadseffektiviteten liksom på den politiska processen när det gäller att åstadkomma en folklig förankring för de grundläggande prioriteringarna. Kraven skärps också på en öppen dialog mellan politiker, administratörer och de som arbetar i hälso- och sjukvården i syfte att utveckla verksamheten och hushålla med begränsade resurser.

Dagens system med landsting och kommuner som finansierare och tillhandahållare av hälso- och sjukvården skapar enligt regeringen goda förutsättningar att tillgodose krav på såväl kostnadskontroll och kostnadseffektivitet som demokratisk

styrning, insyn och kontroll. Enligt regeringen finns det behov av regionala självstyrelseorgan för hälso- och sjukvården även i fortsättningen. Vidare bör kommunerna liksom nu bör vara huvudmän för en del av sjukvården. Regeringen lägger mot den bakgrunden fast att kommitténs överväganden och förslag skall utgå från dagens system med landsting och kommuner som finansierare och tillhandahållare av hälso- och sjukvård.

Bakgrund

Hälso- och sjukvården växte relativt snabbare än andra samhällssektorer under 1960- och 1970-talet. Under 1980-talet ställdes successivt krav på att hälso- och sjukvården skulle vara i balans med utvecklingen inom den övriga samhällsekonomin. Under 1990-talet skärptes kraven ytterligare på grund av den svenska ekonomins tillbakagång.

Det finns flera förklaringar till den snabba expansionen av hälso- och sjukvården under de senaste decennierna. En viktig förklaring är sjukvårdspolitiska målsättningar om solidarisk finansiering och att samtliga medborgare skall få del av sjukvården på lika villkor. En annan och lika viktig förklaring är medicinska framsteg som har gjort det möjligt att behandla många tillstånd som tidigare inte varit tillgängliga för medicinsk behandling. Förbättrad tillgänglighet och befolkningens berättigade tilltro till sjukvårdens ökade möjligheter liksom att befolkningen har ökat och att svenska folket har blivit äldre är andra förklaringar. Antalet invånare som var 80 år och äldre ökade under tidsperioden 1960 - 1990 från cirka 140 000 till cirka 390 000 och Sverige hade därmed världens äldsta befolkning. Vårdefterfrågan, särskilt i de högst åldrarna, ökade mycket kraftigt under samma tidsperiod, även ålderstandardiserat. Urbaniseringen och den minskande andelen hemarbetande kvinnor har också haft betydelse för expansionen.

Hälso- och sjukvården har under de senaste decennierna kommit att ta i anspråk en växande andel av resurserna i den totala samhällsekonomin. Sektorn har emellertid också kommit att spela en viktig roll som stimulans för samhällsekonomin. Hit hör de självklara och viktiga uppgifterna att återställa arbetsförmågan hos människor i arbetsför ålder som drabbats av sjukdom eller skada liksom att förebygga sjukdomar eller skador som annars skulle ha lett till nedsatt eller förlorad förmåga till produktivt arbete. Hälso- och sjukvården är i grunden humanitär och utgår från att alla

människor har ett lika värde oberoende av personliga egenskaper och funktioner i samhället. Sjukvården skall från denna värderingsbas hjälpa sjuka människor och därvid beakta varje människas rätt till integritet och självbestämmande.

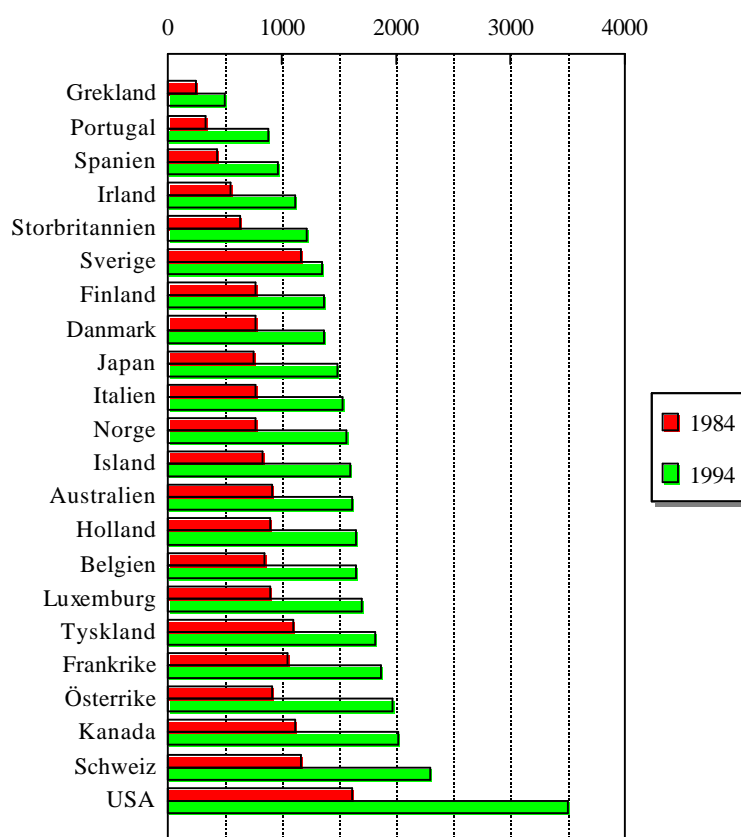
Hälso- och sjukvården är också en mycket betydelsefull del av svensk arbetsmarknad, inte minst för kvinnor. Sektorns betydelse för sysselsättningen är också viktig i ett regionalpolitiskt perspektiv genom sin geografiska spridning i landets olika delar. Detta har stor betydelse för regioner med svagt utvecklat näringsliv, där sjukvården inte bara har skapat arbetstillfällen utan också har en indirekt effekt på sysselsättningen inom andra näringar. Genom den utbyggnad som skett av vårdcentraler, lokala sjukhem och sjukhus har denna effekt ytterligare förstärkts. Hälso- och sjukvården har således betydelse både när det gäller att upprätthålla den inhemska efterfrågan och att stödja näringslivets hemmamarknad. Verksamheten spelar också en viktig roll för den svenska exportindustrin. Det gäller inte minst för svensk läkemedelsindustri, vars framgångar på världsmarknaden till stor del beror på det samarbete som utvecklats med olika medicinska forskningsinstitutioner, som i sin tur haft möjligheter till nära samverkan med kvalitativt högtstående vård och behandling.

Den långsiktiga utvecklingen av sjukvårdskostnaderna i Sverige har inte påtagligt skilt sig från den i andra OECD-länder – med den skillnaden att Sverige både expanderat och stramat åt sjukvårdskostnaderna i en snabbare takt. Under senare delen av 1970-talet och början av 1980-talet fortsatte den snabba kostnadsökningen i Sverige medan de flesta andra länder bromsade in. I praktiken innebär detta att de flesta andra länder under den perioden var snabbare med att vidta åtgärder för att anpassa sjukvårdskostnaderna till den ekonomiska utvecklingen än Sverige. Den svenska utvecklingen under den aktuella perioden förklaras bl.a. av den överbrygningspolitik som fördes, dvs. den politiska målsättningen att genom offentlig expansion stimulera ekonomin i en internationell lågkonjunktur för att motverka arbetslöshet. Efter 1982 avviker Sverige från det internationella mönstret genom att ökningstakten i sjukvårdskostnaderna varit lägre än i de flesta andra OECD-länder. Efter 1992 avviker Sverige från de flesta andra länder genom att minska sjukvårdskostnaderna både som andel av BNP och realt. Mellan 1992 och 1994, dvs. efter Ädelreformen, sjönk utgifterna med cirka 2 procent eller drygt 2 miljarder kronor.

Sveriges utgifter för hälso- och sjukvård som andel av BNP ligger numera i nivå med övriga nordiska länders och något över Storbritanniens, men väsentligt lägre än Tysklands. En jämförelse av köpkraftskorrigerade per-capita-utgifter för hälso- och

sjukvården i ett antal OECD-länder visar som framgår av figur 1 att Sverige tillhör de länder som för närvarande satsar minst på sjukvård.

Figur 1 Utgifter för hälso- och sjukvård i några OECD-länder
 US\$ per capita korrigerad för skillnader i köpkraft (s.k. köpkraftspariteter, PPP)



Källa: OECD Health Data 96, OECD, Paris 1996

Antalet anställda i sjukvården fortsatte att öka under hela 1980-talet, liksom antalet arbetade timmar. Trendbrottet kom i början av 1990-talet. Därefter har antalet anställda minskat varje år. Antalet läkare och sjuksköterskor är emellertid i stort sett oförändrat. Sverige har ungefär lika många läkare anställda per 1 000 invånare som Schweiz, Danmark och Frankrike men betydligt fler än USA och Storbritannien. Jämfört med de flesta andra länder har Sverige få läkarbesök och vårdplatser samt korta medelvårdtider.

Inom äldre- och handikappomsorgen ökade antalet årsarbetare mellan 1986 och 1994 med cirka 23 000 korrigerat för effekterna av Ädelreformen. Antalet undersköterskor och sjuksköterskor har ökat efter Ädelreformen, medan antalet vårdbiträden minskat. Även

antalet arbetsterapeuter och sjukgymnaster har ökat i takt med att kommunerna byggt upp egna rehabiliteringsresurser.

Det finns inga säkra underlag för att bedöma på vilket sätt kvaliteten har påverkats av den omvandling som hälso- och sjukvården och äldreomsorgen genomgått under 1990-talet. Kommittén kan konstatera att sjukvården och äldreomsorgen har visat prov på mycket stor anpassningsförmåga och att effekterna av de reformer och organisatoriska förändringar som genomförts till stora delar är positiva. Samtidigt visar bl.a. Socialstyrelsens utvärdering av Ädelreformen och de expertbedömningar som gjorts inom ramen för HSU:s arbete på att det finns brister i sjukvården såväl i landstingen som i kommunerna. Bedömningarna av landstingens och kommunernas möjligheter att leva upp till de nationella målen för hälso- och sjukvården och äldreomsorgen måste göras mot den bakgrunden.

Saneringen av de offentliga finanserna ställer krav på fortsatta resursminskningar under kommande år både i landsting och kommuner. Som ett led i detta kommer antalet anställda i vårdsektorn att bli färre. Samtidigt växer kraven på vård och omsorg eftersom befolkningen ökar och andelen mycket gamla blir fler. Detta skärper kraven på fortsatta åtgärder för att ta vara på de rationaliseringsmöjligheter som finns. Svårigheterna att uppnå rationaliseringsvinster som kan uppväga de nedskärningar som landsting och kommuner planerar för under kommande år skall emellertid inte underskattas.

Kommittén kan konstatera att problemen för den svenska hälso- och sjukvården från samhällsekonomisk synpunkt inte längre kan sägas vara kostnadsnivån i sig, som numera är låg i ett internationellt perspektiv. Det samma torde gälla i fråga om kommunernas äldreomsorg om man tar hänsyn till ålderstrukturen, den internationellt sett mycket höga kvinnliga förvärvsfrekvensen och det förhållandet att Ädelreformen har medfört att en betydande del av vården av de gamla har förts över på kommunerna. Det grundläggande problemet inför 2000-talet är hur hälso- och sjukvården och äldreomsorgen skall kunna tillförsäkras en långsiktigt stabil finansiering som säkerställer att de nationella målen för verksamheten kan uppfyllas och att allmänhetens förtroende för verksamheten kan bibehållas. På kort sikt, dvs. före sekelskiftet, domineras finansieringsproblemen av saneringen av de offentliga finanserna. På lång sikt är problemet hur utvecklingen inom hälso- och sjukvården och äldreomsorgen skall kunna harmoniseras med den samhällsekonomiska utvecklingen.

Kommitténs analyser av resursbehoven

Baskalkylerna

Landstingens kostnader för hälso- och sjukvården, exklusive tandvården, uppgick år 1994 till 91 miljarder kronor, varav 71,7 miljarder avsåg läns- och regionssjukvården och 19,3 miljarder kronor primärvården.

Genom Ädelreformen överflyttades en betydande del av hälso- och sjukvården från landstingen till kommunerna. Därför ingår även den kommunala hälso- och sjukvården i kommitténs bedömning av resursbehoven. Eftersom hälso- och sjukvården i kommunerna är samordnade och integrerade med de sociala insatserna för de äldre har det inte varit möjligt för HSU 2000 att avgränsa kostnaderna för den del av verksamheten som är hälso- och sjukvård från de sociala insatserna i äldreomsorgen. De totala kostnaderna för äldreomsorgen i kommunerna uppgick år 1994 till knappt 53 miljarder kronor.

