

COMPARATIVE GOVERNANCE ARRANGEMENTS IN ELEVEN COUNTRIES

By Elke Jakubowski and Richard B. Saltman
European Observatory on Health Policies and Systems

Report to Swedish Government Inquiry on Health Care and Social
Services

January 9, 2012

COMPARATIVE GOVERNANCE ARRANGEMENTS IN ELEVEN COUNTRIES	289
Executive summary	291
Introduction.....	292
Methods	293
PART I COMPARATIVE GOVERNANCE THEMES AND ISSUES.....	298
Governance overview	298
Summarizing Key Themes	299
Additional Issues	304
PART II COUNTRY GOVERNANCE PROFILES	306
Australia	306
Denmark	309
England.....	315
Finland.....	320
France	326
Germany.....	332
Italy	339
Netherlands.....	343
Norway.....	350
Spain	355
Switzerland.....	366
References	370

Executive summary

This report provides an overview over recent changes in governance arrangements in 11 countries. Country descriptions focus on recent efforts in shifting responsibilities for health policy, regulation and management; policy priorities; and early impact. The report also reflects current debates as much as possible in order to provide a perspective on potential future changes in governance arrangements. Based on the country cases, the report sets out an initial assessment of key comparative trends.

The report was prepared by the European Observatory on Health Systems and Policies for the Swedish Government Inquiry on Health Care and Social Services. It was undertaken through a combination of reviews of previously published Observatory materials and phone interviews with one or two key experts in each survey country. This method was tailored to the request by the Inquiry for swift delivery of the assessment, and thus reflects a horizon scanning perspective of changes in health sector governance arrangements.

The central theme that emerges from these country reviews is the extent of recent and/or ongoing efforts by national governments to increase their decision-making leverage over important financial and/or clinical aspects of the health system. These efforts can be both structural as well as non-structural in character, and typically reflect pressures on central government to achieve better financial (efficiency) and clinical outcomes.

Not all structural reforms have been in the direction of centralizing more authority in the national government. Although this has been the predominant trend, there have also been several structural (legislative) measures that have shifted elements of health care decision-making downwards, either to regional governments (France) or to municipal governments (Denmark). In some countries there has been a mix of structural measures, shifting some types of authority upwards but also sending certain types of authority (often tied to prevention and/or public health) to lower level and/or municipal governments. Similar strengthening of non-state actors – in this case private not-for-profit and for-profit (Netherlands) and/or corporatist (Germany) bodies – can be seen in social health insurance countries in the continuing consolidation of health insurers.

Non-structural measures to increase the national government's authority in the health sector have been both regulatory and inter-

governmentally negotiated in character. In both instances, no legal boundaries were changed. The role of the national government was strengthened by adopting strategies that could be implemented inside the existing structure of formal institutions and the official allocation of ownership and operating roles of national, regional, and local governments.

A wide range of regulatory measures have been adopted across the studied countries, with some countries starting a number of new national agencies, while in other countries existing agencies were re-directed. Negotiated compacts between national and regional governments and/or other private non-profit actors have a mixed record. In some countries they have worked out largely as anticipated (Switzerland). In other countries, these negotiated arrangements between the national government and the regional governments have been less successful.

Introduction

Scope of this report

This report considers how ten European countries and Australia have changed the governance responsibilities of the national government in steering their health care systems. It explores recent shifts in these responsibilities, and whether and why national governments are increasing or decreasing their national role in both the design and supervision of particular governance activities. The purpose of this report is to explore re-allocations in the balance of responsibility and decision-making power between national, regional and local governmental (or delegate/subordinate) bodies, and the degree to which these changes suggest new national strategies with regard to those relationships. The report also seeks to identify the driving forces, objectives and values behind these changes and their effects. In addition, topics of particular interest to the Swedish Inquiry were reviewed when possible. These included accountability for the quality and safety of medical services; changing approaches in evidence based medicine and health technology assessment activities; experiences in priority setting; and the interface between social and health care.

The selection of survey countries (Australia, Denmark, England, Finland, France, Germany, Italy, Netherlands, Norway, Spain,

Switzerland) was based on practical considerations. Countries with more recent changes in governance arrangements were of particular interest. We also focused on countries with comparable per capita income and health system development status. We tried to include some countries that are somewhat comparable to the Swedish system in terms of system design and population coverage, the role of regional governments, or the role of health professionals. But we also included several countries such as the Netherlands, Switzerland and Germany with considerably different health system architecture, since they allowed us to explore the impact of different values and objectives for change. Some countries provide relevant experience in the more specific thematic areas of focus of this study such as evidence based medicine, HTA and quality assurance (for example Switzerland).

Structure of this report

This report is divided in three parts. Following this Introduction which presents the practical frame of our work, Part I presents a set of cross cutting observations considering overall changes in governance arrangements. Part II then presents the eleven country case studies.

Methods

Research methodology

The research for this report deployed a mixture of methods. It is based on available publications such as the Observatory Health System in Transition profiles as well as published and ongoing analytical studies of the Observatory. These materials were supplemented with information collected through phone interviews with expert informants in each country.

The experts were identified based on a number of “soft” criteria. These included whether they are sufficiently neutral – for instance we tried to ensure that the key informant does not currently belong to government or any of the other governing actors – so as to reflect a balanced view of developments in the country. One informant holds a parallel academic and government position and two informants have retired from government positions. The major-

rity of informants are affiliated with a university and contributed to this review in their academic capacity. In addition to consenting to interviews, some interviewees reviewed the respective country section to enhance the validity of the case.

Country	Name of expert	Expert's affiliation	Date of interview
Australia	Judith Healy	Regulatory Institutions Network, Research School of Pacific and Asian Studies, Australian National University	28.9.2011
England	Martin Roland	Professor of Health Services Research University of Cambridge	30.9.2011
Finland	Kimmo Leppo	Director General emeritus, Ministry of Health and Social Affairs, Finland	27.9.2011
Denmark	Karsten Vraengbak	Director of Research, Danish Institute of Governmental Research	18.10.2011
France	Zeynap Or	Research Director, Institute for research and information in health economics	28.9.2011
Germany	Jürgen Wasem	Professor of Economics, University of Duisburg-Essen, Germany	30.9.2011
Norway	Jon Magnussen	Professor of Economics, Norwegian Science and Technical University, Trondheim	28.9.2011
Netherlands	Tom van der Grinten	Professor of Sociology, Erasmus University, and advisor to the Ministry of Health	26.9.2011

Country	Name of expert	Expert's affiliation	Date of interview
Netherlands Spain	Aad de Roo	Professor of Management at University of Tilburg and former Executive Director of the Dutch Home Care Association	30.9.2011
	Antonio Duran	Director General, Teccsalud, Seville, Spain	21.9.2011
Spain Italy	Lluís Bohigas	Director, International Relations, Roche (previously Director-General of Planning in the Spanish Ministry of health and Consumer Affairs)	26.9.2011
	Giovanni Fattore	Professor of Health Management, Bocconi University, Milano	4.10.2011
Switzerland	Thomas Zeltner	Former Director General of the Federal Office of Public Health, Current president of the Foundation Science et Cité	29.9.2011

Interview guideline

The interviews were based on a simple questionnaire that served as a guide for interview preparation. This questionnaire was sent by email alongside a request for a telephone interview. The questions included the following:

1. Has the central government's governance role changed in last period of years? How? Why? Who won/Who lost as a result of these changes?
2. What tools/instruments were adopted/changed to implement this change? Did they work well? Why or why not?

3. What policy priorities were they intended to address? Did they create perverse consequences?
4. Was this change implemented as planned? If not, what hindered or is hindering implementation? Was there/is there open opposition or hidden dynamics working against this change? What were the real effects? How do these compare to the planned effects? Did you experience any unforeseen effects?
5. How happy is the government with the current outcome? Are additional changes likely? If yes, in what direction?
6. Can you recommend any references for further readings on the subject?

Practical frame

The review of case experiences on changing governing arrangements followed a practical framework that guided the collection, analysis and reporting of information on the selected countries. This framework was developed to facilitate comparisons in governance arrangements, their objectives, and impacts across countries. The framework has three parts: policy priorities, tools and impacts.

Emphasis on policy priorities was on the two or three real objectives that appear to senior national analysts to have driven recent changes, not necessarily on official government statements of reform objectives. We also tried to take account of who has shaped these policy priorities, i.e. whether these are governmental priorities, political priorities, priorities of the administrative apparatus, clinical priorities, those of providers, purchasers, or priorities of patients and/or citizens. Where possible, the report includes a short discussion on whether and how this change in governance arrangements has affected the fundamental values of the health systems in the selected countries.

We considered tools as legislation and other regulatory means, measures and procedures newly introduced to implement the changes in governance arrangements. Often these tools comprised legal means to change the scope of responsibilities of a certain administrative or governmental decision-making tier, or the establishment of new institutions.

In the impact section we tried to modestly assess whether the changing government arrangements have yielded the effects that

the reform was intended to have. We also considered unforeseen effects of the reforms and constraints in their implementation.

Each country section also has a short introductory paragraph on the basic governance model and a description of the recent changes, as well as a concluding section providing an outlook for possible future options and likely directions in governing the health system.

PART I COMPARATIVE GOVERNANCE THEMES AND ISSUES

Governance overview

Health sector governance involves a complicated mix of activities, that run concurrently, and at multiple different levels of the funding and service delivery system. These activities can stretch from strategic (legislation) to mechanical (reporting financial or clinical data), and may involve a variety of institutions and/or health system levels in any one particular process (eg regulating physician behaviour). Further, these activities typically have political, financial, clinical, institutional, professional, legal and economic dimensions, often at the same time. While governance traditionally had been an intra-health-system activity, in the last several decades a variety of outside actors – most notably patients and citizens – have also been drawn into the mix. In summary, then, it is a complex area of responsibility that requires a complex analytic perspective (Saltman, Duran and DuBois, 2011).

Given this broad perspective, the national government should be viewed as a key but not an exclusive actor in the design and implementation of governance measures. While some areas of governance – for example certain regulatory and reporting requirements – naturally fall within the purview of the national government, other regulatory roles (for example, professional behaviour) and institutional responsibilities (for example, within semi-autonomous public and/or privately operated hospitals) may properly fall to non-national government and indeed to completely non-governmental agencies, depending upon the construction of the health system and its operating mandate.