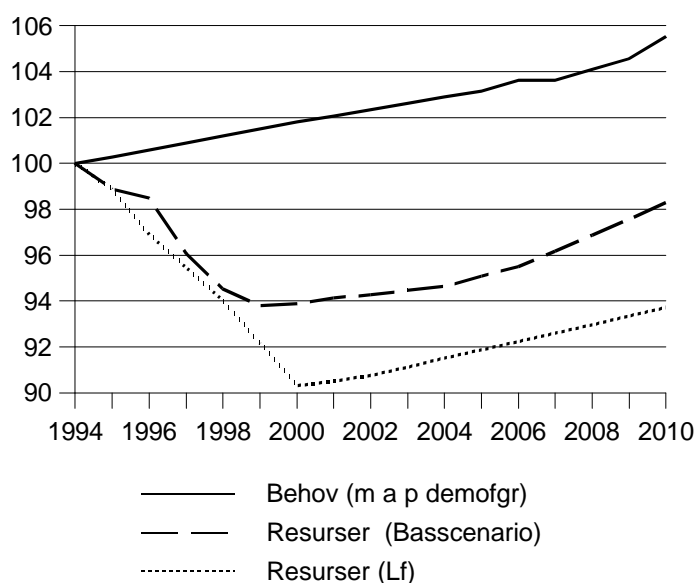
Kommitténs analyser av resursbehoven tar sin utgångspunkt i en s.k. baskalkyl. I denna antas landstingens respektive kommunernas framtida utgifter för vård och omsorg motsvara de krav på resurser som följer av den demografiska utvecklingen fram till år 2010. En demografisk framskrivning bygger på att framtidens hälso- och sjukvård bedrivs på samma sätt och till samma kostnad per capita som i dag och visar enbart på förändringar i befolkningens storlek, ålderssammansättning och dödlighet och bortser från alla andra faktorer som kan påverka utvecklingen.

Baskalkylen innehåller också en prognos om hur det reala utrymmet för landstingens respektive kommunernas konsumtion (konsumtionsvolym) kan komma att utvecklas fram till år 2010. Denna prognos baseras i huvudsak på regeringens antaganden om den ekonomiska tillväxten samt det aviserade kravet på en kommunal ekonomi i balans före sekelskiftet. Statsbidragen och skattesatserna har antagits vara nominellt oförändrade under hela perioden. Avgifterna har antagits följa den allmänna prisutvecklingen.

En demografisk framskrivning innebär att *kraven på resurser för landstingens hälso- och sjukvård* ökar med 5-6 procent fram till år 2010. Om man ställer de demografiskt betingade kraven på framtida resurser mot det beräknade utrymmet för landstingskommunal konsumtion under planeringsperioden – och antar att hälso- och sjukvården behåller sin relativa andel av

landstingens intäkter – finner man att det successivt uppstår ett gap mellan behov och resurser (se figur 2). Gapet är störst omkring sekelskiftet – omkring 8 procent eller 7 miljarder kronor. Under perioden 2001 - 2010 beräknas gapet sjunka med knappt 1 miljard kronor. Gapet blir större om Landstingsförbundets prognoser vad beträffar landstingens intäkter slår in. Skillnaden jämfört med basscenariot beror i huvudsak på olika bedömningar beträffande nivån på de specialdestinerade statsbidragen samt effekterna av förändrade löner och priser över tiden.

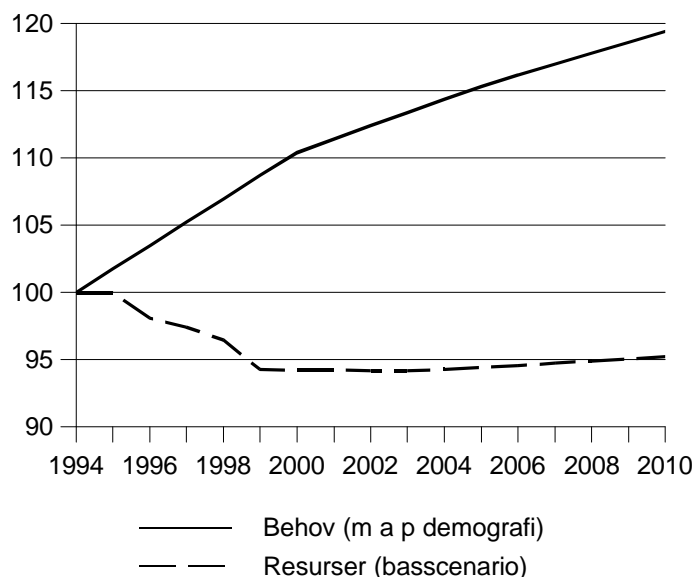
Figur 2 Behov och resurser inom hälso- och sjukvården 1994 - 2010
Index där 1994=100 (varje procentenhet motsvarar cirka 900 miljoner kronor)



En demografisk framskrivning innebär att *kraven på resurser för kommunernas äldreomsorg* ökar med drygt 19 procent till år 2010. Om man ställer de demografiskt betingade resursanspråken mot det beräknade utrymmet för kommunal konsumtion under planeringsperioden – och antar att äldreomsorgen behåller sin relativa andel av kommunernas intäkter – finner man att det successivt uppstår ett växande gap mellan behov och resurser (se figur 3). År 2000 beräknas det demografiskt betingade gapet uppgå till 16 procent eller 8 miljarder kronor. Under perioden 2001 - 2010 ökar gapet till totalt 12 miljarder kronor (24 procent).

Figur 3 Behov och resurser inom äldreomsorgen 1994 - 2010

Index där 1994=100 procent (varje procentenhet motsvarar cirka 500 miljoner kronor)



Om man tittar i backspegeln kan konstateras att *demografiska framskrivningar* oftast skulle ha underskattat kraven på framtida resurser för hälso- och sjukvården. Att kostnaderna ökat förklaras till stor del av en förändrad ålderstruktur med en ökad andel äldre i befolkningen som medför att de åldersrelaterade sjukdomarna ökar. Medicinska landvinningar har emellertid spelat en mer avgörande roll för kostnadsutvecklingen än befolkningens ålderssammansättning. Medicinska framsteg medför ofta högre kvalitet och bättre utfall mätt i överlevnad och livskvalitet men till priset av avsevärda kostnadsökningar. För äldreomsorgen har befolkningsutvecklingen varit mer utslagsgivande. Genom Äldreformen har emellertid en betydande del av sjukvården för de äldre förts över till kommunerna, vilket påverkar relevansen av de demografiska framskrivningarna både när det gäller hälso- och sjukvården i landstingen och kommunernas äldreomsorg inför år 2010.

Prognoserna om det *ekonomiska utrymmet* för hälso- och sjukvård respektive äldreomsorg är säkrare på kort sikt än på lång sikt. Storleken på gapen mellan behov och tillgängliga resurser kommer att styras av bl.a. de politiska beslut som kommer att fattas under perioden när det gäller skatter, statsbidrag och avgifter men är i ännu högre grad beroende av den samhällsekonomiska utvecklingen. Med en bättre samhällsekonomisk tillväxt och lägre arbetslöshet än den antagna minskar gapen. Om utvecklingen går i motsatt riktning blir gapen större.

Demografi, sjuklighet, medicinsk utveckling och vårdkostnader inför år 2010 enligt expertbedömningarna

Utvecklingen av sjukligheten i befolkningen – liksom de nya möjligheter som den medicinska utvecklingen skapar – har stor betydelse för kraven på resurser för vård och omsorg. HSU 2000 har tillsammans med flera av Sveriges mest framstående medicinska experter lagt ner ett omfattande arbete på att analysera de krav på resurser som genereras av den demografiska och medicinska utvecklingen såväl vad beträffar de stora folksjukdomarna som sjukdomspanoramat i övrigt. Tyngdpunkterna i bedömningarna ligger i enlighet med direktiven på sjukdomar som främst drabbar äldre människor.

Behovet av hälso- och sjukvård varierar mellan individer och under livscykeln. Hälsan är ojämt fördelad i befolkningen och risken att drabbas av sjukdom ökar starkt med stigande ålder. Individer med kroniska och långvariga sjukdomar har särskilt stora behov av sjukvård. Det samma gäller de flesta av oss vad avser livets slutskede.

Under ett kalenderår tar drygt 10 procent av befolkningen i anspråk cirka 50 procent av landstingens resurser för hälso- och sjukvård. Det gäller kostnader för vården i livet slutskede – cirka 1 procent av befolkningen dör varje år – samt vården av patienter med en eller flera kroniska sjukdomar eller höftfraktur. Hälso- och sjukvårdskostnaderna för övriga 90 procent av befolkningen handlar i stor utsträckning om graviditet och förlossningar, förkylning och öroninflammationer, ont i ryggen, högt blodtryck samt sårskador, frakturer och förgiftningar.

Ädelreformen har medfört att vården i livets slutskede när det gäller de äldsta i stor utsträckning förts över från sjukvården i landstingen till kommunernas äldreomsorg. Vården i livet s

slutskede svarar för drygt 18 procent eller 9 miljarder kronor av den kommunala äldreomsorgens kostnader. Demensvården är numera i allt väsentligt kommunernas ansvar. Kostnaderna för vården av äldre med svår eller måttlig demens – ofta i kombination med annan sjuklighet – beräknas motsvara cirka 40 procent av de totala kostnaderna för äldreomsorgen. Cancer, särskilt i livets slutskede, och stroke är andra sjukdomar som i stor utsträckning tas om hand inom äldreomsorgen.

De expertbedömningar som gjorts inom ramen för kommitténs arbete tar hänsyn till utvecklingen av sjukligheten i befolkningen samt de rationaliseringsmöjligheter respektive kostnadsökningar som nya medicinska metoder och en förändrad vårdstruktur ger. De tar också hänsyn till de brister som för närvarande finns inom vissa delar av sjukvården.

Bedömningarna tyder på att de sjukdomar – inklusive vården i livets slutskede – som i dag tar i anspråk den största andelen av hälso- och sjukvårdens respektive äldreomsorgens resurser kommer att kräva betydande resurser i även i framtiden. De medicinska framstegen medför att allt fler patienter överlever akuta sjukdomstillstånd och kroniska sjukdomar med ökad livskvalitet och förbättrad funktionsförmåga. Det innebär samtidigt att många patienter riskerar att återinsjukna i samma sjukdom och drabbas av ytterligare någon kronisk sjukdom som kräver vård och omsorg. Sjukvården och äldreomsorgen kommer därför i ökad utsträckning att ställas inför uppgiften att ta hand om äldre människor med en eller flera kroniska sjukdomar med långa sjukdomsförlopp.

Några avgörande förändringar i sjukdomspanoramat i övrigt bedöms inte inträffa under planeringsperioden. Svenska folket har i många avseenden förbättrat sina levnadsvanor och därigenom minskat riskerna för sjukdom och för tidig död. Framst gäller detta att allt färre, både män och kvinnor, röker. Kostvanorna har också förbättrats. Oroande trender är emellertid att de sociala skillnaderna i hälsa ökar och att kvinnors hälsa inte utvecklas lika gynnsamt som männens. Erfarenheterna från Danmark och den kunskap som finns om redan inträffade förändringar i riskpanoramat i Sverige talar för att man inte kan ta en fortsatt positiv hälsoutveckling för given. Den höga arbetslösheten är enligt många företrädare inom folkhälsoområdet ett av de största hotet mot folkhälsan. Mycket talar således för att de sociala skillnaderna i hälsa kommer att öka om de sociala klyftorna i samhället ökar ytterligare och arbetslösheten ligger kvar på en fortsatt hög nivå.

En fortsatt dynamisk medicinsk utveckling bedöms medföra ökade krav på resurser. Nya behandlingsmetoder, både kirurgiska och läkemedel, som gör det möjligt att behandla sjukdomar som inte

tidigare var behandlingsbara kommer att introduceras liksom mer skonsamma behandlingsmetoder som vidgar indikationerna för behandling. Framsteg inom medicinsk teknologi medför emellertid också att billigare och mer effektiva behandlingsmetoder ersätter mindre effektiva och skapar förutsättningar för en fortsatt strukturomvandling inom sjukvården och äldreomsorgen.

Vårdtiderna på sjukhus bedöms fortsätta att minska för i stort sett varje sjukdomsgrupp. Patienter som i dag sköts i specialistvård bedöms i ökad utsträckning kunna tas om hand inom primärvården och i de särskilda boendeformerna i kommunerna. Primärvårds- och sjukhusansluten hemsjukvård förväntas expandera på slutenvårdens bekostnad. Den dagkirurgiska och dagmedicinska vården bedöms kunna byggas ut ytterligare.

Sammantaget tyder expertbedömningarna på att behovet av resurser för hälso- och sjukvård i *landstingssektorn* skulle kunna ligga i linje med vad som följer av en demografisk framskrivning. Kraven på resurser för de äldre bedöms öka mer än vad som genereras av en demografisk framskrivning. Denna bedömning baseras bl.a. på att vissa kroniska sjukdomar ökar mer än vad som följer av en demografisk framskrivning och att det finns brister i sjukvården, framför allt när det gäller landstingens medicinska insatser i den kommunala sjukvården och växande köer som behöver åtgärdas. De ökade resurskraven för de äldre bedöms emellertid kunna uppvägas av att kraven på resurser för åldersgruppen 15-64 år kan bli lägre än vad som följer av en demografisk framskrivning. Den bedömningen baseras på att de möjligheter till strukturomvandling och ett effektivare resursutnyttjande som bl.a. ny medicinsk teknologi ger tas till vara.

Hälso- och sjukvården i landstingen och den kommunala sjukvården är kommuniserande kärl. Utvecklingen mot mer öppna vårdformer ställer ökade krav på kvalificerade medicinska insatser och omvårdnad i *kommunernas äldreomsorg*. En bättre samverkan mellan kommuner och landsting och en ändamålsenlig resursfördelning kan bidra till att de samlade resurserna för vård och omsorg i landsting och kommuner kan användas effektivare med högre vårdkvalitet som resultat. De expertbedömningar som gjorts i fråga om vården i livets slutskede och de sjukdomar som drabbar äldre människor tyder på att en demografisk framskrivning av kostnaderna för äldreomsorgen underskattar de framtida kraven på resurser. Resurserna och kompetensen för vården i livets slutskede i kommunerna är bristfälliga och behöver förstärkas. Vården av äldre patienter med cancer kräver ökade resurser i den kommunala äldreomsorgen liksom rehabiliteringen av patienter med stroke och höftfraktur. Demensvården kan också komma at t

kräva mer resurser i kommunerna än vad som följer av en demografisk framskrivning.

Expertbedömningarna är mycket kvalificerade och sammanfattar kunskapsläget när det gäller våra vanligast förekommande sjukdomar. Det finns enligt kommittén inget annat underlag som kan ge mer tillförlitliga hållpunkter för bedömningarna av de framtida kraven på resurser för hälso- och sjukvård i landsting och kommuner. Trots detta måste det samlade resultatet av bedömningarna tolkas med en viss försiktighet. Polariseringen i hälsa mellan olika grupper i befolkningen ökar sannolikt om de sociala klyftorna ökar ytterligare och arbetslösheten ligger kvar på en hög nivå, vilket i så fall medför att kraven på resurser blir större än vad som följer av en demografisk framskrivning. Andra faktorer kan verka i motsatt riktning. Den medicinska utvecklingen är mycket snabb och svår att förutsäga. Medicinska forskningsgenombrott som innebär effektiva behandlingsmetoder vid en eller flera stora folksjukdomar – eller vacciner som förebygger sådana sjukdomar – skulle kunna få stora konsekvenser för de framtida resurskraven. Sådan forskning pågår både i Sverige och i andra länder och det kan inte uteslutas att forskningsgenombrott kommer att inträffa under planeringsperioden. Andra forskningsgenombrott kan verka i motsatt riktning och leda till ökade resurskrav.

En mer offensiv folkhälsopolitik skulle kunna dämpa kraven på resurser för vård och omsorg om insatserna ger avsedda effekter. Regeringen beslutade i december 1995 att tillkalla en parlamentarisk kommitté (S 1995:14) med uppgift att utarbeta förslag till nationella mål för hälsoutvecklingen. Målen skall vara vägledande för samhällets insatser för att främja folkhälsan, förebygga ohälsa, minska hälsorisker samt förhindra förtida och undvikbar funktionsnedsättning, sjuklighet och död. Av budgetpropositionen för år 1997 (prop. 1996/97:1, volym 4) framgår att utredningsarbetet kommer att påbörjas inom kort. I propositionen framhålls också att hälso- och sjukvårdssektorn har en viktig uppgift när det gäller att undersöka och klarlägga samband mellan bl.a. arbetslöshet och hälsorisker för att ge underlag för andra samhällssektors agerande ur ett folkhälsooperspektiv. Regeringen framhåller att folkhälsoarbete måste intensifieras och tydligare inriktas på strukturella insatser i första hand riktade mot den del av befolkningen som är utsatt för de största hälsoriskerna. I uppdraget till HSU 2000 ingår bl.a. att definiera hälso- och sjukvårdens ansvar för folkhälsoarbetet och överväga hur samverkan mellan olika samhällssektorer och aktörer kan förbättras. Kommittén avser att redovisa sina överväganden och

förslag med anledning av det uppdraget i anslutning till slutbetänkandet, som skall redovisas senast den 1 april 1997.

Till svårigheterna när det gäller bedömningar av de framtida kraven på resurser för sjukvården i kommunerna hör framför allt att bedöma och kvantifiera i vilken mån kraven på ökade resurser kan kompenseras genom ett effektivare resursutnyttjande och/eller besparingar inom andra delar av äldreomsorgen. Till bilden hör också att avgiftsintäkterna ökar till följd av att allt fler ATP-pensionärer kommer in i äldreomsorgen samtidigt som andelen pensionärer utan ATP blir färre. Det förhållandet att morgondagens pensionärer kommer att ha bättre inkomstförhållanden än dagens bidrar således i sig till att avgifterna kommer att lämna något större bidrag till finansieringen på längre sikt.

Strukturomvandling och verksamhetsutveckling

Under de senaste åren har landstingen påbörjat ett arbete med att förändra sjukvårdsstrukturen i mer genomgripande former än tidigare. Det arbetet fortsätter under kommande år och berör alla delar av hälso- och sjukvården. Förutom fortsatta minskningar av antalet vårdplatser vid akutsjukhusen förändras fördelningen av uppgifter mellan sjukhusen samt mellan sjukhusen, den öppna specialistvården utanför sjukhus, primärvården och de särskilda boendeformerna i kommunerna. I förändringsarbetet ingår också ett mer flödesorienterat synsätt utifrån patientens perspektiv med betoning på vårdkedjor och vårdprogram.

Enligt kommittén är en fortsatt strukturomvandling och systematisk verksamhetsutveckling med utnyttjande av nya kostnadsbesparande teknologi och en bättre informationsförsörjning av stor betydelse för möjligheterna att använda de samlade resurserna effektivare i hälso- och sjukvården inför 2000-talet.

Förändringar av vårdstrukturen

Motiven för förändringar av vårdstrukturen är uppenbara. Under 1990-talet har mer än var femte vårdplats försvunnit i akutsjukvården samtidigt som antalet akutsjukhus i det närmaste är oförändrat. Ytterligare vårdplatser kommer att försvinna under kommande år samtidigt som vården i allt större utsträckning ges i olika öppna former och i patientens eget hem. En konsekvens av den utvecklingen är att organisationen av den slutna vård som blir kvar måste omprövas.

Sjukhusvården blir också mer intensifierad och specialiserad. Rationaliseringsvinster kan uppnås genom sammanslagningar av kliniker med likartat innehåll och genom andra uppluckringar av klinikgränser (centrumbildningar och allvårdsavdelningar).

Kvalitets- och effektivitetsskäl kan vara motiv för att överväga en fördelning av arbetsuppgifter mellan sjukhus och en samverkan i nätverk bland sjukhusen i stället för att varje sjukhus erbjuder ett komplett sortiment vårdtjänster. Ökade krav ställs också på sådant samarbete över de nuvarande landstingsgränserna och en starkare regional samordning för att uppnå en kostnadseffektiv vårdstruktur.

Utvecklingen av medicinsk teknologi kommer att göra det möjligt att sprida vissa undersöknings- och behandlingsformer till många sjukhus. Samtidigt ställs krav på att dyrbar apparatur och behandling av ovanliga sjukdomar koncentreras med hänsyn till kvalitet, säkerhet och kostnader. Av samma skäl kan det vara motiverat att i ökad utsträckning göra en profilering mellan universitetssjukhusen. Säkerhet och kvalitet anförts från vissa håll som skäl för koncentration även av mindre ovanliga sjukdomar. Var gränserna skall sättas för koncentration respektive spridning råder det delade meningar om i professionen. Expertbedömningarna tyder på att man kan förutse en ökad spänning i bedömningarna av värdet av centralisering respektive decentralisering på flera områden. Den snabba utvecklingen inom biomedicinsk forskning och inte minst informationsteknologi kan få stor betydelse för dessa värderingar framöver. Patienternas önskemål om närhet till sjukvård talar mot en alltför långt driven centralisering liksom hänsynen till närstående. Det förhållandet att en betydande del av hälso- och sjukvårdens resurser tas i anspråk för behandling av patienter med en eller flera kroniska sjukdomar med långa sjukdomsförlopp är andra faktorer som bör vägas in i bedömningarna. Enligt kommittén bör patienternas behov komma in starkare än i dag när den framtida sjukvårdsstrukturen utformas.

Det empiriska underlaget för bedömningar av stordriftsfördelar av att koncentrera vissa typer av vårdtjänster till vissa vårdenheter är mycket svagt. Studierna är få och utländska med de begränsningar det innebär när resultaten skall översättas till svenska förhållanden. De studier som finns tillgängliga *antyder* att lägst produktionskostnader uppnås med relativt stora och specialiserade sjukhus. Data som använts i dessa studier är emellertid bristfälliga och kvalitativa skillnader mellan olika alternativ har inte fullt ut beaktats. Förutsättningarna ändras också kontinuerligt till följd av att ny teknologi introducerats. Ett exempel är den snabba utvecklingen inom informationsteknologi och telemedicin. Möjligheten till distansdiagnostik minskar betydelsen av

geografiska avstånd. Det lilla sjukhuset eller vårdcentralen kan via informations- och bildöverföring till specialister vid akutsjukhuset få hjälp med kvalificerad diagnostik och behandling. Andra möjligheter som öppnas är avancerad patientövervakning på distans i hemmet och på de särskilda boendeformerna i den kommunala sjukvården.

Modern informationsteknologi kan således komma att få stor betydelse för den framtida vårdstrukturen. Patienten kan i ökad utsträckning få tillgång till specialistvård på närsjukhuset, i hemmet och i det särskilda boendet. Med förbättrade samarbetsrutiner, gemensamma vårdprogram, utbildning och telemedicin bör en betydande del av sjukhusens öppna vård kunna föras över till primärvården som får ett delvis nytt innehåll med mer av specialistkonsultationer och specialistledd behandling lokalt.

En strukturomvandling är också så angelägen inom den kommunala äldreomsorgen genom insatser som så långt möjligt ersätter dyrare omsorgsformer med mer kostnadseffektiva alternativ. Som Kommunförbundet framhåller handlar det bl.a. om att öka inslagen av flexibla resurser som olika former av dagvård, avlastning, eftervård och rehabilitering i kombination med en mer utvecklad biståndsbedömning och vårdplanering.

Strukturomvandlingen har också en kostnadssida

Strukturomvandlingen i sjukvården ställer också stora krav på investeringar i personal- och kompetensutveckling liksom på kapitalinvesteringar. Sjukvårdspersonalen i landsting och kommuner behöver stöd för att utveckla ny kompetens som är anpassad till de förändrade arbetsuppgifterna i morgondagens sjukvård.

Ny teknologi och nya system för informationsförsörjning är som nämnts andra strategiska inslag i strukturomvandlingen i sjukvården, vilket i sin tur kräver stora investeringar under de närmaste åren. I sammanhanget bör framhållas att strukturomvandlingen förutsätter att även den kommunala sjukvårdspersonalen förses med modern teknologi och kunskaper inom området. Behovet av att kunna kommunicera med sjukhus och vårdcentraler och få stöd i vårdbeslut kommer att ställa krav på att den kommunala hälso- och sjukvården får tillgång till det som telemedicinen kan erbjuda samt till medicinsk konsultation.