This complicated mosaic of responsibilities and actors suggests that strategies and measures to change the role specifically of the

national government in the behaviour and performance of specific sub-sectors of the health system (for example, highly specialized hospital services) should not be conceived or introduced in isolation. Rather, these measures need to be understood within the broader context that they take place within, and which can accelerate or retard their ability to achieve their stated objectives. As experienced national regulators know well, medical professionals believe (and not always inappropriately) that substantial clinical autonomy – eg separateness from political and politician-based decision-making – is essential to providing and maintaining a high standard of medical care (Mechanic, 2000). Further, as organizational sociologists have long documented (Barnard, 1938; Roethlisberger, 1941; Simon, 1948; Crozier, 1972), efforts to impose external authority on technically based employees can lead to a variety of unexpected, sometimes perverse organizational outcomes.

A further factor in this governance mix is the complex character of regulatory interventions by national governments in health systems where operational decision-making is decentralized to regional bodies (as in Sweden) or delegated to private non-for-profit and/or for-profit actors (as for example in Netherlands). Regulation in these multi-actor contexts is considerably more difficult than in a top-down command and control state-run mode of service funding and delivery (Kettl, 1993). Moreover, if a contract-based, market competitive model is adopted, regulation takes on further complexity, becoming sub-divided into regulatory measures that promote those forms of competitive behaviour that are seen to be positive to achieving political objectives (eg raising quality of care), as against regulatory measures that restrain competitive behaviour that is seen to be negative in achieving political objectives (eg adverse selection of insurees or patients) (Saltman, Busse and Mossialos, 2002). A key task of national government thus becomes designing regulation to encourage “good” competition and to restrain “bad” competition – a central task if a central government is to re-design and modernize health sector governance.

Summarizing Key Themes

The brief country reviews in Part II of this report were undertaken to examine recent changes in the mix or balance of decision-making authority between national government, on the one hand,

and either regional and/or local government on the one hand, or private not-for-profit or (in The Netherlands) private for-profit actors, on the other hand. The types of measures that were adopted can involve either formal transfer of responsibility between levels of government – which involve major structural changes in how government deals with health care – or they can involve a growing variety of non-structural efforts to create either better coordination among the regional governments (Switzerland; Italy); better information flows between the regional and national governmental levels which give the national government a better view of ongoing activities in the health sector (Spain, also Italy); or broader institutional cooperation between public sector and non-for-profit private sector health actors (Switzerland for Health Technology Assessment). The results from these country reviews provide a useful snapshot of the type and character of changes underway in a variety of different countries, and also provide a sense of the types of governance measures that are being introduced in the face of a relatively well-defined set of common health sector challenges.

The central theme that emerges from these country reviews is the extent of recent and/or ongoing efforts by national governments to increase their decision-making leverage over important financial and/or clinical aspects of the health system (Saltman, 2008). These efforts can be both structural (eg changing the formal institutional responsibilities of national and regional and/or municipal government) as well as non-structural (regulation and/or negotiation based) in character. These centralizing efforts reflect pressures on central government to achieve better financial (efficiency) and clinical outcomes. While diffuse, the sources of these pressures include higher patient expectations for care quality, tied to internet-driven awareness of different treatment options, the impact of IT based collection of financial and clinical data, and what has been called the “blame factor”: national politicians are held responsible by citizens if health sector performance appears sluggish, bureaucratic, and/or clinically inadequate.

The country studies in Part II document the degree to which this broad centralizing trend continues to be observed in social health insurance based health systems (Germany, France, Switzerland, also Netherlands) as well as in tax-funded health systems (Norway, Denmark, England, Australia). These efforts have taken a number of different, often overlapping forms, some of which involve direct re-centralization of decision-making authority, some

involve establishing new national agencies that centralize previously un-coordinated areas of authority (for example dealing with quality of care measures), some involve new regulatory interventions that mandate certain changes from non-state actors (regional health administrations, private sector insurers and/or providers), and some of which are negotiated agreements with these regional governments and/or also non-profit private actors such as national medical associations.

Among formal structural measures to increase the national government's authority has been national legislation that does the following:

- a) Transfers legal authority to national government over health system fund-raising and fund-distribution from regional governments in tax-funded systems (Denmark) or from private not-for-profit but statutorily responsible sickness funds in a social health insurance system (Germany, France).
- b) Transfers legal ownership to state of major provider institutions (eg hospitals), shifting them to national control although with a new regional form of day-to-day operational responsibility (Norway, Denmark).
- c) Establishes new national agencies with mandatory authority over emerging areas of health system importance such as quality of care (England, France, Australia) or primary and/or preventive services (Australia, France).
- d) Consolidate the number and/or responsibilities of regional/municipal government bodies (Norway, Denmark, France, Finland, England)

It should be noted that not all structural reforms have been in the direction of centralizing more authority in the national government. Although this has been the predominant trend, there have also been several structural (legislative) measures that have shifted elements of health care decision-making downwards, either to regional governments (France's establishment in 2010 of regional authorities) or to municipal governments (Denmark's delegation of approximately 20 % of health resources to municipal governments, to be used in part to contract for preventive health services with private primary care physicians). Thus in some countries there has been a mix of structural measures, shifting some types of authority upwards but also sending certain types of authority (often tied to

prevention and/or public health) to lower level and/or municipal governments. Similar strengthening of non-state actors – in this case private not-for-profit and for-profit (Netherlands) and/or corporatist (Germany) bodies – can be seen in social health insurance countries in the continuing consolidation of health insurers.

Non-structural measures to increase the national government's authority in the health sector have been both regulatory and inter-governmentally negotiated in character. In both instances, no legal boundaries were changed – there was no formal re-structuring of inter-governmental relationships. Thus the role of the national government was strengthened by adopting strategies that could be implemented inside the existing structure of formal institutions and the official allocation of ownership and operating roles of national, regional, and local governments. This has the political advantage of being less cumbersome and time-consuming to implement, as well as raising fewer (although certainly not no) political complaints from other levels of government.

New regulatory measures that have strengthened the hand of the central government in the financing and production of health services have included:

- a) France's program of 100 priorities in 4 areas (access, prevention, quality, efficiency) in its 2004 Public Health Act.
- b) France's 2009 Act to promote competition between public and private hospitals.
- c) Australia's new system of monitoring professional boards.
- d) Italy's adoption of a broad series of new regulatory measures including "external commissioners" to monitor the financial performance of regional governments.
- e) Italy's proposed effort to impose one national set of prices for all regionally delivered hospital, community and public health services.
- f) Netherland's strong regime of four national agencies established to regulate non-public health insurance and health provider markets.
- g) England's proposed strengthening of Monitor to expand its regulatory activities beyond hospital trusts to include private hospitals as well as primary care practices.

Negotiated compacts between national and regional governments and/or other private non-profit actors have a mixed record. In some countries they have worked out largely as anticipated (Switzerland). In other countries, these negotiated arrangements between the national government and the regional governments have been largely honoured in the breach.

Among instances of negotiated inter-governmental arrangements are the following:

- a) Switzerland's national goals on disease prevention are to be established by the federal government in collaboration with the cantons and non-governmental organizations.
- b) Switzerland's cantons have agreed to common planning of highly specialized health services.
- c) Switzerland's establishment of a "Medical Board," organized by the conference of cantonal medical directors, the association of Swiss physicians and the Swiss Academy, which will serve as an initial step toward a private health technology assessment institute.
- d) Spain's Inter-Territorial Council, set up by the 2003 Cohesion and Quality Act, through which the national government hoped (incorrectly) to encourage the 17 autonomous regions to provide quality and safety related data to the national government so as to enable it to monitor and evaluate regionally delivered health care services.
- e) Italy's national solidarity fund, intended to provide cross-subsidies between well-off and less-well-off regions to ensure equity of access (which never generated actual transfers).
- f) Italy's national health plan, agreed between the national and regional governments.
- g) England's proposed local planning processes, to be negotiated between National and local commissioning boards.
- h) Australia's "Medicare locals", an integrated local planning unit intended to foster better collaboration among 100–300 medical professionals of different disciplines.

Additional Issues

Several additional issues emerge from a close reading of recent country experiences presented in Part II. These reflect broader questions about the overall focus and direction of current efforts to strengthen the role of national governance in European health systems, and remain questions without any clear answers at this stage in the reform process.

- a) Are new national agencies a cost-effective solution? A number of countries have turned to building new national government infrastructure as part of their solution to regulatory gaps in their health care systems. In some instances (England, Netherlands), this new infra-structure has replaced previous national agencies, often incorporating elements from those agencies. In other instances (France), these new agencies are being built out in addition to previous, sometimes overlapping national and/or regional government authorities. When and under what institutional circumstances are new national agencies a good idea? When are they likely to be ineffective and/or counter-productive?
- b) How successful will new national efforts to align sub-national actors be? Recent experience in several countries with strong regional responsibility in the health sector (Spain, Switzerland, Italy) have found it quite difficult and slow-going to shift the existing balance of decision-making control more toward national goals and objectives for their health care systems. Similarly strong resistance can also be observed in various professional, labor union, and other staff organizations. Even when these national governments have full authority over the financing of their health sector (Spain, Italy), these governments have not been able to affect health sector outcomes as they would like. What mix of structural and non-structural tools is most likely to produce the types of organizational and behavioural change that national governments are seeking to create?
- c) How can national governments streamline the decision-making procedures within regional and municipal governments? In a number of countries with decentralized responsibility for day-to-day operating decisions for the health sector, the sub-national governments are themselves highly bureaucratic and politicized (for example, Spain and Italy). National government goals to improve the quality, safety, and cost-effectiveness of service

delivery may be difficult to achieve if regional governments are not modernized and managerially efficient. Imposing new governance standards from the center, however, is highly fraught politically, and unlikely to be considered except by the strongest of national governments. It is also likely to alienate key professional and patient groups, who rely upon their ability to influence local government decision-making. What strategy can ensure that new national regulatory initiatives are not dissipated by more traditionally organized lower level governments?

- d) How will permanent austerity shape these new national governance strategies? Most European national governments will be dealing with large national debt obligations for at least the next decade. Facing substantial economic competition with Asian countries, these European governments will have little option but to limit taxes and to reduce welfare spending, including for health care (Saltman, Calltorp and de Roo, 2011). How will this permanent shrinkage of revenues affect the new strategies of national governments to increase their role in their health sectors? Will this ongoing revenue scarcity favour a differing mix of structural and non-structural initiatives than might otherwise be preferred?

While these additional issues raise questions that the evidence presented here does not allow for an answer, they are nonetheless very much a part of the current policy-making environment. Finding responses to them will necessarily be part of the process of developing reforms if national governments are to achieve their central objectives.

PART II COUNTRY GOVERNANCE PROFILES

Australia

Governance model and recent changes

Responsibilities for funding and managing health care services in Australia have traditionally been divided between the national government, and the six states and two territories. Thus, the power of individual actors to plan and regulate is usually limited and the Australian (Commonwealth) Government and the States must agree on all major health reform steps. Recent reforms in 2004 and 2011 have reflected continuous attempts of the Commonwealth government to assume a higher level of control in some areas. This has usually worked through intergovernmental agreements and funding mechanisms and more recently by creating national regulatory, planning and oversight agencies.

Policy priorities and tools

Health professional regulation has traditionally been a responsibility of the 8 states and territories with separate health professional planning boards. In 2010, health professional regulation was centralized. Initially one national health professional board was to be established for all health professionals but some health professional groups opposed to the plans for joint regulation and planning so that eventually 10 national boards for each group of health professionals were established. A national oversight agency, the Australian Health Practitioners Regulation Agency, was set up to ensure accountability of the national boards. Health Workforce Australia is also a new agency created for providing national level

advice, coordination and consultation on health professional recruitment and retention. The purpose is to tackle the progressive shortage of health professionals in Australia and work towards a nationally coherent approach to health professional staffing in hospitals.

Primary care has become subject to a nation-wide policy through “Medicare Locals” which are integrated local planning units funded by the Commonwealth. Currently about 30 Medicare Locals are set up each composed of about 100–300 health professionals of different disciplines. The intention is to further roll them out. Medicare locals are expected to encourage collaboration amongst GPs and other health professionals, foster the integration and continuity of care, and enhance continued training. There are financial incentives for GPs who are willing to sign up with Medical Care locals but they will continue to operate as private practitioners. In addition to general practice, a small number of polyclinics will be established as community health centres that will work in an interdisciplinary approach to care provision. General practitioners who fear to lose patients to them have not supported the establishment of these polyclinics, but the opposition is not been very fierce since overall the demand for health care exceeds the supply in Australia and thus polyclinics are not likely to change the GPs position working in private practice.

A national agency for disease prevention has been established in 2011, the Australian National Preventative Agency, as a partnership of the Commonwealth government, State governments and the private sector. It will focus on strengthening the individual responsibility towards prevention and provide recommendations. Critics of the agency have argued that it will not have the leverage to influence the health environment towards a collective and community approach to disease prevention.

The most recent reform as of August 2011 also influences funding and governance arrangements for hospitals. Overall the Commonwealth government will assume a stronger role but supervision and provision of hospital care remains in the hands of the States. Additional funding is provided nationally covering block grants for public hospitals and performance targets will be developed nationally starting with waiting time targets on elective surgery and emergency care. In addition, there are plans to establish local hospital networks grouping up to 4 hospitals together. Payments of these groups for the provision of services in the public

scheme will follow a national pricing system. For each patient under the public scheme hospital services will be paid 60 % of “the efficient price” of the respective Diagnostic Related Group. The newly established Hospital Pricing Authority will determine hospital prices for the local hospital networks. The scheme is expected to improve efficiency and level out the substantial variation in hospital prices.

Another area with increased funding and policy responsibility of the Commonwealth is for care for the elderly including long-term home and community care with the exception of Victoria and Western Australia where they will continue as joint ventures. The Commonwealth funds care for the elderly, in particular long-term care in residential homes, under the Aged Care Act 1997. Care for people in their own homes in the community, and also support for their carers, is provided under an intergovernmental agreement through the Home and Community Care (HACC) program.

Three new national agencies will be established to increase leverage of the national government on hospital funding and performance management: the Independent Hospital Pricing Authority is planned in order to establish a national pricing scheme for hospital services. A National Health Funding Pool will make payments to hospitals, and a National Health Performance Authority is established to monitor and publicly report on hospital performance. In addition, the Australian Commission on Safety and Quality in Health Care – an agency that sets out standards for safety and quality of care – has already become a statutory national entity.

Conclusion and outlook

The health care system in Australia is characterized by the division of governance responsibilities of the States and the Commonwealth Government. Major changes have to be negotiated through bodies jointly such as in the Council of Australian Governments and the Australian Health Ministers Conference. The trend has been a growing coordination of strategies and policies such as in funding and provision of care to ensure more equal access to care; level out differences in prices of health services; increase nationwide performance on quality, transparency and public accountability of health care providers; and increase the continuity of care between the different health care sectors. The recent trend to coordinate

policies at Commonwealth level has arguably diminished the autonomy of States and Territories. In addition, by incentivising health care providers to sign up to certain care groupings the attempt is made to create better conditions for aligning care providers to common strategies and policies. The scope of services provided however is not fundamentally revisited, and rationing takes place by waiting lists only. The progressive shortage of health professionals in Australia will likely be one of the factors restraining fundamental changes.

Denmark

Governance model and recent changes

The Danish administrative system has undergone a major structural reform in 2007 that shifted responsibilities and effected relationships between the national level, the county/regional level and the local level (Andersen et al., 2010). The reform reduced the number of regional units (from 14 counties to 5 regions) and local units (from 275 to 98) and transferred responsibilities for prevention, rehabilitation and social care from the regional to the local level. The reform created larger regions and municipalities but with a different distribution of responsibilities among them. In hospital and highly specialised care, this meant a more central form of administration, supervision and provision of care with fewer and larger hospitals and more centralized provision of highly specialised care. In addition, the National Board of Health has been given more power to plan and provide guidelines for highly specialized services. In contrast, responsibility for prevention, rehabilitation and social care was shifted to a lower level of administration originally from counties to the municipalities. The new responsibility levels for administering and providing the different types of care means greater division of responsibility and accountability for overall care provision. To enhance coordination between the different levels of care, the 2007 reform enforced mandatory regional health agreements between the regions and municipalities.

Table 1. Government reforms in Denmark: changes in responsibilities

1973–2006	2007–2011
State	
Legislative power	Legislative power
Partition of tax money in negotiation with municipalities and counties about general grants	Partition of tax money in negotiation with municipalities
Counties	
Fifteen counties	Five regions
Power to levy taxes	No power to levy taxes
Hospital steering/treatment	Hospital steering/treatment (somatic and psychological)
Chronic diseases	Plan hospital structure and function
Health promotion and prevention activities	Receive payments for hospital treatment from the municipalities
Ambulatory treatment	
Secondary education	
Rehabilitation	
Municipalities	
Less power	More power
Small geographical areas (215 municipalities)	Bigger geographical areas (98 municipalities)
Responsible for all social services (e.g. elderly care), welfare services (e.g. unemployment benefits) and education services (e.g. primary schools), except health care	Same responsibilities in addition to secondary education (e.g. high schools)
	<u>Responsibilities that were previously with the counties</u>
	Extended health promotion and disease prevention
	Rehabilitation
	<u>New responsibilities</u>
	Establish health agreements between municipality and region about cooperation/coordination within health sector
	Patient education

Source: Andersen et al. 2010.

The reform also included a change in redistributing funds: a new system of earmarked taxation was introduced at national level with approximately 80 % redistributed to regions through block grants and 20 % redistributed to municipalities to co-finance hospital services. The right for regions to levy tax income was removed. At the same time, central level influence of regions' capital investments was increased: since 2007, the Ministry of Health must approve capital investments of regions above a certain level.

Policy priorities and tactics

Priorities of the 2007 reform might be divided into official policy priorities and political priorities. An often stated policy objective of the concentrating element of the reform was to secure economics of scale in service provision according to the perception that larger catchment areas would guide more efficient specialisation and structural adjustments. This was expected to eventually yield economic savings in specialised care and improve the quality of highly specialised services. In addition, more direct state control on hospital care provision was expected to enforce more uniform quality standards for hospital care, equalize waiting times, and improve the availability of medical technology and the provision of diagnostic and curative care across the country.

Looking at the political motives, officials of the central government were keen to stop being held accountable for problems occurring at county level and which they effectively had no control over. In this way, the reform ended a power struggle between the counties and the central government. By empowering municipalities and creating locally accountable planning structures for welfare, public health and health care services at the same time, the central government communicated the objective to improve coordination of care by eliminating duplications and insufficiently or poorly handled ("grey zone") health care and welfare services (Ministry of the Interior and Health, 2004). Thereby the central government formed an effective coalition with the municipal level to ally against any potential opposition from the counties who might be seen as the main loser of the 2007 reform in terms of decision-making and planning power.

There have also been commentators arguing that the 2007 reforms paved the way towards more market oriented reforms by

breaking the power of the regions and further encouraging outsourcing and contracting out of services to the private sector. Outsourcing has become more popular with the introduction of the waiting time guarantee in 2002, which allows patients waiting for treatment for more than one month to seek care by any provider.

Tools

National frameworks and indicators have been important national level tools to coordinate policy and planning for health services. This applies not only to the 2007 reform but also to the whole of the last decade, albeit national guidance for services planning and for integrated care models was reemphasized with the 2007 reform.

Obligatory health agreements are important contractual commitments conducted between each municipality and its respective region to secure health care provision in line with national guidelines. Health agreements include arrangements regarding hospital discharges for weak and elderly patients, on the social service available for people with mental disorders, and on prevention and rehabilitation. They were introduced in 2007 to foster coherence between the different levels of care. The National Board of Health became responsible to issues national indicators for patient pathways and integrated models of care that were to be subscribed into health agreements.

The development of a model to improve quality of care builds on regional initiatives but has progressively moved towards a nationally applied system. In 2002, national and regional authorities agreed to integrate a number of national and regional models into a comprehensive national scheme comprising standards (process related standards for care; diagnosis related standards for care; and organizational standards). A national quality database allows comparing quality in a number of clinical areas (including diabetes care, lung cancer, schizophrenia, heart failure, hip fracture, stroke and surgery for acute gastrointestinal bleeding) and national measures of patient satisfaction, all hospitals were included in the national quality scheme in 2007 and a national system for monitoring adverse incidents was introduced in 2004.

Implementation and impact

The strong support of the central government and the municipalities have been important factors in the implementation of the reform, and this watered down the resistance of the counties towards giving up their remits. This in turn has affected the compliance of hospitals with the reform, as hospital managers of public hospitals are civil servants directly employed formerly by the counties and now by the regions. This means that they traditionally often do not operate as independent policy actors and do not form a strong representative interest group. Overall most health professionals were indifferent with the reform, but some have also promoted the reforms as they saw professional merits in a higher degree of specialisation.

The implementation of the reform was a complex process since it has drastically changed responsibilities for planning, managing and administrating health and welfare services across the different organizational tiers. The changes in administration through the mergers of counties into regions and the mergers of municipalities into larger units took place at relatively quick pace. Regional plans have helped to implement new provisions for capital investments in hospital infrastructure according to national guidelines. A number of smaller health care facilities have closed, as they no longer complied with national requirements for services infrastructures and for the required volumes of interventions. The closure might have influenced geographical access to acute care in some remote areas of Denmark but this has not been subject to major public concern so far. Recorded waiting times have reduced substantially due to the introduction of the maximum one month waiting time guarantee in 2002, but they have not yet substantially changed since the reform in 2007, suggesting that the reform is likely to have had little measurable impact on waiting times to date.