Den strukturomvandling som på sikt skall ge en mer kostnadseffektiv sjukvård kräver således investeringar både i personal och teknologi på kort sikt för att effektiviseringspotentialen skall kunna frigöras.

Systematisk verksamhetsutveckling

Förutom förändringar av sjukvårdsstrukturen krävs åtgärder på en rad andra områden för att öka effektiviteten i resursutnyttjandet. Kommittén delar Landstingsförbundets bedömning att den största potentialen för att åstadkomma kostnadsreduceringar med bibehållen eller högre vårdkvalitet ligger i att konsekvent utnyttja kunskap om de mest kostnadseffektiva behandlingsmetoderna och strukturerna, tillgodogöra sig ny kostnad sreducerande teknologi och förbättra informationsförsörjningen samt att utveckla samverka n inom den hälso- och sjukvård som landstingen finansierar och den kommunala hälso- och sjukvården.

Utvärderade medicinska metoder bör införas på ett effektivare sätt och med kraftfullare styrning än tidigare. Den pågående utvecklingen mot vårdprogram baserad på uppdaterad kunskap och nationella riktlinjer bör kunna underlätta genomförandet liksom samordningen mellan olika vårdnivåer i landstingen och kommunernas hälso- och sjukvård. Här bör bl.a. Statens beredning för utvärdering av medicinsk metodik – SBU – kunna spela en mer aktiv roll.

De stora investeringar i system för verksamhetsbeskrivning, kostnadsredovisning och kvalitetsuppföljning som många landsting utvecklat under senare år utgör mycket viktiga instrument för en fortsatt systematisk verksamhetsutveckling. Landstingen har i den meningen bättre förutsättningar att planera och följa upp effekterna av de verksamhetsförändringar som nu skall genomföras än när arbetet med att reducera kostnaderna påbörjades i slutet av 1980-talet.

Indikationerna för behandlingar varierar kraftigt över landet. Stora skillnader bör analyseras för att undvika över- och underutnyttjande av olika behandlingar. Även här bör nationella riktlinjer och vårdprogramarbete kunna ge förutsättningar för större enhetlighet baserad på vetenskap och beprövad erfarenhet.

God kvalitet i sjukvården är i regel kostnadsbesparande. Fortsatt satsning på kvalitetsutveckling är därför angelägen även av sjukvårdsekonomiska skäl. Det pågående arbetet med att åstadkomma fungerande kvalitetsregister och Socialstyrelsens arbete med kunskapsöver sikter är centralt i det här sammanhanget. Det samma gäller i fråga om det arbete med kvalitetsutveckling som Socialstyrelsen, Spri, vårdpersonalens egna yrkesorganisationer och landstingen själva bedriver. Som framhålls av Landstingsförbundet är ett annat centralt bidrag till det systematiska utvecklingsarbetet den förändrade lagstiftningen med skärpta krav mot vårdgivare, som skett bl.a. genom en ny lagstiftning när det gäller tillsynen.

Det är också angeläget att lägga ökad vikt vid systematisk uppföljning av effektiviteten i omvårdnaden och ta till vara den kunskap som har vuxit fram inom vårdforskningen, något som hittills försumrats på många håll i sjukvården både i landsting och kommuner. Här vill kommittén särskilt understryka att det förhållandet att den kommunala sjukvården numera ansvarar för en betydande del av sjukvården för de äldre ställer krav på att kommunerna tar ett större ansvar än hittills för

kunskapsuppbyggnaden på området liksom på möjligheterna att följa och omsätta den kunskap som kommer ut av forskningen i den kommunala sjukvården.

Kommitténs bedömning av möjligheterna att sluta gapet mellan behov och resurser genom strukturomvandling och verksamhetsutveckling

Gapen mellan behov och resurser är betydande inför sekelskiftet. Kommittén gör bedömningen att det fortfarande finns möjligheter att möta ökade behov av vård och omsorg genom ett effektivare resursutnyttjande både i landsting och kommuner utan att vårdens kvalitet och tillgänglighet försämras. En strategisk fråga på kort sikt är emellertid i vilken utsträckning sådana åtgärder kan kompensera effekterna av de kostnadsminskningar som krävs före sekelskiftet för att uppnå balans i kommunernas och landstingens ekonomi år 1999 respektive år 2000 i enlighet med de överenskomna som träffats mellan regeringen och de båda kommunförbunden. Efter sekelskiftet är frågan i vilken utsträckning sådana åtgärder kan bidra till att ökade behov kan tillgodoses inom ramen för intäktsutvecklingen i kommuner och landsting.

Utvecklingen inom hälso- och sjukvården under 1990-talets första hälft har varit mycket omdanande. Den präglas bl.a. av Äldelformen, som medförde en genomgripande strukturell förändring av sjukvården och skapade en betydande potential till produktivetsförbättringar inom akutsjukvården, en potential som landstingen också tagit till vara. Flera andra reformer både på nationell och lokal nivå i kombination med administrativt förnyelsearbete och teknologiutveckling har verkat i samma riktning.

Kommittén anser att utvecklingen under den första hälften av 1990-talet måste betraktas som *unik*. Det är således inte realistiskt att räkna med att vårdplatsneddragningen kan bli lika omfattande under kommande år eller att produktiviteten kommer att kunna öka i samma takt. För det senare talar bl.a. att det numera finns tecken på att produktiviteten minskar både i sjukvården och i äldreomsorgen. Under kommande år krävs andra typer av åtgärder om kostnaderna skall kunna minskas utan att vårdens kvalitet och tillgänglighet minskas. Det arbetet måste i högre grad än tidigare

inriktas på att öka den samlade *effektiviteten* i hälso och sjukvården och äldreomsorgen.

Enligt kommitténs bedömning är det *teoretiskt* möjligt att sluta en betydande del av gapet mellan behov och resurser inför 2000 - talet genom förändringar av sjukvårdens yttre och inre struktur . Systematiska analyser som tar sikte på att harmonisera de variationer i praxis som finns redovisade inom i stort sett alla delar av sjukvården är andra åtgärder för att sluta gapet. Det handlar bl.a. om förändringar som rör själva kärnan i det medicinska beslutsfattandet; praxis, rutiner, indikationer för behandling , behandlingstraditioner, vårdprogram arbete, samordning grundad på analyser av patientflöden etc. Sådana förändringar förutsätter i hög grad engagemang och medverkan från både läkare och omvårdnadspersonal. Det är således angeläget att ta till vara det arbete med intern och extern effektivisering som olika yrkesgrupper i vården har initierat. Kommittén har fått sådant arbete presenterat för sig.

Vi vill samtidigt understryka att verksamhetsutveckling av det slaget inte kan planeras fram och ge resultat på kort sikt. Däremot kan man på olika sätt stödja att ett sådant arbete kommer till stånd genom att tillhandahålla strukturer och "arenor" för uppföljning och utveckling av verksamheten. Det finns således skäl att vara ödmjuk inför svårigheterna och inte knyta allt för stora förhoppningar till stora kostnadsbesparingar, särskilt på kort sikt.

Det finns också skäl att erinra om att Ädelreformen medförde att landstingens ansvar renodlats från en blandning av medicinska insatser samt specifik och allmän omvårdnad mot mer renodlad medicinska insatser och specifik omvårdnad. En betydande del av omvårdnaden, både den specifika och allmänna, har förts över till kommunerna. Enligt kommitténs bedömning skapar bl.a. inflödet av ny medicinsk teknologi särskilt goda förutsättningar för ytterligare effektiviseringar i den sjukvård som landstinget finansierar. Förutsättningarna är inte de samma i den omvårdnadsintensiva sjukvården i kommunerna, även om det finns goda möjligheter att effektivisera omvårdnadsarbetet bl.a. med hjälp av resultat från vårdforskningen.

Det är mycket svårt att bedöma vid vilken punkt kostnadsneddragningarna leder till oacceptabla försämringar. En särskilt känslig fråga rör vården av gamla och kroniskt sjuka patienter liksom vården i livets slutskede. Kommittén kan konstatera att landstingens i sina planer särskilt framhåller att omstruktureringen skall ske i sådana former så att äldre och svårt kroniskt sjuka skall kunna få sina vårdbehov tillgodosedda . Samtidigt är det värt att notera att den strukturomvandling som planeras i hög grad rör de delar av sjukvården som har ansvaret för

gamla och kroniskt sjuka. Antalet platser på medicinklinkerna fortsätter att minska kraftigt och ersätts av dagvård, primärvårds- eller sjukhusansluten rehabilitering i hemmet och annan avancerad hemsjukvård. Rehabiliteringen av strokedrabbade och andra kroniskt sjuka gamla människor liksom vården i livets slutskede flyttas i ökad utsträckning ut från sjukhusen till hemmet och de särskilda boendeformerna i kommunerna.

Den omstrukturering som genomförs eller planeras i flera landsting är betydligt mer genomgripande än vad som förutsätts i de tidigare redovisade expertbedömningarna. Bl.a. minskar antalet vårdplatser på akutsjukhusen betydligt mer. Det bör vidare framhållas att expertbedömningarna bygger på att minskningen av antalet vårdplatser i akutsjukvården kompenseras genom vissa resursförstärkningar i den öppna vården, framför allt i olika former av dagvård och i primärvården, för att verksamheten skall kunna bedrivas med oförändrad kvalitet. Resursförstärkningar förutsätts också i de särskilda boendeformerna i kommunerna bl.a. när det gäller vården i livets slutskede. De resursförstärkningar som planeras är inte alla av den omfattning som expertbedömningarna förutsätter. Detta skall bl. a. ses mot bakgrund av att det redan i dag finns brister när det gäller de medicinska insatserna för svårt sjuka och döende äldre patienter i landsting och kommuner och att en växande del av omvårdnaden är beroende av anhörigas och närstående insatser.

Kommittén observerar att landsting och kommuner vidtar de åtgärder som krävs för att åstadkomma de kostnadsminskningar som följer av balanskraven och att detta på många håll kräver betydande och snabba verksamhetsförändringar. Enligt kommittén finns det emellertid skäl att varna för att nedskärningarna kan medföra betydande kvalitetsförluster när det gäller vården av gamla och kroniskt sjuka om de genomförs i den takt och den omfattning som det är fråga om i flera landsting och kommuner.

Det är vidare utomordentligt angeläget att hälso- och sjukvården och äldreomsorgen utvecklas på ett sådant sätt att allmänhetens förtroende för verksamheten inte sviktar i grundläggande hänseenden. Få områden engagerar så breda grupper av befolkningen som sjukvård och äldreomsorg eftersom så många berörs antingen direkt – som patienter eller omsorgstagare – eller indirekt som anhöriga till någon som är sjuk och i behov av vård och omsorg. Det är därför inte förvånande att oron för nedskärningarna i sjukvården och äldreomsorgen breder ut sig och tar ett växande utrymme i den allmänna debatten. I opinionsundersökningar finner man ofta att många – trots vår i ett internationellt perspektiv höga skattnivå – är beredda att acceptera

t.o.m. högre skattetryck om man vet att pengarna går till sjukvård och äldreomsorg.

Enligt kommittén är en grundförutsättning för att kunna erbjuda en god hälso- och sjukvård på lika villkor för alla i nuvarande system att vården finansieras solidariskt och i huvudsak genom skatter och att tillgängliga resurser fördelas rättvist och efter behov, något som också läggs fast av regeringen i direktiven. En fortsatt solidarisk finansiering förutsätter emellertid att sektorn kan bibehålla och utveckla den trovärdighet och det starka förtroendet som vården och omsorgen av tradition har hos befolkningen. Om människor upplever att den vård och omsorg som samhället i demokratiska former beslutat om är för otillräcklig och av för dålig kvalitet är det ofrånkomligt att den betalningsvilja som finns, framför allt hos resursstarka grupper, kommer att kanaliseras via olika former av privatfinansierade lösningar för sjukvård och omsorg, bl.a. genom privata tilläggsförsäkringar för sjukvård och privata pensionsförsäkringar som kombineras med ett sparande för vård och omsorg. Vidare förutses framväxten av privatfinansierade sparformer för olika former av seniorboende som kan erbjuda service och omsorg. I förlängningen riskerar man en ojämlig vård och att grundvalen för den solidariska finansieringen undermineras. Viljan att göra de uppoffringar som det trots allt innebär att betala skatt till sjukvård och äldreomsorg kan nämligen allvarligt komma att påverkas negativt om man *samtidigt* måste betala privata sjukvårds- och äldreomsorgsförsäkringar. Det finns troligen ingen absolut gräns för när en sådan legitimitetskris inträffar. Enligt kommitténs bedömning ligger en legitimitetskris hotande nära om och när stora grupper t.ex. genom sina arbetsgivare, fackliga eller andra organisationer anser att det finns motiv att teckna försäkringar för sina medlemmar.