Implementation for the new prevention, rehabilitation and social services planning responsibilities at municipal level has been more varied, partly owing to the large differences in size and capacities of the municipalities. Many of the larger municipalities have been proactive in developing health agreements with providers. For some of the smaller municipalities, it has been more difficult to deliver highly specialised rehabilitation and long term care services, for instance cater for patients with complex disabili-

ties. This has triggered a debate in the new government to revisit and potentially reduce the functional remit of the municipalities.

Conclusion and outlook

The 2007 reform has shifted responsibilities for health services planning to the municipal level and has increased the role of the national government in setting out national frameworks for local and regional health services plans, speciality planning and the performance on quality and efficiency. Considering the large scale of the reform, opposition was not very fierce, partly owing to the highly integrated nature of the policy-making and provider institutions and implementation has been complex but considerably smooth. Early observations suggest that the more centralized form of planning clinical specialties has increased efficiency so far without fundamental compromises to access to care, as measured by waiting times. The results of the reform in planning and provision of long term, rehabilitation and social care are more heterogeneous due to the large differences in size, capacities and health and social structure of the different municipalities.

Health care figured as one of the major election campaign themes in the preface of the national election in September 2011. The liberal-conservative coalition had launched plans to abolish the regional health administrations. The election however resulted in a return of the leftist government to power, which is less likely, compared to the previous government, to introduce fundamental changes in the division of responsibilities.

The new government has just taken office (September 2011), and it is too early to determine how this will exactly influence the current health care governance arrangements. Overall, it is unlikely that the government will fundamentally change the current delegation of responsibilities. Some instant decisions have been taken along with the election manifesto, including the removal of regulation in favour of tax deductibility for private health insurance contributions that the previous government had introduced to encourage the uptake of voluntary health insurance schemes. These plans already start to show an effect with substantial losses encountered in the private health insurance sector. In contrast to private funding schemes, the new government is however not expected to dis-encourage private providers from offering services

under the public waiting time guarantee scheme. It will likely continue to encourage regions to embark on outsourcing agreements with private providers where there are shortages of public providers and where there are cost effective alternative private providers such as in the auxiliary services branches.

Under consideration is the scope of municipal responsibilities and also environmental health regulation and to return this to either a regional or a national responsibility as some municipalities have found it difficult to regulate industrial behaviour of industries they rely on. Municipalities' responsibilities for complex long-term care are also at stake.

England

Governance model and recent changes

England has a centralised health system administered through the publicly funded National Health Service (NHS). The NHS is a pioneer in providing national guidance for clinical interventions through the National Institute of Clinical Excellence (NICE), quality assurance through the Care Quality Commission, or financial sustainability through Monitor, which supervises Foundation Trusts. The NHS also has a long track of national clinical policy development inscribed into National Service Frameworks, and targets that guide priorities and resource allocations at regional and local levels and have contributed to a substantial reduction of waiting times. Strategic Health Authorities were created in 2002 to manage the NHS at regional level and to make sure that local health service plans integrate national health priorities. The number of originally 28 strategic health authorities was reduced to 10 in 2006.

Since 1989, England has been on a quest to find the right balance between strong national level guidance and market approaches. The introduction of GP fundholding in 1991 was designed to stimulate entrepreneurial provider behaviour by giving GPs limited responsibility to manage budgets and purchase secondary care for their registered patients. In 1998, GP fundholding and purchasing system was replaced by a system of commissioning of primary, secondary and tertiary care services through managerial units called primary care trusts. Around 150 primary care trusts manage about 80 % of the budget of public hospitals and general practitioners. Thus, by

2010, the NHS had three prevailing governance models in parallel (Greer, 2011): one model consists of direct management by nationally defined targets delivered through local managerial arrangements; one is characterized by specialist regulation and guidance provided through national institutions; and one model is determined by market mechanisms designed to stimulate competition and promote patient choice.

In early 2011, the Conservative Liberal Democratic coalition government launched plans to fundamentally alter the arrangements for commissioning services. This came somewhat as a surprise as the health election campaign theme of the Conservatives had ruled out fundamental changes in the NHS. The current proposal is to introduce local Clinical Commissioning Groups, dominated by general practitioners but also including representatives of specialist physicians and other health professional groups. Their role is to purchase hospital and specialist care for their registered populations, negotiating with regulated autonomous hospitals. They will be free to purchase care from the public, private, and charitable sectors. According to these plans, the territorial commissioners – primary care trusts and strategic health authorities – would be abolished and the government would devolve responsibility for vertical performance management, which would pass to a new National Commissioning Board. The National Commissioning Board would be responsible for regulating local commissioning groups, potentially through regional branches of the National Commissioning Board and will play a leading role in defining standards for the quality of care, together with the National Institute of Clinical Excellence. The National Commissioning Board will moreover hold local commissioning groups responsible for their contributions to achieving a set of NHS outcomes. The NHS Outcome Framework published in March 2011 confirms plans to move away from performance management by targets and replace them with local planning processes whereby locally expected results will be negotiated between the national actors (representatives of the National Commissioning Board) and the local actors (local commissioning groups). The local plans are also expected to emphasize a more integrated approach to social and health care for adults, for example in the domain of long term care.

Policy priorities

The most consistent driving force for the changes in governance arrangements across the different governments in the past 3 decades is the desire to control costs without compromising on quality in a system that tries to provide universal access to care (Greer, 2011). This priority has also driven the agenda of the current government. Officials in the current government maintain that this is a decentralizing agenda. By introducing the local commissioning groups, local clinicians will be empowered to take a leading role in deciding how care will be delivered whilst the role of the national commissioning board is limited to overseeing and supervising their operations. Yet, there is an alternative view, namely that the commissioning board will increase central influence, and impose a rigid regulatory framework for the commissioning groups who would consequently become agents of the state.

The coalition government has also officially argued for a need to produce more cost effective care by bringing services closer to patients' homes. They furthermore stress the need to move away from reliance on a management driven commissioning agenda towards a clinical outcome agenda.

One parallel objective of the reform plans are to cut expenditures in the NHS by about 20 %, mainly through substantially reducing management in the NHS. The abolition of the primary care trusts and the strategic health authorities is expected to release approximately 24.000 jobs – most of which will be NHS managers – and will effectively eliminate the regional and managerial tier of the current health services commissioning process, albeit replaced in part by Clinical Commissioning Groups

A more hidden agenda is a reversion to a more contestable environment for health services provision because NHS and private health care providers are expected to compete for the contracts with Clinical Commissioning Groups. In essence, the current government is also keen to see their electorates benefit from increased choice of provider along with a higher variety of provider organizations.

Tools

As mentioned before, the Health and Social Care Bill 2010/2011 proposes an independent NHS commissioning board to allocate resources and provide commissioning guidance; proposes to make general practitioners responsible for commissioning services on behalf of their patients; strengthen the role of the Care Quality Commission; change the remit of "Monitor"; and abolish the primary care trusts and the strategic health authorities.

Local Clinical Commissioning Groups will therefore be the most important tools for implementing the reforms at local level. Local commissioning groups will take control for about 80 % of the NHS budget. The National Commissioning Board and the "Monitor", will be the national regulatory and oversight bodies for the new commissioning and care arrangements. Monitor is a national agency that has so far been responsible for regulating NHS trusts. It is planned to become an independent economic and care regulator for access to care, integrated care and competition in the NHS.

One new national institution – the National Commissioning Board – will be formed, and the remit of "Monitor" that has so far overseen Foundation Trusts existing will be increased towards becoming the main economic regulator in the NHS that would promote and regulate competition based on quality and pricing and promote coordinated integrated care approaches. The new NHS commissioning board will be established to set guidelines, regulate and oversee the commissioning process possibly with regional branches. Monitor is a national agency currently responsible for regulating NHS trusts. It is planned to become an independent economic regulator for access to care, integrated care, and competition in the NHS.

NHS hospitals will continue to be allowed to take on treatment of private patients (who are either privately insured, or who will pay their treatment out of pocket). Caps on NHS trusts on the income generated through private patients that was introduced under the Brown administration will be removed.

Impact, opposition and outlook

The discussions about potential reforms are on going and can thus not yet been assessed with respect to their likely impact. But early signs of the reform is that trust and health administration staff are already leaving, and that more than 150 commissioning groups have been formed to date (October 2011).

The draft bill created a lot of controversy and was thus withdrawn from the House of Commons (Lower Parliament) after its second reading in January 2011 as it risked failing to pass through the House of Lords (Upper Parliament) due to strong opposition from the Liberal Democrats who had fundamental concerns about the provisions on competition and the promotion of private sector services. In the first half of 2011, the Bill underwent a series of consultations and listening exercises. These resulted in a number of amendments to the Bill. One of the most important amendments is the revision of the duties of the Monitor towards promoting integrated care and not just promoting competition. This pays tribute to concerns over allowing competition to produce radical change to the look of the health service.

In the past months, proposals have faced and still face significant opposition from a range of actors, including the representative bodies of the medical professionals, hospital boards, and trade unions. It is feared that the contestable environment for hospitals and a zero nominal budget growth up to the year 2015 will lead some hospitals into bankruptcy or forcing them to reduce services and that the market orientation will eventually erode the principal values in the NHS such as universalism, equal access and public accountability.

There are also concerns that provisions of the Bill change the responsibility of the Secretary of Health and may essentially reduce accountability of central government to provide a comprehensive and universally accessible NHS.

Opposition from the trade unions is fierce and focused on the reduction of labour. There are also fears that the reform plans, the speed and scale of the changes will bind considerable staff and capital resources and will thereby destabilize health services, making it impossible to maintain the level of care.

Some commentators have expressed concerns about the possible fragmentation and duplication of services through the emergence

of parallel public, private and charitable providers, and consequently inflationary volumes of health services and expenditures.

Even amongst General Practitioners who have called for more clinical orientation of the commissioning process within the NHS, there is widespread concern that they might not be qualified for the financial and administrative responsibilities of commissioning services and some fear to losing popularity amongst their patients by having to take on NHS management roles.

In the second hearing in the House of Lords on 12 October 2011, some of the criticism of the Bill focused on the lack of attention provided in the Bill on ensuring proper public participation means and democratic legitimation of the new structures such as the Clinical Commissioning Groups, the NHS Commissioning Board and Monitor. Others argued that the Bill was mainly concerned with tackling costs – a comparatively well performing domain of the English NHS – whereas the Bill did not propose measures designed to improve variations in health outcomes.