Bedömningarna av de framtida kraven på resurser för hälso- och sjukvård måste också beakta förutsättningarna för hälso- och sjukvårdens utveckling i ett längre perspektiv. Svensk medicinsk forskning och svensk hälso- och sjukvård har länge haft en internationellt framskjuten position. En förklaring till detta är att landstingen har lämnat ett betydande utrymme för forsknings- och utvecklingsarbete, kontinuerlig kompetensutveckling och kvalitetssäkring. Enligt kommittén finns det en risk för att utrymmet för sådana insatser kommer att minska till förmån för direkt patientarbete. En sådan prioritering kan synas vara motiverad på kort sikt med hänsyn till den tilltagande resursknappheten men kan medföra allvarliga risker för kunskaps- och kompetensutvecklingen på längre sikt. Kommunerna har, som nyss nämnts, ett mot-

svarande ansvar för kunskapsuppbyggnaden när det gäller omvårdnaden i den kommunala sjukvården.

I sammanhanget bör nämnas att regeringen i sin forskningspolitiska proposition (prop. 1996/97:5) *Forskning och samhälle* föreslår att hälso- och sjukvårdslagen kompletteras med en bestämmelse som preciserar landstingens ansvar för kliniskt forsknings- och utvecklingsarbete (FoU). Kommunerna föreslås få ett ansvar motsvarande landstingens inom den del av sjukvården som de har ansvar för. Sjukvårdshuvudmännens ansvar omfattar även folkhälsoforskningen. Propositionen bygger i huvudsak på förslag från HSU 2000 i delbetänkandet (SOU 1994:132) *Landstingens ansvar för kliniskt forsknings- och utvecklingsarbete*. HSU 2000 skall enligt direktiven behandla frågan om ansvarsfördelningen mellan staten och sjukvårdshuvudmännen i fråga om finansieringen av vårdforskningen. Kommittén avser att redovisa sina överväganden och förslag med anledning av det uppdraget i slutbetänkandet, som skall redovisas senast den 1 april 1997.

Till bilden hör också att de ekonomiska restriktionerna i baskalkylen utgår från "genomsnittslandstingets" hälso- och sjukvård respektive "genomsnittskommunens" äldreomsorg. I verkligheten varierar de ekonomiska förutsättningarna mellan olika landsting respektive olika kommuner. Några kommuner och landsting har redan genomfört betydande neddragningar och behöver endast göra mindre neddragningar för att klara balanskravet till år 1999 respektive år 2000. Andra står inför minskningar av konsumtionsvolymen som är betydligt större än vad som följer av kommitténs baskalkyler. Svårigheterna att anpassa konsumtionsvolymerna till de samhällsekonomiska restriktionerna varierar således kraftigt på kort sikt, dvs. före sekelskiftet.

Det nya utjämningsystemet för kommuner och landsting som trädde i kraft år 1996 påverkar också de ekonomiska förutsättningarna. Systemet syftar till att långsiktigt ge kommuner respektive landsting likvärdiga ekonomiska förutsättningar att bedriva sin verksamhet, vilket sker genom en utjämning för skillnader i skatteinkomster och strukturella kostnadsskillnader. Systemet innebär en omfördelning av inkomster och inför successivt under en period om 8 år. En del kommuner och landsting som får minskade intäkter i det nya systemet ställs, trots införanderegler, inför anpassningsproblem av olika omfattning. Många av dessa har haft relativt sett höga statsbidrag i det tidigare systemet och utgår därför från en högre kostnadsnivå när de måste anpassa sin ekonomi till de nya förutsättningarna.

Enligt kommittén är det mycket svårt att åstadkomma kostnadsminskningar i den takt och omfattning som *många* landsting och kommuner är i färd med att genomföra för att klara balanskraven utan att det leder till att målen för hälso- och sjukvården respektive äldreomsorgen äventyras.

Kommittén gör således bedömningen att det inte är realistiskt att förlita sig på att problemet med de växande gapen mellan behov och resurser *före sekelskiftet* skall kunna lösas *enbart* genom organisatoriska förändringar och verksamhetsutveckling även om förutsättningarna varierar mellan olika landsting respektive olika kommuner. Sådana åtgärder är nödvändiga men inte tillräckliga för att lösa hälso- och sjukvårdens och äldreomsorgens finansieringsproblem på kort sikt om kvaliteten i verksamheten skall kunna upprätthållas. Det förändringsarbete som krävs under kommande år har en långsiktig karaktär och kräver en långsiktig uthållig strategi.

Utvecklingen *efter sekelskiftet* bestäms i hög grad av den samhällsekonomiska utvecklingen och de beslut om de ekonomiska förutsättningarna för kommuner och landsting som regering och riksdag fattar. Den demografiska utvecklingen medför att finansieringsproblemen är betydligt större på lång sikt för äldreomsorgen än för den hälso- och sjukvård som landstinget finansierar.

Möjligheterna att sluta gapet mellan behov och resurser genom resurstillskott

Inledning

HSU 2000 skall enligt direktiven beakta de beslut som riksdagen fattar om det samhällsekonomiska utrymmet för skattefinansierad verksamhet. Kommitténs har tolkat uppdraget så att uppgiften är att

- göra en bedömning av de framtida kraven på resurser för hälso- och sjukvård,
- sätta resultatet av denna bedömning i relation till den intäktsutveckling i kommuner och landsting som följer av den samhällsekonomiska utvecklingen

och de ekonomiska förutsättningar för kommunsektorn som riksdagen lägger fast samt

- redovisa en bedömning av konsekvenserna för hälso- och sjukvården respektive äldreomsorgen om konsumtionsvolymen utvecklas i enlighet med dessa ekonomiska förutsättningar.

Staten har det övergripande ansvaret för den offentliga verksamheten och samhällsekonomin och måste ha instrument till förfogande för att kunna styra med hänsyn till detta ansvar. Den mest genomgripande förändringen av den statliga budgetprocessen är införandet av ett tak för de offentliga utgifterna. Staten utövar inte något direkt inflytande över den del av det offentliga utgiftstaket som avser kommunsektorn. Däremot sker en påverkan via de allmänna ekonomiska förutsättningarna och lagregleringen av den kommunala verksamheten. Staten har således ett ansvar för att kommunsektorn tillförsäkras rimliga ekonomiska och planeringsmässiga förutsättningar.

Kommittén kan konstatera att den överenskommelse som träffats mellan regeringen och de båda kommunförbunden inte medger något utrymme varken för höjda skatter eller höjda statsbidrag på kort sikt, dvs. t.o.m. 1998. En annan restriktion på kort sikt är att kommuner och landsting har åtagit sig att verka för att i möjligaste mån undvika att säga upp fast anställd personal. Parterna har vidare kommit överens om att staten skall införa ett lagstadgat balanskrav för kommunerna år 1999 och för landstingen år 2000.

Regeringen har nyligen överlämnat ett förslag (prop. 1995/96:213) som syftar till att motverka kommunala skattehöjningar 1997 och 1998. Regeringen kommer vidare under hösten 1996 att överlämna en proposition till riksdagen som innehåller lagförslag rörande krav på ekonomisk balans i kommuner och landsting.

Utrymmet för skattehöjningar är begränsat även på sikt. Regeringen konstaterar i budgetpropositionen för år 1997 (prop. 1996/1997:1, volym 1) att det knappast kommer att vara möjligt att genomföra annat än marginella förändringar av det totala skatteuttaget framöver. Däremot kan en del justeringar och omfördelningar mellan olika skatter aktualiseras, bl.a. mot bakgrund av den fortgående internationaliseringen av den svenska ekonomin. Önskemål om en ökad miljörelaterad avskattning av skattessystemet kan också motivera förskjutningar i skatteuttaget.

Såväl i överenskommelsen mellan staten och de både kommun- och landsting som i 1996 års ekonomiska vårproposition (prop. 1995/96:150) framhölls att den verksamhet som kommuner och landsting bedriver är av utomordentligt stor betydelse för människors välfärd. Verksamheter som barnomsorg, skola, sjukvård och äldreomsorg måste därför värnas och utvecklas även i en ekonomiskt ansträngd situation. Regeringens principiella grundsyn är att de offentliga verksamheterna i kommuner och landsting skall prioriteras framför transfereringar och statlig verksamhet. Det statsfinansiella läget var emellertid våren 1996 enligt regeringen alltför så allvarligt att reformutrymmet under de närmaste åren är mycket begränsat. I den mån det finns något sådant utrymme, måste de extra resurserna i första hand gå till förbättringar av vården, omsorgen och utbildningen.

Regeringen gör en betydligt mer optimistisk bedömning i budgetpropositionen för år 1997 (volym 1). Saneringen av de offentliga finanserna har gått snabbare än vad som förutspåddes i vårpropositionen. De förbättrade offentliga finanserna skapar enligt regeringen en större handlingsfrihet framgent än vad som har varit fallet under de senaste årens saneringsarbete. Det kommer därför att vara möjligt att överväga vissa fördelningspolitiskt prioriterade insatser under de kommande åren förutsatt att de är ansvarsfullt finansierade. Regeringen uttrycker vidare – med hänvisning till det pågående arbetet i HSU 2000 – oro över att det ökade antalet äldre i befolkningen kan leda till att behoven i framtiden kan komma att överstiga resurserna inom såväl landstingens hälso- och sjukvård som kommunernas äldreomsorg. Det finns mot den bakgrunden enligt regeringen skäl att överväga åtgärder och ha beredskap för att möta eventuella resursbehov (volym 4, utgiftsområde 9). Vidare framgår att regeringen har för avsikt att snarast återkomma till riksdagen med sina överväganden efter det att HSU 2000 har överlämnat sitt delbetänkande om hälso- och sjukvårdens resursbehov.

Kommittén konstaterar mot den bakgrunden att utrymmet för skatthöjningar har begränsats. Hälso- och sjukvård och äldreomsorg är samtidigt områden som enligt regeringen skall prioriteras framför transfereringar och statlig verksamhet. Det betyder således att kraven på ökade resurser för hälso- och sjukvård i första hand måste mötas genom omprioriteringar och omprioriteringar inom andra offentliga utgiftsområden i första hand när det gäller transfereringar och statlig verksamhet. Det ligger i sakens natur att HSU 2000, som är en hälso- och sjukvårdsutredning, varken kan eller skall föreslå vilka omprioriteringar eller omprioriteringar som bör ske. Av samma skäl ligger

det utanför kommitténs mandat att föreslå förändringar av den ekonomiska politiken. De avvägningar som kan behöva göras när det gäller transfereringar och statlig verksamhet liksom den ekonomiska politiken i stort måste göras inom ramen för en samlad bedömning på nationell nivå och prövas av regering och riksdag. HSU 2000 ser som sin primära uppgift att lämna underlag för denna samlade bedömning i den del som rör hälso- och sjukvården och äldreomsorgen.

Som underlag för regeringens och riksdagens kommande ställningstaganden till hälso- och sjukvårdens och äldreomsorgens finansiering redovisar kommittén sina bedömningar inom några områden som har betydelse för möjligheterna att öka resurserna för hälso- och sjukvård och äldreomsorg. Följande frågor behandlas.

- Omprövningar inom kommun- respektive landstingssektorn
- Ökad avgiftsfinansiering
- Samverkan med socialförsäkringen

I kommitténs direktiv läggs fast att hälso- och sjukvården skall finansieras gemensamt och i huvudsak genom skatter. Det ingår inte i kommitténs uppdrag att överväga några alternativ till den nuvarande skattefinansieringen. Kommittén har emellertid mot bakgrund av finansieringsproblem inom hälso- och sjukvården och äldreomsorgen ändå valt att "vända på stenarna" och pröva om det finns några andra finansieringskällor som skulle kunna utgöra ett komplement till dagens skattefinansiering och redovisa för- och nackdelar med olika lösningar. Det bör emellertid understrykas att kommittén inte har tagit ställning för något av de alternativ som diskuteras. Redovisningen i avsnittet skall snarast ses som ett underlag för den fortsatta diskussionen om hälso- och sjukvårdens och äldreomsorgens finansiering.