It seems that there are two main scenarios that may lie ahead for the commissioning reforms – should they go ahead. One would lead to a more heavy-handed governance set-up through a strong regulatory National Commissioning Board and its potential regional branches. A second scenario is that local commissioning groups would take up an entrepreneurial and leadership role, and in some ways reverting back to the GP fundholding attempts to engage clinicians in helping to manage the services.

Finland

Governance model and recent changes

The central role of the Finnish government is that of a legislating and guiding role and providing block grants to municipalities. Decision-making related to the organization, provision and funding of health and social care is delegated to the 336 municipalities, which have a strong tradition of local democracy. The competencies of the municipalities progressively increased whilst the role of the central government has shifted from a steering role towards a guiding role: In 1993, municipalities were given the authority to decide upon the provision and financing of services whilst the central government was responsible for defining the general conditions

such as for contracting out and cost sharing by patients. Funding was changed from a system of earmarked state funding for health towards a system whereby municipalities receive block funds from the state to cover health and social care and raise additional funding. Since then, Finland has a multichannel financing system mainly by municipalities through a combination of municipal taxes, state subsidies and user charges; and a rapidly growing occupational health care system that provides additional coverage for the population under employment who enjoy easier access to primary care and outpatient specialist services.

Policy challenges and priorities

Looking at expenditures, Finland had been heavily hit by a steep economic depression in 1991 that led to a marked decline of total health expenditures in real terms and public expenditures as a share of total health expenditures. The share of total expenditures as a share of GDP remained relatively stable until 1995 but started to substantially decline thereafter. The decline in state funding was compensated with an increase in private funding through user charges and the abolition of tax deductions on medical expenses. The low per capita spending on health care in the midst 1990s and early 2000 compared to the other Nordic health care systems has thus been subject to on-going policy debate especially in the past decade. Overall per capita spending has substantially increased over the past 5 years, but there are substantial differences between municipalities.

Another problem is related to the small size of numerous municipalities and the small funding pools available to cover costly interventions. This has led to the creation of municipal federations and governmental equalization processes such as cross subsidies. Yet, the small size of the covered municipal population and major differences in catchment areas and geographical access has also led to concerns about equitable access, efficiency and quality of health and social services in particular since municipalities have progressively opted to introduce user charges to cover health care expenditures. Large differences in purchasing power and capacity of municipalities to purchase care from the 21 hospital districts and private health and social services providers and the fact that smaller and remote municipalities simply lack the choice such as over

accessible hospitals has further exacerbated the differences in playing fields of the municipalities.

Finland has also seen an emergence of parallel coverage and provider structures such as through the double coverage of employees through their occupational health entitlements, and those through their entitlements as resident of a certain municipality. These have been exacerbated by problems in aligning the new municipalities' competences with the country's fundamental values of equity and universalism.

The public/private mix in health care has not seen a major shift in policy priorities. Regarding financing, the mechanisms around multi channel financing have progressively led to an increased share of private funding sources over time. Private provision of primary care has been subsidised by the state with the objective to increase consumers' choice on their care providers. Municipalities have increasingly experimented with outsourcing provision in primary care and it is increasingly common for municipalities to contract specific services segments from the private sector, for instance certain low risk operations such as cataract surgery. Common is the voucher system whereby patients are given a voucher to purchase care from the providers of their choice, and choice of a private provider is likely to yield higher user charges. Yet, although there is a role for the private sector in the Finnish health care system, private care models have evolved in an incremental and somewhat experimental way as an alternative towards public integrated provider structures partly to tackle shortages in public sector staff, and partly to test out efficiency savings and they are not developed as an explicit strategic priority of the Finnish health care system to date.

An explicit objective of a trans-governmental "productivity programme" in 2006 to 2007 was to diminish administrative costs of the governmental apparatus by reducing the number of posts simply by not renewing posts that became vacant through retirements. The reform was implemented across all governmental legislative and executive services.

It should be note that in general, decentralizing responsibilities in health care is widely accepted in Finland as the population is dispersed and thus values local decision-making and accountability structures – so that any reverse direction is politically difficult to implement.

Tools

Major changes in Finland are usually achieved through law.

One of the most visible tools to address concerns related with unequal access, waiting times, availability of human resources and differences in standards of care was the 2001 government initiated project to ensure the future of health care. This project resulted in an agreement between the national government to increase the level of state subsidies to municipalities and in turn for municipalities to work towards a number of structural changes, and a set of new standards in care (Vuorenkovski et al. 2008). The agreement also resulted in waiting time limits on 270 diagnostic categories in hospital and primary care regulated by the Primary Health Care Act and Act on Specialized Medical Care implemented that came into force in 2005.

Where the government holds responsibilities such as in the pharmaceutical sector, it has also been able to effectively tackle fast growing expenditures through introduction of a reference price system to regulate prescriptions of generics against the fierce opposition of pharmaceutical companies.

The reconfiguration of municipalities has been a major instrument to counteract the negative consequences of decentralization. In 2008, more than 75 % of municipalities had fewer than 10.000 inhabitants and 20 % had fewer than 2.000, and thus many municipalities were too small to secure sufficient skill mix, resources and infrastructure for providing services. With the previous government, the number of municipalities was substantially reduced from 415 in 2008 to 336 in 2011, covering a minimum of about 20.000 people. This process has been fairly smooth, partly due to the support of the Finnish Centre Party that has particularly strong positions at the rural municipal levels.

The most recent Health Act of 2011 introduces patient choice on the primary care centre and the family physician and nurse, and on public hospital for treatment.

Impact

The above mentioned governmental productivity program has substantially reduced administrative costs of the central government and at regional level, but municipalities have in turn had to strengthen

their administrations. In addition, the downsizing of legislative and executive capacity at central government level at the same time was accompanied by a substantial upheaval of capacity at the level of institutions operating at arm length of government. For instance, whilst in 2005, the Ministry of Social Affairs had a small team of core staff of about 70, the merger of the National Institute of Public Health and the National Institute for Health and Welfare created a core staff of around 1.000 people. Institutional changes over time also created upheavals in institutional governance arrangements at national level. For instance, the remit of a national institute responsible for professional regulation was first extended to social policy, then to certain areas of public health, before these responsibilities were then shifted back to the level of the provinces. The Finnish Medical Agency is another example of a national institution that struggles with an explicit decision to geographically move it away from the centre. The decision to relocate its headquarters from Helsinki to Kuopio in three stages up to 2014 makes it more complicated for the institution to operate at arms length from government and more importantly to recruit qualified professional staff.

The current system that leaves municipalities in charge with a high degree of autonomy is still associated with low costs compared to other European countries within a similar income spectrum and high satisfaction of the Fins with their services. The stronger remit of the municipalities has however created tensions in the past around the limitations on central subsidies for the municipalities and the centrally defined obligations. Municipal authorities have repeatedly called for higher levels of subsidies in order to fulfil these obligations in the past. This has in effect increased the role of the Ministry of Finance in steering the system. The weakening of the steering role of the Ministry of Health has also left an empty space towards a strategic national leadership role for health policy. Overall municipal investments, human resources recruitments, and expenditures have heavily focused on the secondary and tertiary care sector as well as the occupational health sector which has tended to promote private provider and more specialist care setting. The municipalities' autonomy in steering the provision of care meant that the state was unable to effectively intervene in this development. For instance, the initiative of the central government in 2005 to introduce regulations for providing specific maternal and child care services within the municipal primary health centres took more than three years of negotiation

between the central government, the municipalities and the doctors. Overall, the heavy focus on specialist care has compromised Finland's reputation as a leader of primary care in Europe.

The waiting time limit is considered a major achievement that has brought down waiting lists and times substantially in hospital and outpatient specialist care. In primary care the policy has been less successful owing to substantial remaining challenges in recruiting primary care workforce.

Conclusion and outlook

The degree of decentralisation in the Finnish health care system has arguably been higher than in most other European countries and there have been some commentators pointing out that the problems involved in the high degree of decentralization such as inequalities in financing, access and quality of care may have outweighed the advantages associated with local responsiveness of policies to the health and social needs and preferences of the people, accountability and local participation. Yet, according to the pendulum principle, the trend toward decentralization is currently reversed partly to address some of the challenges of decentralized administration. For instance the governmental programme for the restructuring of municipalities and services decreased the number of municipalities. The national government has also fostered increased cooperation between municipalities and has reduced the number of central hospital districts from 22 to 18, and has introduced national criteria for waiting time limits. Further central level regulation is expected to focus on legislation on care for the elderly and primary care, in which legislation has been rather piecemeal.

The April 2011 election has changed the political landscape in Finland, with the National Coalition Party, and the Social Democrats turning out as main players in the six-party-coalition government. This government has announced a substantial further merger of municipalities towards an average population size of 100.000, which would reduce the number of municipalities from 336 to about 53. It is not yet clear how this reform would be implemented and whether it would be accompanied by further principle changes in the governance arrangements. For now, the strongest party in opposition, the Centre Party, has posed vivid resistance against this reform.

France

Governance model and recent changes

The French system is characterized by strong state regulation. Whilst traditionally planning and regulation has involved negotiations between the representatives of the providers, social health insurance and the state, the role of the state in planning has increased over the past two decades. The system remained fairly stable up to the 1990s but reforms in the last two decades have attempted to devolve planning responsibilities to the regions. The 1996 reform (called the “Juppé reform” according to the Prime Minister at the time) empowered the 26 regions to undertake hospital planning. As a consequence, several regional institutions were created to represent the main stakeholders. These included representative bodies of the social health insurance funds, representatives of the health professionals and public health actors. As a result, the regional planning work became somewhat dominated by the partial interests of individual actors. The 2009 Hospital, Patients, Health and Territories Act (*loi hôpital patients, santé et territoires*; HPST) tried to tackle this by merging the majority of these actors into 26 regional health authorities (*agence régionale de santé*; ARS) leading to more integrated institutions, cutting across the boundaries of health care, public health, and social care.

Policy priorities

As in many other European countries, rising costs have made it rather difficult to deliver on the principal objectives of the French system that are listed in the 2004 Health Insurance Reform Act and include: universal and equal coverage, equitable access to care, fairness in finance; and continuity, coordination and effectiveness of care (Chevreul et al. 2010). The health system in France is amongst the five top nations in the world in terms of per capita expenditures and health expenditures as a share of GDP. This level of expenditures becomes problematic in times of troubled economic performance and growing public deficits.

One important priority justifying strong central level stewardship is fairness in financial contributions to care, and minimizing the risk of financially grounded exclusion from care such as through

granting free access to voluntary health insurance or providing vouchers to low income patients to cover user charges.

The policy objectives behind the introduction of regional health authorities were for once to simplify and improve the regional governance, ensure policy coherence and better tailor services portfolios to population health needs as well as facilitate the continuity between the different sectors of care especially to meet the increasing demand for long term care and to increase the power of the regions to tackle inequalities in health care access in their catchment areas.

The 2004 Public Health Act was introduced with similar intentions to improve coordination and consistency in public health policies yet at national level by putting forward 100 health priorities. The priorities were translated into targets and indicators for each social security branch in the so-called quality and efficiency programmes. The programmes in the health insurance branch are aiming to balance access to health insurance benefits, ensure adequacy of health insurance coverage to meet population health needs, provide efficiency in the provision of insurance benefits and work towards financial sustainability (Chevreul et al. 2010). They include a programme 1 on equal access to care with targets to reduce physicians extra billings; a programme 2 of five preventative health targets; and a programme 3 to enhance quality of care with targets for improving referrals from a GP, reducing waiting times, improving availability of primary care on a 24 hour basis, improve hospital acquired infections, increase the number of accredited health care institutions and enhance professional appraisal. Programme 4 aims at improving efficiency and control expenditure with targets for instance on drug prescriptions and use; sick leave compensation; and elective procedures performed on an outpatient setting.

Policy priorities in hospital care have been mostly related to increasing productivity and efficiency in hospital care. The 2009 HPST Act reformed the governance of public hospitals by allowing more flexibility in the management of public hospitals. Competition amongst public and private hospitals was to be promoted by introducing a common funding structure by adopting similar DRG tariffs by 2012.

Tools and debates around them

In spite of a stronger role of regions in previous years, the Ministry of Health, and the government and parliament remain the most powerful regulatory and policy-making institutions and this role has further strengthened in recent years. Following the 1996 reform, the parliament was mandated to approve the national ceiling of the annual health insurance expenditures and the revenue side of the budget.

The 1999 Universal Health Coverage Act is another central-level steering device that has regulated basically free access to voluntary health insurance for low income groups through providing free voluntary insurance or alternatively a voucher system that removes the requirements for out of pocket payments.

The Social Security Finance Act in 2000 transferred responsibility for hospital policy from social health insurance to the state. The Health Insurance Reform Act and the Public Health Act furthermore changed the governance of the system in 2004 by increasing the role of the parliament in setting the above mentioned health priorities and establishing national management of social health insurance. The parliament also acquired a new role with its "Alert Committee" which is activated when the social security deficit reaches a predefined threshold. After 2004, two categories of care were implemented with different tariff structures. In addition, stricter control on tariffs was enforced. Although tariffs are negotiated between providers and social health insurance representatives, they are subject for final approval by the Ministry of Health. The reform furthermore formalized a gatekeeping system with financial disincentives for direct access of services without consulting with their preferred doctor.

Another area that is increasingly determined by national policy is quality of care with a plethora of tools. National agencies have been developing mandatory practice guidelines and good practice commitments have emerged between collective representatives of health professionals' and social health insurance. Sanction fines for non-compliers initially accompanied these commitments but there is now a trend towards establishing a pay for performance scheme for individual doctors based on good practice targets: Individual practice contracts for practice improvements were introduced in April 2009. The contract uses a pay-for-performance incentive to achieve efficiency targets in primary care, of which the prescription

of generics and of low-cost statins received much public attention (Chevreul et al. 2010). A good half of all free practicing doctors are eligible for receiving additional payments for achieving targets. A national policy requires hospitals to undergo certification every 4 years and all health professionals have to provide proofs for regular continuous training.

The strong health policy role of the government has triggered the establishment of high-level advisory bodies in recent years such as the High Council for the Future of Health Insurance (*Haut comité pour l'avenir de l'assurance maladie* (later changed to the *Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie*; HCAAM)); the High Council of Public Health (*Haut conseil de la santé publique*; HCSP); and the National Health Conference.

In 2004, the National Health Authority was established to support quality and equal access to care independent from government. The Authority provides assessments on drugs, devices and procedures, accredits health care institutions, certifies professionals and publishes clinical practice guidelines. The Authority reports to government and parliament.

The 2009 HPST Act enacted the merger of health care, public health and social health insurance funds at the regional level with the objective to identify health needs and establish priorities at the local level with the major stakeholders including hospitals, self-employed health professionals, public health decision-makers, patients' representatives, and representatives of the state and social health insurance (Chevreul et al. 2010). The law was implemented in 2010 by establishing 26 regional health authorities with the mandate to coordinate outpatient ambulatory care, hospital care and long term care for the elderly and the disabled within their catchment area. They are responsible for developing strategic regional health plans that spell out criteria and targets for the provision of care. The strategic health plans are based on epidemiological and demographic profiles of the catchment population, and indicators for the utilization of care. These plans are designed to provide the framework for any services planning and tendering conducted at regional level. Regional health authorities can rationalise, they for instance have now the power to close or merge hospitals. As part of their mandate, regional health authorities have also more influence on workforce planning and distribution. They can set out legal provisions for the transfer of tasks between health professionals, can set their numerous *clausus* for medical school admission

in accordance to their current and projected regional health needs, and can optimize the distribution of health professionals by providing financial incentives for professionals to serve in under-supplied areas. The regional health authorities are now in the driving seat for any service related planning.

The degree of power given to the new regional health authorities and especially their director in the 2009 HPST was subject to some controversies between the national ministry of health and the social health insurance funds. The Social Affairs Committee of the Senate consequently advised the government to limit the remit of regional health authorities towards implementing “nationally defined priorities” but these proposals were rejected. Instead amendments to the original plans were made to concretize the terms of references of the regional health authorities and their directors, to increase mechanisms of accountability, and to allow others than civil servants to apply for the position of the regional health director (Or, 2009). A key concern of those that remained sceptical to the reform is that the appointment of a regional health director as well as a public hospital requires the prior approval of the ministry of health and that hospital and regional directors are accountable to the state so that regional autonomy in reality might be limited and any regional decision making can potentially be overruled or undermined by the central authorities (Or, 2009).

Impact

The French population enjoys good health with high life expectancy and longevity, low infant mortality, and comparatively low prevalence of cardiovascular diseases and obesity. Most of the French are relatively satisfied with the system.

The introduction of the gatekeeping system did not result in major changes for several reasons. One is that the gatekeeping reflected existing patterns of utilization of transferal through a preferred doctor. It has also been simple to change the preferred doctor. Another reason is that some essential specialities were excluded from the transferral scheme (dermatology, gynaecology, paediatrics, ophthalmology and psychiatry). And in reality access outside the referral scheme has been granted, basically without sanctioning consequences (Chevreul et al. 2010).

The CMU scheme has not yet entirely achieved its objectives to remove financial barriers to access of care since some physicians refuse patients under the CMU scheme partly because they have no possibility for extra billings above the tariffs reimbursed by the insurance companies. There is also concern that the deductibles on medical consultation, ancillary care, transportation, and drug problems will increase access problems. Overall, The reforms aimed at tackling inequality in access to care have probably not yet yielded the expected results. For instance in 2006, 14 % in 2006 of the population aged 18–64 years were reported having forgone health care in the last 12 months for financial reasons, while this share amounted to 16.5 % in 2008 (Allonier et al. 2008, 2010).

The setting up of the Alert Committee in 2004 and new statistical monitoring procedures for the health insurance expenditure budget has started to show an effect since 2003 when the size of the budget overrun has started to decrease up to 2007.

Conclusion and outlook

The system has undergone a fair amount of governance reforms in recent years but the Ministry of Health has retained substantial control over the health system. The national health priorities first adopted for the period 2005 to 2009, and succeeded with priorities for the period from 2010 to 2014, and the new provisions for the governance and surveillance of social health insurance at national level have reemphasised the central level governance model that is based on the central government leading and setting directions for the health care system. But on-going reforms at the regional and the national levels may challenge its traditional role in future. Especially the 2009 Hospitals, Patients, Health and Territories Act empowered the regions for a more integrated approach towards health financing and the delivery care. The regional health authorities have now become a more important actor in governing ambulatory care, hospital care, and their so-called third sector, the health and social sector (Chevreul et al. 2010). The number of administrative stakeholders at national and local level remains very high and it is yet to see what effect the new arrangements will have on the traditional challenges of the French health care system such as how to effectively coordinate care between the different health care

sectors and numerous players, and how to sustain the level of care given the high level of expenditures.

The big question is how the regional health authorities will interpret their new role. Will they micromanage? Will they prevent innovation by trying to cut costs? Much will depend on the leader of the health care region.

Germany

Governance model and recent changes

Germany has a division of responsibility between central government, the federal states and the so-called “self governing bodies”. These corporatist health care providers and social health insurers are usually legitimated through social elections. The subnational players have traditionally a powerful policy making role. The central government however has gradually enhanced central level control over social health insurance financing and the provision of services: A national social health insurance fund, the so-called solidarity fund, was established in 2009 and has centralized the collection of all social health insurance contributions. At the same time, the level of social health insurance contributions became nationally fixed and uniformly applied to all social health insurers for the first time. And a new law on health care provision will take some planning of highly specialized ambulatory health care services out of the hands of the association of ambulatory care physicians working under social health insurance conditions and shift it to the regional ministries of health to influence the establishment of practices towards geographically remote areas (in essence rural areas, and the eastern Länder). Public health emergency planning is another field that experiences a gradual shift of traditional responsibilities from regional to central level. Within the corporatist actors, the trend is towards progressive merging and centralizing administrative units.

Policy priorities

Overall, policy priorities of the German social health insurance system are determined by a constant balance between the objective to allow choice of the insured on their insurers and health care pro-

viders and macroeconomic concerns over social health insurance expenditures.

The objective to ensure consumer choice has contributed to the promotion of market competition between insurers in the past and has also provided the basis – although less explicitly – for the modest promotion of competition amongst providers in both hospital and ambulatory care. The coalition government of the Christian democrats and the Liberals intended to reinforce competition of funds in 2009 by setting contribution rates centrally but introducing the option for funds to levy and collect a surcharge to health insurance contributions in order to cover their excess expenses. Between 2009 and 2011 this surcharge was limited to 8 Euros but from 2011 onwards, these surcharges are no longer limited. In addition, a special exit condition was granted for members wishing to change their funds so that the additional surcharge has not become subject to price competition between funds. Individuals whose average surcharges exceed 2 % of their gross income are granted lower contribution rates, these are covered by general taxes. Additional surcharges levied by sickness funds were expected to promote efficiency of the funds since it was expected that surcharges would become an important criterion for members' choices towards the more efficiently operating funds. In addition, the Health Financing Act aimed to separate labor costs from health expenditures by capping health insurance contributions at 15.5 %, and increasing the share of the employees (Bäumler et al. 2010).