Omprioriteringar inom kommun- respektive landstingssektorn

De tidigare redovisade baskalkylerna för hälso- och sjukvården i landstingen respektive äldreomsorgen i kommunerna bygger på att dessa verksamheter behåller sin relativa andelar av landstingens respektive kommunernas totala verksamheter.

Inom landstingssektorn svarar hälso- och sjukvården för cirka 80 procent av kostnaderna. Kollektivtrafiken svarar för 6,5, utbildningen för 4,5 och den centrala administrationen för 3,5

procent av kostnaderna. Den sociala verksamheten, satsningarna på fritid och kultur samt andra frivilliga verksamheter tar i anspråk cirka 5 procent av landstingens samlade resurser. Fram till år 2010 kommer ungdomarna i åldern 16-18 år att öka med cirka 20 procent, vilket i sin tur medför att trycket på vårdhögskolan ökar. Av bl.a miljöskäl är det också troligt att satsningarna på kollektivtrafik kommer att öka under planeringsperioden.

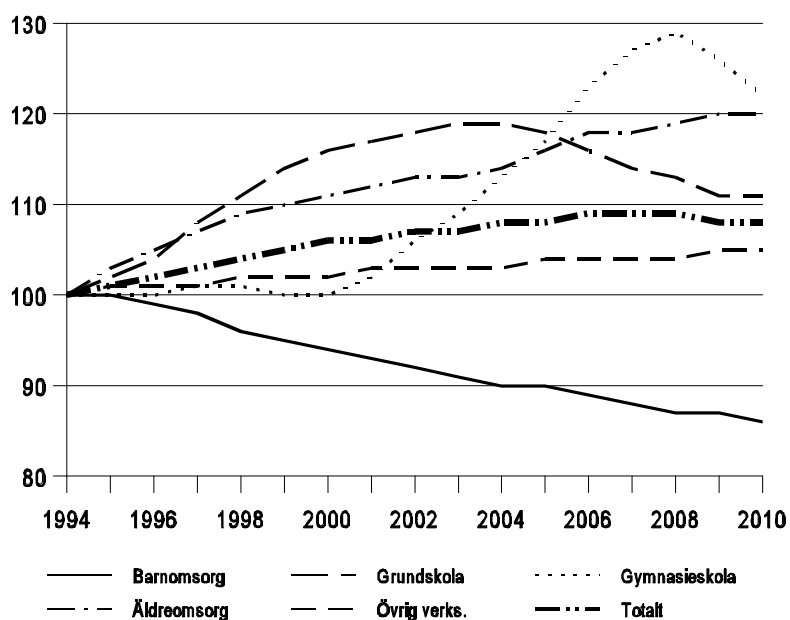
Äldreomsorgen svarar för cirka 23 procent av kommunernas samlade resurser och tar tillsammans med barnomsorg och skola i anspråk drygt 60 procent av de totala kostnaderna. Övriga obligatoriska verksamheter (individ- och familjeomsorg, miljö- och hälsoskydd samt annan myndighetsutövning) svarar sammantaget för drygt 20 procent av kostnaderna.

De frivilliga verksamheterna – fritid och kultur (6%), komvux (5%), kommunikationer (4%) och satsningar på arbete och näringsliv (2%) – tar sammantaget 17 procent av resurserna.

Den demografiska utvecklingen innebär att kraven på resurser kommer att öka inom alla verksamheter – utom vad beträffar barnomsorgen – om verksamheterna även framledes bedrivs på samma sätt och till samma kostnad som idag, se figur 4.

Figur 4 Den demografiska utvecklingens inverkan på resursanspråken inom olika kommunala verksamheter

Index 1994=100



Källor: Egen beräkning på basis av SCB:s befolkningsprognos och SCB: räkenskapsammandrag för kommunerna

Nettoeffekten av den demografiska utvecklingen innebär att resursanspråken i kommunerna beräknas öka med cirka 15 miljarder kronor, se tabell 1.

Tabell 1 Vilka krav ställer den demografiska utvecklingen på ytterligare resurser till kommunerna

Miljarder kronor, år 2010 jämfört med år 1994

Barnomsorg	- 4,0	
Grundskola	+ 4,3	
Gymnasieskola	0,9	+
Äldreomsorg	+ 10,0	
Övrig verksamhet	+ 4,1	
Totalt	+ 15,3	

Källor: Egen beräkning på basis av SCB:s befolkningsprognos och SCB: räkenskapsammandrag för kommunerna

Till bilden hör också att kostnaderna för individ- och familjeomsorgen beräknas öka till följd av att kostnaderna för socialbidrag ökar, åtminstone på kort sikt. I rådande arbetsmarknadsläge anses också den kommunala vuxenutbildningen liksom näringsbefrämjande åtgärder som prioriterade områden.

Det ligger utanför kommitténs uppdrag att bedöma möjligheterna att effektivisera alternativt ompröva andra kommunala utgiftsområden. Kommittén vill emellertid understryka att de samhällsekonomiska restriktionerna för skattefinansierad verksamhet skärper kraven på ett effektivare resursutnyttjande inom all offentlig verksamhet liksom på omprövningar och omprioriteringar. Självfallet skall de möjligheter som finns att tillföra hälso- och sjukvården och äldreomsorgen ytterligare resurser genom effektiviseringar och omprövningar inom andra obligatoriska kommunala verksamhetsområden tas till vara. Kraven på omprövningar av frivillig verksamhet bör också skärpas i syfte att värna resurserna för landstingens och kommunernas kärnverksamheter.

Under 1990-talets första hälft har kostnadsneddragningarna varit mindre inom äldreomsorgen än inom flertalet andra kommunala verksamhetsområden. Äldreomsorgen har således varit prioriterad. Kommunförbundets bedömning är att det finns vissa möjligheter att prioritera äldreomsorgen och skolan framför andra kommunala verksamheter på liknande sätt under kommande år under förutsättning att socialbidragen inte ökar kraftigt. Kommittén kan konstatera att en sådan prioritering skulle innebära att gapet mellan behov och resurser för äldreomsorg krymper något jämfört med om äldreomsorgen behåller sin relativa andel av den kommunala verksamheten. En motsvarande prioritering av sjukvård framför andra verksamheter i landstingen ger motsvarande effekter i fråga om gapet mellan behov och resurser för hälso- och sjukvården i landstingen.

Den bild kommittén har av den samlade verksamheten i kommunerna tyder på att det är knappast är troligt att göra de omprioriteringar som skulle krävas för att lösa äldreomsorgens finansieringsproblem utan genomgripande omprövningar av andra kommunala åtaganden. Kommittén vill också starkt understryka risken för att den ansträngda situationen i kommunerna – som tagit över ansvaret för allt fler tunga och svårlösta välfärdspolitiska uppgifter – kan komma att medföra att äldreomsorgen trängs undan av andra kommunala åtaganden.

Ökad avgiftsfinansiering

Patientavgifternas andel av landstingens kostnader för hälso- och sjukvård exklusive tandvård uppgår till cirka 2 procent. Avgifternas andel av de totala kostnaderna för äldre- och handikappomsorgen i kommunerna uppgår till cirka 8 procent.

I HSU:s uppdrag ingår bl.a. att göra en samlad översyn av läkemedelsförmånen inklusive högkostnadsskyddet för sjukvård i öppen vård och läkemedel. Kommittén har i ett tidigare delbetänkande (SOU 1995:122) *Reform på recept* föreslagit att det nuvarande högkostnadsskyddet för sjukvård i öppen vård och läkemedel reformeras. Förslaget innebär att de offentliga subventionerna för läkemedel minskas med närmare 1 miljard kronor, kostnader som i huvudsak förs över till patienterna i form av avgifter. En viktig utgångspunkt för förslaget är emellertid att skydda personer med stora behov av sjukvård och läkemedel mot höga kostnader genom den utformning som föreslås av subventionssystemet för läkemedel och högkostnadsskyddet. Förslaget innebär att subventionerna i högre grad riktas till de grupper som har de högsta kostnaderna för läkemedel. Regeringen överlämnade i september 1996 en proposition (prop. 1996/97:27) *Läkemedelsförmåner och läkemedelsförsörjning m.m.* till riksdagen som i huvudsak bygger på förslagen i kommitténs delbetänkande. Kommitténs bedömning är att ytterligare kostnadsöverföringar från det offentliga till de enskilda medborgarna skulle medföra allvarliga risker för att människor avstår från sjukvård och läkemedel av ekonomiska skäl.

Kommunernas rätt att ta ut avgifter för äldre- och handikappomsorg regleras i socialtjänstlagen (SoL), lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS) och hälso- och sjukvårdslagen (HSL). De insatser som beviljas enligt LSS är i princip avgiftsfria. För vård enligt HSL får kommunerna ta ut avgifter, som dock inte får vara inkomstdifferentierade. Avgifterna enligt SoL och HSL får tillsammans inte vara större än att de enskilda förbehålls tillräckliga medel för sina personliga behov.

Avgifterna för äldreomsorgen ligger utanför kommitténs uppdrag. Kommittén noterar att avgifterna inom äldreomsorgen har diskuterats i Riksdagens Socialutskott. Utskottet har nyligen hemställt att riksdagen ger regeringen till känna att den på lämpligt sätt bör överväga bl.a. avgifterna inom äldreomsorgen och deras effekter (1996/97: SoU 7). HSU 2000 gör också bedömningen att det finns ett sådant behov och förordar att regeringen tar initiativ till en översyn av avgiftssystemet inom äldreomsorgen.

De problem, inte minst de mycket stora skillnaderna i avgiftsnivåer mellan kommunerna, som redovisas i Socialstyrelsens uppföljning av avgifterna inom äldreomsorgen är enligt kommittén ett starkt motiv för en sådan översyn.

Finansieringsproblemen inom äldreomsorgen, särskilt på längre sikt, är ett annat. Enligt kommittén bör man pröva om det är möjligt att utforma ett avgiftssystem där avgifterna lämnar ett större bidrag till finansieringen framöver. Kommittén är väl medveten om att inkomstförhållandena hos dagens äldreomsorgstagare begränsar utrymmet för avgiftshöjningar. Utrymmet ökar emellertid i takt med att allt fler äldre får högre inkomster.

Det kan också finnas skäl att överväga vilka tjänster som skall tillhandahållas inom äldreomsorgen. Under senare år har det skett en kraftig koncentration av tillgängliga resurser inom äldreomsorgen till dem som mest behöver vård och omsorg. Den utvecklingen bedöms fortsätta under kommande år som ett led i besparingarna inom äldreomsorgen. Enligt kommittén kan det finnas skäl att pröva om det är möjligt att lägga *renodlade serviceinsatser* utanför äldreomsorgen. En sådan lösning skulle innebära att den som *enbart* behöver hjälp med städning och annan service inte skulle kunna få sådana tjänster inom äldreomsorgen. På så sätt skulle hemtjänsten avlastas vissa uppgifter och kunna koncentrera sina insatser på omsorgstagare med omvårdnadsbehov. En sådan avgränsning av äldreomsorgens uppgifter skulle i praktiken innebära att den praxis som i praktiken tillämpas i flera kommuner idag formaliseras.

Kommittén vill emellertid framhålla att serviceinsatser är viktiga för äldre människors välfärd och trygghet. Det är redan idag ett problem att en växande andel äldre blir beroende av egna eller anhörigas insatser – eller helt ställda – om de inte har råd att anlita privata städfirmor. Den pågående utvecklingen i kommunerna är därför problematisk i ett välfärdsperspektiv. Problemet blir självfallet större om äldreomsorgen inte skall tillhandahålla *renodlade serviceinsatser* framöver. Enligt kommittén bör det därför ingå i översynen att överväga om service i hemmet till äldre människor kan subventioneras i former som bidrar till att sådana tjänster i ökad utsträckning kan ges inom den privata tjänstesektorn. Frågan om i vilka former staten skall kunna ge stöd till privata tjänster, bl.a. inom hushållssektorn, behandlades av regeringen i den sysselsättningspolitiska propositionen (prop. 1995/1996:222) sommaren 1996. Av propositionen framgår att regeringen har för avsikt att se över reglerna för anlitande av tjänster och vilken roll privatpersoners tjänster har i samhällsekonomin. I uppdraget kommer också att ingå att ge

förslag till regeländringar som skulle stimulera utbud av och efterfrågan på tjänster. Enligt kommittén bör man i det sammanhanget särskilt uppmärksamma de äldres behov av hjälp med städning, tvätt och annan service i hemmet.