The introduction of the solidarity fund in 2009 was motivated by the intention to potentially increase the governments' influence on health insurance finance, by enabling tax subsidies.

The progressive merger of health insurance funds, and the creation of a single peak organization of sickness funds is motivated by the objective to increase transparency, reduce fragmentation in decision making, and make collective contracting more efficient.

Improving the coordination of care has been another key objective that drove the introduction of disease management programs in 2002.

Tools

The creation of the Solidarity Fund in 2009 has been one of the most fundamental financing reforms of the German social health insurance system in the past decade. The Fund has centralized the pooling of social health insurance contributions of all socially health insured members (88 % of the population), which were previously collected and pooled by health insurance funds individually. The social health insurers continue to collect contributions from their members and pass these on to the Fund. Funds are reallocated to the social health insurers based on a standard average cost (15 Euro per month per insured), age, gender, employment status and morbidity patterns of the insured. The risk compensation scheme for the morbidity structure relates to 80 well-defined chronic cost intensive diseases and is identified through hospital discharge data and diagnostic data of ambulatory care physicians. A standard contribution rate (15.5 % of gross income, up to an income ceiling) had been set initially. The second economic stimulus plan contained a further tax-based injection of funding, to lower the contribution rate to 14.9 % in 2009. In 2010, the contribution rate was increased again to 15.5 %. The share of the insured amounts to 8.2 %, the employer share is 7.3 % and fixed. The government loan subsidy to the social health insurance scheme is gradually increased up to €14 billion in 2012. Establishment of the new central fund facilitates more centralized monitoring of social health insurance revenues and increases the opportunities to effect transfers from taxed sources.

The majority of self-governing actors have moved towards more concentrated governance structures over the past decade. One of the nationally most prominent decision-making institutions for the social health insurance scheme is the Federal Joint Committee of Sickness Funds and Providers that was established in 2004 (Smith et al., 2011). The Joint Committee is composed of an equal number of providers and insurers. Patient representatives participate without voting rights. The committee is responsible for defining the benefit package of the social health insurance on the basis of systematic reviews – partly provided by the Institute for Quality and Efficiency – on the costs, benefits and cost effectiveness ratios of pharmaceuticals and medical interventions. There have been a number of recent considerations to increase the democratic legitimacy of the Joint Committee. One current parliamentary debate focuses

on the proposal for political nominations of representatives in the Joint Committee.

There has also been a notable merger of sickness funds from more than 960 in 1995 to 153 in 2011 – a development, which was explicitly intended by the government. The majority of sickness funds are organized at national level with central decision-making processes, whereas sub-national units have mostly administrative roles. One single peak organization of sickness funds was created through a merger of several peak organizations of sickness funds in 2007 and now operates as the central governance institution representing all 153 sickness funds and thereby the interests of close to 70 million German people under social health insurance. The peak organization of sickness funds has advisory functions for the federal and state parliaments and federal governments, is a member with voting rights of the Federal Joint Committee, and is a key negotiator for collective and for individual contracts under social health insurance. Mergers of funds are ongoing to date. For instance, a major merger is prepared between the DAK (the German Sickness Fund for Employees; Deutsche Angestellte Krankenkasse) and the BKK Gesundheit (a company based sickness fund; Betriebskrankenkasse Gesundheit) as of January 2012. The new DAK Health will insure 6.6 million people, 5.1 members and their dependents making the fund the third largest following the BEK (8.5 million insured) and the TK (7.7 million insured). The DAK has recently launched plans to eliminate the surcharges of 8 Euros in order to retain existing members and to attract new members.

The Health Financing Act has liberalized the per capita surcharge to cover health insurers' additional expenses as mentioned above. In addition, the Act eased the switching to private supplementary health insurance by allowing individuals earning above 48.500 Euros per year to opt out social health insurance. Previously, individuals had to earn more than 48.500 Euros in three consecutive years to be eligible for opting out.

Disease management programmes were enforced in 2002 on the basis of selective contracting initially for Diabetes type II, breast cancer, coronary heart disease, and chronic obstructive lung disease and later extended to Diabetes I, asthma and heart failure. Health insurance funds can contract providers selectively for the integrated management of the diseases following a protocol of minimum requirements on treatment guidelines and referrals to specialists, quality assurance, documentation, training and information of pro-

vider and patients, and evaluation three years following accreditation. DMP contracts are conducted selectively between sickness funds and general practitioners, and in order to enroll into DMP, patients have to sign up for a specific provider. Until 2008, sickness funds received a higher share from the risk structure compensation scheme for patients enrolled in the DMP, a scheme introduced in 1994 to redistribute sickness funds incomes based on average spending of insurers by age and sex. At the time the risk structure compensation mechanism did not take into account patients with chronic diseases so that insurers concentrated on attracting the healthy. Upon introduction of the DPM, insured people received a higher pay under the risk structure compensation scheme that then provided a strong incentives for insurers to roll out DMP to their patients. As of November 2010, 5.9 million patients – around 7 % of the members of the social health insurance scheme – were enrolled in DMP and more than 60.000 providers participated

Debates and expected impact

The introduction of the solidarity fund has been one of the most important changes in the governance structure for social health insurance. The fund turned out as a compromise between two different fundamental reform models for health insurance in the national election campaign of 2005. The concept of the Christian Democrats is a capitation based uniform scheme for all socially health insured citizens. It includes a tax-funded insurance scheme for children, and tax subsidies for low-income individuals. The substitutionary private health insurance would remain in place. The Social Democrats favor an income-based model of the whole population (see section on outlook).

Some experts have criticized that the fund worked against transparency by making it more difficult to chase the flow of funds from sickness funds to the fund and the redistribution of funds from the national fund to the individual insurers. In addition, some claimed that the morbidity structure compensation mechanism might lead to a positive selection of sickness funds towards health risks eligible for compensation payments. There was also concern about an additional administrative layer due to the solidarity fund, which would lead to higher administrative expenditures and more bureaucracy.

The introduction of the fund coincided with the financial crisis of 2009 and two consecutive economic stimulus plans of the German government. The first stimulus package contained a lowering of the contribution rate to 14.5 % to lighten employers' social insurance costs and to stipulate consumer consumption. The financial crisis became thus a first successful test case of the solidarity fund. Following this experience, the governmental authority to interfere in funding social health insurance contributions became better accepted amongst those that had been critical (mostly representatives of the health insurance funds).

A relatively small number of health insurance funds claims surcharges from patients or reimbursed part of the paid contributions but this has led to a substantial shift of insurance membership. For instance, the DAK that had introduced a surcharge of 8 Euros lost 460.000 insured during 2010. Winners were those funds without surcharges such as for instance the GEK, TK, and the IKK.

Since the introduction of the solidarity fund in 2009, one sickness fund – the City BKK – was closed. The city BKK recorded ongoing financial difficulties since several years. The elevation of the surcharge of 15 Euros per month resulted in substantial membership exits. The Federal Insurance Agency has announced the closure of a second fund, the BKK for health professions by the end of 2011.

The Health Financing Act has been highly controversial. Opponents such as the opposition parties and unions, social associations and the media have raised concern that the surcharges in social health insurance and the strengthening of private health insurance may foster inequalities in financing, access to care and the provision of services. The latter is an anticipated effect of strengthening the private insurance sector which might provide incentives for providers to prioritize their services on the privately insured, as these are subject to higher reimbursement rates compared to services provided under social health insurance conditions. The political opposition has argued that the Health Financing Act will place some emphasis on competition by price, rather than by quality as had been intended with the introduction of equalized contribution rates in 2009. Defenders of the reform claim that the new compensation scheme that applies to individuals paying more than 2 % of their gross wages or salaries is more equitable since the tax subsidy to compensate their lower contribution rates is funded out of general taxation and not only out of social health insurance contribu-

tions. Some health economists have pointed out that the combination of income dependent and flat rate fees will promote fragmentation in the sources of funds and pooling and will make health insurance funding more regressive. Overall, most commentators agree that the Health Financing Act is not likely to influence sustainability of health insurance financing in the longer run.

Conclusion and outlook

The German social health insurance system has gradually moved towards more central governance approaches, deploying two main strategies. One strategy is to centralize and further empower corporatist governance arrangements of the self-governing actors. The increase of decision-making power for coverage decisions in the social health insurance benefit basket through the Standing Committee, the centralization of peak organizations of health insurance funds and the progressive merger of insurers to create more powerful negotiators vis-à-vis providers are prominent examples of this strategy. A second strategy is to strengthen national-level regulation of certain aspects of health insurance funding such as through the solidarity fund and the standardization of the contribution rate. Notably the objective to sustain choice of consumers for their insurer and on their providers has so far accompanied most reforms and will likely continue to do so since choice has been a consistent privilege of the German citizen on their health insurance and health care throughout different governments that seems politically difficult to remote.

It is likely that the debate around a more universal form of statutory insurance will be revitalized in the near future. The Social Democrats are currently maturing their plans for a “citizen insurance” that would apply to the whole of the population, bring back the equally shared contribution rate between employers and employees, and would effectively lead to an exodus of substitutionary private health insurance since well paid Germans earning above 44.550 Euro per year, civil servants and or self employed (except those already enrolled in private health insurance) would no longer have the choice between the private and the statutory scheme. In addition, private health insurers would be obliged to offer a basic scheme with regulated premiums. In this model, contributions would continue to be income related but all income of employees, salaries

and any extra incomes, would contribute to the scheme, with the exception of capital incomes and rents. The model would also reinforce the competitiveness of the social health insurance market, by removing the uniform contribution rate. The morbidity-related risk structure compensation mechanism would be extended to cover many more diagnoses.

The Christian Democrats continue to defend their more liberal model allowing the private health insurers to provide substitutionary insurance as before but introducing capitation-based contribution rates with state subsidies for low-income families.

Italy

Governance model and recent reforms

Italy has a tax funded health system with a predominantly publicly owned and operated hospital system. In the early 1990s, the 19 regions and autonomous provinces assumed the most important role in funding and delivering health care in Italy. The regional health departments are responsible for providing the delivery of a nationally set standard basic benefit package through a network of outpatient facilities (so called “local health enterprises”) and private and public hospitals. The national government sets out the objectives and basic principles of the system and is responsible for regulating the pharmaceutical market and monitoring the consumption of pharmaceutical. Reforms since the 1990s have aimed at enforcing balanced regional budgets, standardizing clinical practice through a national clinical guidelines programme and electronic patient records, and delegating managerial autonomy to hospitals and local health enterprises (Lo Scalzo et al. 2009).