Slutligen bör framhållas att kommittén är medveten om att det kan vara svårt att göra den avgränsning mellan omvårdnadsbehov respektive *renodlade* servicebehov som det här är fråga om. Den frågan måste därför ägnas särskild uppmärksamhet i den föreslagna översynen.

Samverkan med socialförsäkringen

I kommitténs direktiv framhålls betydelsen av effektiva sjukvårdsinsatser för att begränsa sjukfrånvaron för personer i yrkesverksam ålder, bl.a. för att motverka ökade samhällsekonomiska kostnader i form av sjukpenning och minskad produktion. Kommittén bör, enligt direktiven, överväga hur sådana sektorsövergripande samhällsekonomiska bedömningar kan integreras i sjukvårdsplaneringen.

Enligt kommitténs bedömning kan den tilltagande resursknappheten inom hälso- och sjukvården få återverkningar för utgifterna inom sjukförsäkringen om tillgängligheten begränsas och kapaciteten t.ex. för operationer och rehabilitering försämras.

I dag finns inga direkta ekonomiska incitament för landstingen att planera sin verksamhet så att inte onödiga kostnader, t.ex. för sjukpenning, åsamkas socialförsäkringen. Det finns heller inga ekonomiska incitament för socialförsäkringen att se till hälso- och sjukvårdens resurser när de utformar sina regelverk och tar hälso- och sjukvårdens resurser i anspråk för olika slags bedömningar och utlåtanden. Däremot, och det är viktigt att framhålla, ligger det tydligt inom deras allmänna samhällsansvar att ta sådana hänsyn.

Ett effektivare samlat resursutnyttjande kan åstadkommas genom insatser på olika nivåer. Dels är det angeläget att uppmärksamma samspelet mellan socialförsäkrings- och hälso- och sjukvårdssektorn i samband med resurstilldelningen till dessa båda sektorer på nationell nivå, dels handlar det om att försäkringskassan och landstingen på regional och lokal nivå samverkar så effektivt som möjligt. Ett viktigt led i strävan att effektivisera denna samverkan är den nya roll i samhällets rehabiliteringsarbete som försäkringskassorna fått genom prop. 1990/91:141. Där stadgas att kassorna skall samordna den yrkesinriktade rehabiliteringen för individen. Där anges också att kassorna skall följa hur

rehabiliteringsverksamheten i stort fungerar inom länet och ta de initiativ som är motiverade.

Avvägning på nationell nivå

Avvägningen mellan hur mycket resurser som avsätts för socialförsäkringen respektive för hälso- och sjukvården på nationell nivå har hittills inte varit särskild uppmärksam utifrån ett effektivitetsperspektiv. Resursknappheten inom hälso- och sjukvården under de kommande åren medför att den frågan bör ägnas särskild uppmärksamhet inför 2000-talet. Det finns nämligen – som redan framhållits – en uppenbar risk för att landstingens ansträngda ekonomiska situation leder till problem med tillgänglighet och köer i hälso- och sjukvården. Detta kan i sin tur leda till ökade samhälls-ekonomiska kostnader i form av sjukpenning och minskad produktion. Regering och riksdag har ett ansvar för att sådana sektorsövergripande samhälls-ekonomiska bedömningar som nämns i direktiven integreras i sjukvårdsplaneringen. Det finns således skäl att göra både sjukvårdspolitiska och samhälls-ekonomiska avvägningar på nationell nivå.

Regional och lokal samverkan

Under senare år är det framför allt den andra aspekten – den regionala och lokala samverkan mellan bl.a. hälso- och sjukvården och socialförsäkringen – som har uppmärksamats. Sedan några år tillbaka pågår olika verksamheter för att uppnå en bättre samordning på regional och lokal nivå mellan främst socialförsäkringen och hälso- och sjukvården. Inledningsvis har försäkringskassornas vidgade ansvar för den yrkesinriktade rehabiliteringen nämnts. Härutöver förtjänar nämnas den särskilda ersättning för rehabiliterings- och behandlingsinsatser inom ramen för Dagmar-överenskommelsen, samt lokala försök med finansiell samordning mellan hälso- och sjukvård och socialförsäkring (Finsam), och mellan dessa båda och socialtjänsten (Socsam).

Det är av intresse att påpeka att de nämnda särskilda medlen infördes för att komma till rätta med de problem som rådde inom hälso- och sjukvården i början av 1990-talet. De svårigheter som då existerade inom sjukvården hade inte primärt sin grund i bristande resurser. Medlen var ett stöd i arbetet med att effektivisera sjukvårdens verksamhet och innebar ingen konflikt utifrån hälso- och sjukvårdspolitiska prioriteringar.

Den utvärdering av Dagmar-medlen som genomförts på Socialdepartementets uppdrag visar att användningen av medlen successivt har förskjutits mot åtgärder för att minska långtidssjukskrivning. Med tanke på att projektmedlen fanns kvar trots att hälso- och sjukvården lyckades höja produktiviteten och effektivisera verksamheten är det naturligt att man försökte finna andra angelägna användningsområden för de extra resurserna. Medlen kom bl.a. att riktas mot samverkansprojekt för att ta hand om människor med oklara sjukdomstillstånd och problem av sammansatt natur. Även Finsam-projekten inriktas bl.a. åt det hållet. Denna utveckling ligger väl i linje med klart uttalade behov inom försäkringskassornas ansvarsområde.

Insatser för att samordna samhällets resurser på detta område är fortfarande angelägna. De båda kommunförbunden föreslår i en skrivelse till regeringen våren 1996 att möjligheterna till försöksverksamhet med finansiell samordning mellan hälso- och sjukvård, socialtjänst, socialförsäkring samt arbetsmarknadsstöd skall utvidgas. De önskar vidare att regeringen skall verka för förändringar av regel- och styrsystemen inom socialförsäkrings- och arbetsmarknadsområdet som, redan inom ramen för nuvarande organisation, ger större handlingsfrihet.

I kommitténs direktiv nämns också de pågående Finsam- och Socsamförsöken. Regeringen anser dock att resultatet av de pågående utvärderingarna av dessa försök bör avvaktas innan ställning tas till frågor som rör huvudmannaskap. Kommittén har tolkat direktiven så att de inte ger HSU 2000 något mandat att lägga fram förslag om en utbyggd eller utvidgad försöksverksamhet med Finsam och Socsam.

Kommittén anser principiellt att man bör se positivt på olika former av samverkan mellan olika huvudmän som syftar till ett effektivare resursutnyttjande. Samtidigt vill kommittén här peka på och stryka under det krav på en ansvarsfull samverkan mellan olika offentliga organ som alltid finns, och vill varna för att ett alltför frekvent ändrande på gällande förutsättningar kan riskera att legitima brister i detta hänseende. Mycket går således att göra inom de ramar som finns, men det är också angeläget att successivt arbeta bort regler som förhindrar samverkan. De lokala förutsättningarna ser olika ut varför samverkan gärna kan organiseras på olika sätt och gärna som tidsbegränsade projekt. Detta synsätt ligger också i linje med förslagen i en nyligen publicerad statlig utredning om lokala samverkansprojekt inom rehabiliteringsområdet.

Sjuk- och arbetsskadekommittén föreslår i sitt slutbetänkande (SOU 1996:113) att försäkringskassorna skall få använda delar av inbetalda avgifter till försäkringen för att finansiellt kunna stärka sjukvården inom sådana områden som är viktiga för försäkringen. Medlen föreslås få disponeras av varje försäkringskassa. Kassorna bör, enligt förslaget, vidareutveckla en beställarfunktion inom rehabiliteringen och det förebyggande arbetet liksom för vård och behandling. Det aktuella förslaget innebär i praktiken att de socialförsäkringsmedel som tillförs sjukvården skulle bli en finansieringskälla för sjukvården. Mot bakgrund av finansieringsproblemen inom hälso- och sjukvården kan detta synas vara en tilltalande lösning. En sådan utveckling kan dock komma att stå i konflikt med hälso- och sjukvårdslagens grundläggande bestämmelser om vård på lika villkor samt den prioriteringsordning som föreslås av Prioriteringsutredningen i betänkandet (SOU - 1995:5) *Vårdens svåra val*. Om förslaget genomförs skulle vi få en särskild finansiering av sjukvårdsinsatser för människor i yrkesverksam ålder eftersom det är mot den gruppen som försäkringskassans insatser riktas. Yrkesverksamma personer skulle således kunna komma att prioriteras framför t.ex. gamla och kroniskt sjuka.

Det grundläggande problemet med ett sådant bidrag till lösningen på sjukvårdens finansieringsproblem är att det inte primärt skulle vara människors behov som styr hälso- och sjukvårdens insatser utan försäkringskassans betalningsförmåga. Dett skulle i sin tur kunna medföra att det inte är behovet av vård som ensamt blir avgörande för vårdens omfattning och karaktär utan vem som har behovet och de kostnader som t.ex. bristande tillgänglighet till vård kan föra med sig för försäkringen. Det bör också påpekas att ett sådant system kan få starka styreffekter för de prioriteringar som görs i sjukvården om insatser för yrkesverksamma personer betalas av försäkringskassan.

Kommittén anser att det är angeläget att värna om ett system som innebär att hälso- och sjukvård ges på lika villkor och fördelas efter behov – inte minst i tider när resursknapphet råder. Dett framhålls också av regeringen i de allmänna utgångspunkterna i direktiven till HSU 2000.

Kompletterande finansieringskällor

Det ingår, som tidigare nämnts, inte i kommitténs uppdrag att överväga några alternativ till den nuvarande skattefinansieringen.

Kommittén har dock – utan att ta ställning – prövat om det finns några andra finansieringskällor som skulle kunna utgöra ett komplement till dagens skattefinansiering och redovisa för- och nackdelar med olika lösningar.

De områden som vi har tagit upp till diskussion är trafikförsäkringen och arbetsskadeförsäkringen. En liknande diskussion kan också föras på andra områden som genererar sjukvårdskostnader, t.ex. tobak, alkohol och miljö. Vi har också diskuterat en annan kompletterande finansieringsväg som förts fram i den allmänna debatten under senare tid, nämligen möjligheterna att införa någon form av obligatorisk äldreomsorgsförsäkring. Kommittén vill understryka att det inte rör sig om några förslag utan snarare om underlag för den fortsatta beredningen.

Kommittén kan konstatera att det alternativ som innebär att *trafikförsäkringen* bär en större del av de sjukvårdskostnader som orsakas samhället av trafikskador skulle kunna bidra till att lösa en begränsad del av hälso- och sjukvårdens finansieringsproblem. Det samma gäller det alternativ som innebär att arbetsgivarna bär sjukvårdens kostnader för arbetsrelaterade sjukdomar och/eller olycksfall via *arbetskadeförsäkringen*. Kommittén har inte haft möjlighet att närmare analysera nackdelarna med de olika lösningarna. Det kan emellertid inte uteslutas att båda alternativen kan få negativa närings- och arbetsmarknadspolitiska konsekvenser.

Enligt kommittén finns det också principiella invändningar mot finansieringssystem som knyter finansieringen till orsaken till sjukdom. Den vedertagna normen i sjukvården är att behandla människor utan att efterfråga orsaken till sjukdomen. Ett förändrat synsätt i detta hänseende skulle kunna föra mycket långt – ytters till att enskilda individers livsvillkor och levnadsvanor läggs till grund för prioriteringar i vården och inte behov, vilket rimmar illa med Prioriteringsutredningens förslag till grunder för prioriteringar i hälso- och sjukvården.

Trots dessa principiella invändningar kan det bli nödvändigt att överväga någon form av kompletterande finansieringskälla som kan bidra till att lösa finansieringsproblemen i hälso- och sjukvården. Enligt kommitténs bedömning har det alternativ som innebär att *trafikförsäkringen* bidrar till finansieringen av sjukvårdens mindre nackdelar än det alternativ som bygger på *arbetskadeförsäkringen*. En sådan kompletterande finansiering av sjukvård tillämpas också i Danmark och Finland. Frågan om hur trafikförsäkringen skulle kunna ta ett större ansvar för de kostnader som uppkommer i samband med en trafikskada har också tagits upp av Försäkringsförbundet – ett samarbetsorgan för de privata försäkringsbolagen i Sverige – i ett förslag till finansdepartementet

våren 1996. Vilken utformning en sådan lösning skulle få behöver i så fall studeras närmare bl.a. mot bakgrund av de systemlösningar som valts i våra nordiska grannländer och Försäkringsförbundets förslag.

Kommittén kan vidare konstatera att en *obligatorisk äldreomsorgsförsäkring* har fördelningspolitiska fördelar eftersom den bygger på obligatoriska avgifter som tas ut efter betalningsförmåga och fördelas efter behov. Kommittén kan konstatera att svårigheterna här bl.a. ligger i att hitta lösningar som återför resurserna till pensionärskollektivet i form av vård och omsorg. De tekniska problemen i fråga om den närmare systemutformningen skall inte heller underskattas. Därtill kommer, vilken lösning man än väljer, att systemet måste utformas så att medborgarna litar på att de avgifter som betalas in verkligen används till vård och omsorg. Till bilden hör också att varje lösning som bygger på att inordna avgifterna i pensionssystemet kan leda till politiska komplikationer i frågan om hur det framtida pensionsystemet skall utformas.

Finansieringsproblemen för kommunernas äldreomsorg kan emellertid vara betydande på sikt. Enligt kommittén är det mycket som talar för att det är svårt att göra de omprioriteringar som skulle krävas för att lösa äldreomsorgens finansieringsproblem inom den kommunala sektorn utan genomgripande omprövningar av andra kommunala åtaganden. Ökade avgifter kan i framtiden spela en ökad roll för finansieringen, men kan troligen inte mer än marginellt bidra till att lösa problemen. Alternativet är att tillföra sektorn ytterligare resurser genom kraftigt ökade statsbidrag och/eller skattehöjningar. Om inte åtgärder av det slaget är möjliga av samhällsekonomiska och politiska skäl återstår att försöka hitta komplement till den nuvarande finansieringen. I det sammanhanget kan en obligatorisk äldreomsorgsförsäkring vara en väg som kan prövas, eventuellt i en form som är kopplad till betalning av vårdavgifter. Enligt kommittén är offentligt reglerade försäkringar som bygger på obligatoriska avgifter som tas ut efter betalningsförmåga och fördelas efter behov att föredra framför de olika former av mer eller mindre privatfinansierade lösningar som annars kommer att växa fram om medborgarna inte får sina behov tillgodosedda inom det solidariskt finansierade systemet.

Kommittén vill slutligen erinra om att avgifterna till *sjukförsäkringen* inte enbart används till kostnaderna för själva försäkringen utan också täcker statens underskott på andra områden. Avgifterna till sjukförsäkringen bidrar på det sättet till saneringen av statsfinanserna. Enligt kommittén skulle en lösning kunna vara att sjukförsäkringen bidrar till finansieringen av sjukvården och äldreomsorgen när det statsfinansiella läget medger

detta i stället för att man inför nya finansieringsformer. Det rör sig om en solidarisk finansieringsform som redan finns och som har mycket nära anknytning till sjukvården.

Kommitténs slutsatser och förslag

Sjukvården har i grunden ett humanitärt syfte och utgår i sin verksamhet från de etiska värderingar som bär upp västerländsk humanism. Centralt är människovärdesprincipen som säger att alla ha ett lika värde oberoende av personliga egenskaper och funktioner i samhället. Sjukvården skall från denna värderingsbas hjälpa sjuka människor och därvid beakta varje människas rätt till integritet och självbestämmande. Sjukvården berör oss alla och bra vård på lika villkor för alla är en av välfärdens främsta grundpelare.

En demografisk framskrivning av kostnaderna för vård och omsorg innebär att kraven på resurser för *landstingens hälso- och sjukvård* ökar med 5-6 procent fram till år 2010. Om man ställer de demografiskt betingade kraven på framtida resurser mot det beräknade utrymmet för landstingskommunal konsumtion under planeringsperioden – och antar att hälso- och sjukvården behåller sin relativa andel av landstingens intäkter – finner man att det successivt uppstår ett gap mellan behov och resurser. Gapet är störst omkring sekelskiftet – omkring 8 procent eller 7 miljarder kronor. Under perioden 2001 - 2010 beräknas gapet sjunka med knappt 1 miljard kronor.

En motsvarande framskrivning för *kommunernas äldreomsorg* innebär att kraven på resurser ökar med drygt 19 procent till år 2010. År 2000 beräknas det demografiskt betingade gapet uppgå till 16 procent eller 8 miljarder kronor. Under perioden 2001 - 2010 ökar gapet till totalt 12 miljarder kronor (24 procent).

Om man beaktar de möjligheter som finns till strukturomvandling och effektivare resursutnyttjande tyder expertbedömningarna sammantaget på att behovet av resurser för hälso- och sjukvård i *landstingssektorn* skulle kunna ligga i linje med vad som följer av en demografisk framskrivning. En demografisk framskrivning av kostnaderna för äldreomsorgen i *kommunerna* underskattar däremot de framtida resurskraven. Detta skall ses mot bakgrund av att hälso- och sjukvården i landstingen och den kommunala äldreomsorgen är kommuniserande kärn. Utvecklingen mot kortare vårdtider på sjuk-

husen och mer öppna vårdformer ställer ökade krav på kvalificerade medicinska insatser och omvårdnad i kommunernas äldreomsorg.

En bättre samverkan mellan kommuner och landsting och en ändamålsenlig resursfördelning som tar hänsyn till bristerna i äldreomsorgen kan bidra till att de samlade resurserna för vård och omsorg i landsting och kommuner kan användas effektivare och med högre vårdkvalitet. Enligt kommittén är en fortsatt strukturomvandling och systematisk verksamhetsutveckling med utrensning av mindre effektiva metoder, utnyttjande av kostnadsbesparande teknologi och en bättre informationsförsörjning av stor betydelse för möjligheterna att använda de samlade resurserna effektivare i hälso- och sjukvården inför 2000-talet. Det är också angeläget att lägga ökad vikt vid systematisk uppföljning av effektiviteten i omvårdnaden och ta till vara den kunskap som vuxit fram inom vårdforskningen.

Kommittén har gjort en samlad bedömning av behov och resurser för hälso- och sjukvård respektive äldreomsorg. Slutsatsen är att det är mycket svårt att åstadkomma kostnadsminskningar i den takt och omfattning som *många* landsting och kommuner är i färd med att genomföra för att klara balanskraven utan att det leder till att de nationella målen för hälso- och sjukvården och äldreomsorgen äventyras. Det finns särskilt skäl att varna för att kostnadsneddragningarna kan medföra betydande kvalitetsförluster när det gäller vården av gamla och kroniskt sjuka, ett område där det redan i dag finns brister när det gäller de medicinska insatserna och där en växande andel av omvårdnaden är beroende av anhörigas och närståendes insatser.

Kommittén vill också framhålla att en grundförutsättning för att kunna erbjuda en god hälso- och sjukvård på lika villkor för hela befolkningen är att vården finansieras solidariskt och att tillgängliga resurser fördelas rättvist och efter behov, något som också framhålls av regeringen i direktiven. Mot den bakgrunden är det utomordentligt angeläget att hälso- och sjukvården och äldreomsorgen utvecklas på ett sådant sätt att allmänhetens förtroende för verksamheten inte sviktar i grundläggande hänseenden. Få områden engagerar så breda grupper av befolkningen som sjukvård och äldreomsorg. Det är därför inte förvånande att oron för nedskärningarna inom vården börjar ta ett växande utrymme i den allmänna debatten. Det är således av stor vikt att det demokratiska systemet förmår att göra de avvägningar och de prioriteringar som krävs för att de nationella målen för hälso- och sjukvården och äldreomsorgen skall kunna uppfyllas.

Kommittén gör således bedömningen att det inte är realistiskt att förlita sig på att problemet med de växande gapen mellan behov och resurser *före sekelskiftet* skall kunna lösas *enbart* genom organisatoriska förändringar och verksamhetsutveckling även om förutsättningarna varierar mellan olika landsting respektive olika kommuner. Utvecklingen *efter sekelskiftet* bestäms i hög grad av den samhälls-ekonomiska utvecklingen och de beslut om de ekonomiska förutsättningarna för kommuner och landsting som regering och riksdag fattar. Den demografiska utvecklingen medför att finansieringsproblemen efter sekelskiftet är betydligt större för äldreomsorgen än för den hälso- och sjukvård som landstingen finansierar.

Enligt kommittén krävs det en långsiktigt hållbar lösning för finansieringen av hälso- och sjukvården i landstingen och kommunerna. Frågan om hur hälso- och sjukvården respektive äldreomsorgen tillförs medel måste noga övervägas. Bl.a. bör uppmärksammas att de ekonomiska förutsättningarna varierar mellan olika landsting och kommuner.

Hälso- och sjukvården i landstingen och den kommunala sjukvården är, som tidigare nämnts, kommuniserande kärn. Den pågående omstruktureringen inom den hälso- och sjukvård som landstingen finansierar ställer ökade krav på kvalificerade medicinska insatser och omvårdnad i den kommunala sjukvården. En väl avvägd resursfördelning och en förbättrad samverkan mellan landsting och kommuner är viktiga förutsättningar *såväl* för att de samlade resurserna för vård och omsorg skall kunna användas optimalt *som* för att vården och omsorgen i fråga om den ökande andelen äldre med kroniska sjukdomar skall kunna ges kvalificerad medicinsk vård och omvårdnad.

Hänsyn bör också tas till att erfarenheterna visar att det har krävts ett omväxlingsstryck för att åstadkomma mer genomgripande verksamhetsförändringar. Trendbrottet när det gäller produktivitet-utvecklingen under 1990-talet, som i tiden sammanföll med budgetneddragningen, är ett exempel på detta. Det finansiella trycket skapade en ökad kris- och kostnadsmedvetenhet i sjukvården som stimulerade till en ökad produktivitet. Den kraftiga ökningen av dagkirurgin under senare år är ett annat exempel på att nya, mer kostnadseffektiva, arbetsmetoder och behandlingsprinciper mycket snabbt kan få spridning när organisationen utsätts för ett starkt förändringstryck. Erfarenheterna av Ädelreformen visar att även huvudmannaskapsförändringar kan bidra till en snabb strukturomvandling som leder till att de samlade resurserna används effektivare.

Kommittén vill mot den bakgrunden understryka vikten av att hälso- och sjukvården och äldreomsorgen tillförs medel på ett sådant sätt att drivkrafterna för en strukturell förnyelse och verksamhetsutveckling upprätthålls. Samtidigt bör framhållas att effekterna av denna strukturomvandling kontinuerligt bör analyseras såväl ur ett arbetsmiljö- som befolknings- och patientperspektiv.

Ett motiv för fortsatt strukturell förnyelse och verksamhetsutveckling är enligt kommittén att utvecklingen mot en allt äldre befolkning fortsätter även efter år 2010 enligt befolkningsprognoserna. Det demografiska trycket kommer således att vara starkt på sjukvården och äldreomsorgen under överskådlig tid, vilket skärper kraven på att tillgängliga resurser används så effektivt som möjligt även i ett längre tidsperspektiv. Hälso- och sjukvården och äldreomsorgen konkurrerar också om resurserna med andra centrala välfärdsområden inom kommunsektorn, som ställer krav på ökade resurser i framtiden till följd av befolkningsutvecklingen.

Frågan om hur finansieringsproblemen inom hälso- och sjukvården och äldreomsorgen skall lösas bör prövas inom ramen för en samlad bedömning på nationell nivå. Kommitténs delbetänkande innehåller ett brett faktaunderlag för en bedömning av behoven. Det ankommer nu ytterst på regering och riksdag att besluta om hur resursbehovet skall tillgodoses så att de nationella målen i hälso- och sjukvårdslagen och de nationella målen för äldreomsorgen kan uppnås.