Policy priorities and tools

A major shift of responsibilities occurred in 1997 when regions were empowered to set their own reimbursement rates, allocate and withhold public funds, and set quality standards in addition to those spelled out at national level. The downward shift of fiscal and decision-making responsibility took place in a broader context of political devolution in most social policy domains. Within the sub-national level there has also been a concentration of powers in the

regional health departments of the regions whilst the power of provinces and municipalities is negligible. At the same time, hospitals and local health enterprises have gained more decision-making autonomy in their management, finance and administration in the 1990s by creating NHS foundation trusts. This was motivated by the intention to introduce some market competition between public and private providers aimed at increasing efficiency in management and services quality, however these expectations were not fully achieved owing to the different pace of implementation by the different regions and fragmentation in the internal market (Lo Scalzo et al. 2009). This has recently somewhat reversed by creating single management and administrative boards of several providers.

A National Solidarity Fund was introduced by the national government with the idea to subsidize regions not able to cover the basic benefit package (the southern regions). It essentially contained an equalization scheme to redistribute financing to regions on the basis of geographic criteria and population size, health care needs of the population, and fiscal capacity to rectify the on-going differences in provision of services between the center-north regions and the south. However this was not implemented as planned owing to disagreement over the redistribution formula (Lo Scalzo et al. 2009).

There is still a notable trend of an increasing steering role and control of the national government on regional financial performance on cost containment illustrated through two recent developments. First, since 2009, the central government has the mandate to appoint an external commissioner who is responsible for working with regions that are overspending their budget targets or break the nationally defined financial rules. These regions will have to develop and adopt regional recovery plans that spell out the activities planned to recover their regional budget deficits and improve their financial situation. The mandate of the commissioner is to monitor progress towards regions' implementation of their recovery plans, to influence this process as needed and provide technical support. This process thus sets out a new collaborative agenda between the national government and the respective regions with disciplinary consequences for non-compliance. It has enabled increased governmental interference with the autonomy of the regions to fund and plan health care services. Since 2009, several of the regions have had to adopt recovery plans and collaborate with the commissioner.

A second emerging, albeit not yet implemented, issue is a new scheme to set the prices of health services of hospital, community and public health services according to the best performing regions at national level. According to the scheme, standard costs will be set at the level of average services costs of the regions best performing in keeping their health care expenditure targets. The introduction of this scheme is highly controversial not only because it will further dilute the powers of the regions in setting their prices but also because it will inevitably give fewer resources to the under-funded regions.

The national health plan 2010 to 2012 agreed between the national and the regional governments in 2009 furthermore introduces a set of new standards to monitor regional performance on clinical costs, personnel, hospital admission rates etc. and puts forward a monitoring process.

There is a strong role for pharmaceutical regulation and coverage decisions on pharmaceuticals at national scale but health technology assessment and priority setting for interventions is not taking place at national scale. Some northern regions including Piedmont, Veneto, Lombardy and Emilia Romagna are more active than others in using HTA to plan services and for reimbursement decisions. Only recently there has been a call for more inter-regional collaboration.

Care for the elderly and the disabled population is a major issue for the ageing Italian population but coordination and integration is still underdeveloped partly owing to a backlog on policy commitment to provide a strategic frame to services provision by a wide range of providers for long-term care and palliative care with different institutional arrangements including residential, partly residential, and community home care. The National Health Plan 2010 to 2012 introduces commitment towards a programme to develop new regulations for elderly and home care.

So far, interregional collaboration in services provision is very limited. Yet, the autonomy of the regions has made it difficult for the central government to steer towards more uniform levels of quality, volumes of care and health care funding.

Impact

The empowerment of the regions was accompanied with the separation of responsibilities for health care funding from spending powers. This has caused continued disputes between the central government and the regions. Whilst the national government determines the scope and depth of the basic benefit package and (re) allocates funds to the regions, the regions are responsible for ensuring that their financial resources are sufficient to provide the standard package. However, funding from the national government favour regions with a strong industrial and income base, leaving less economically productive regions with difficulties to cover the basic benefit catalogue. These thus have experienced higher risks of budget overspendings or failed to deliver on the basic benefit package sometimes requiring them to levy additional taxes with negative consequences for business location. In addition, some regions levied additional co-payments, which increased regressivity of some regional fiscal regimes. Overall northern regions have tended to better balance their health expenditure accounts than southern regions.

Besides the funding divide there are substantial differences between the facilities in the north and south concerning the volume and quality of health services provided, that might have been exacerbated through the funding divide and led to substantial increases in cross regional patient flows in particular amongst patients seeking complex medical care in tertiary care hospitals in the past decade (Lo Scalzo et al. 2009). Patient satisfaction with hospital services has not fundamentally changed.

Conclusion and outlook

The high level of devolution of governance responsibilities in Italy and centralization of decision making by regional health departments goes in hand with large differences in expenditures, care availability, access, satisfaction and quality of health care services amongst regions and leads to substantial patient flows. These require cross-regional or national approaches but the willingness for inter-regional collaboration has been very limited so far. There seem to be two possible options for the way ahead: first towards tightening national governance such as for instance through rationing and services exclusion, or new fiscal equalization and transfer

mechanisms; or incentives for regional alignments. And second towards further strengthening regional governance arrangements through strengthening inter-regional collaboration such as on health services, human resources, or high technology planning; and inter-regional benchmarking. The recent trend towards a more central level control of regional health care expenditures through regional recovery plans seems to indicate in the former direction. Early data show some cost control effects in 2011. These effects in light of the national deficit budget and the financial crisis might substantiate further efforts to align regional financial performance such as setting reimbursement rates nationally in orientation on the financially best performing regions, yet, this also revitalizes the on-going debate about the level of compensation for the economically disadvantaged regions.

Netherlands

Governance model and recent changes

The Dutch health system governance structure has moved from a traditional compulsory social health insurance model and private substitutionary insurance for high-income families with strong central level governance function towards a system of competing insurers with a mandatory basic benefit package offered to the whole population (Smith, 2011). The reform led to fundamental changes in the roles of government, patients, providers and insurers. The State's role has shifted from directly steering the system towards one that regulates and oversees competition and safeguards standards in care. The system was progressively implemented over the past 20 years with considerable political consensus across different governments and culminated in new health insurance legislation in 2006. The system is characterized by competitive environment for both insurers and providers but insurers are the principle winners of the reform as they have substantially increased their potential role in driving care. Although the reform has also affected choices of consumers such as on their supplementary insurance arrangements, they have not yet substantially changed their consumer behaviour.

The emphasis on new market conditions has also brought forth new requirements for regulating this market. Four national institu-

tions at arm length from government have the most important regulatory role for the functioning of the Dutch health care market. The Dutch Health Care Authority controls activities and costs and ensures the functioning of the insurance market by setting payment rates, imposing obligations on dominant actors with substantial market shares in both the insurer and provider markets, and by ensuring transparency of the markets to patients and payers. The Health Care Inspectorate is the national institution responsible for setting out minimum standards for the quality of care and performs institutional accreditation as a contractual precondition for providers to enter and maintain in the insurance market. The Dutch Competition Authority ensures fair competition between insurers and between providers on the basis of the Dutch Competition Act of 1998. And the Health Care Insurance Board advises the government on coverage decisions in the basic benefit package of the compulsory minimal scheme on the basis of evidence on the cost effectiveness of interventions.

In addition, a number of intermediate agents – for instance employer who obtain group contracts for their employees – have an impact on the governance roles and relationships between the different actors and the direction in which the current market model will evolve.

Policy priorities and tensions amongst different objectives

Many of the objectives around improving efficiency, consumer choice and patient quality and safety are consistent with a liberal governmental agenda, which the Liberals and the Conservatives in the current government support alike and so does the Freedom Party, which the current minority government relies on when wanting to adopt legislation in Parliament.

One of the fundamental objectives of the 2006 reform was furthermore to slow down the trend in rising health care expenditures. There is a ceiling for public health care expenditure (floating around 10 % of GDP). The insurance market was designed on the assumption that consumers would select their insurers on the basis of the insurance premiums in combination with potential additional flat fees, the scope of supplementary insurance services provided and the nature of the contracted providers. The assumption was that this in turn would translate into pressures on insurers to

ensure that providers deliver efficient services at lower costs so that this would eventually lead to lowering health care expenditures in total. The decision to transfer responsibility to fund and manage long term care services from the national to the local level is also grounded in expectations that this will free up increasing pressures off the national health care budget.

In reality, the reform has created a tension between different policy objectives: competition might have increased institutional efficiency of individual insurers on the one hand but this has not translated into measurable cost savings at system level on the other hand: for instance, the introduction of case based payment schemes in the absence of volume caps has led to an overall increase in the volume of services and this has accelerated a substantial growth of health care expenditure as a share of GDP – an effect that had been underestimated with the introduction of the reform. Rival objectives may have also triggered some institutional tensions between the Health Care Inspectorate, the Health Care Authority and the Competition Authority. The former has argued in favour of the concentration of regulatory power to stipulate enhanced quality of care, which is opposed by the Competition Authority and the Health Care Authority suggesting that this might work against competition.

Another tension that is difficult to disentangle is related to the wish to have less bureaucracy on one hand and more liberal administration of the market actors on the other hand, which seems to conflict with the need to closely regulate, control and inspect fairness condition of the market and monitor the effect of market imperfections on the other hand.

Tools

The Dutch health system in transition profile describes three emerging markets through the 2006 reform: one is the insurer market whereby patients choose their insurance company and insurance companies in return have the obligation to offer a basic insurance package to their members and to any person applying for insurance. In this way insurers play a double agency role, one as agent of their members in providing individual insurance plans, and another as agent of the government in offering a nationally guaranteed basic package of benefits and coverage entitlements.

A second market is the purchasing market in which insurers can to some extent negotiate with provider's volumes, prices and quality of services. A typical tool of this segment is selective contracting. Selective contracting however has been only gradually introduced since negotiation on prices and quality is still fairly regulated and free negotiations applies only to a very limited number of services (Schäfer et al. 2010). Selective contracts are unpopular amongst consumers as they constrain their choices on providers and insurers have thus not made excessive use of them. A risk equalization scheme was introduced as a tool to tackle demand and supply side differences in health insurers expenditures. For instance, insurers in Amsterdam bear higher costs due to a higher number of drug addicts and a more highly specialised provider portfolio compared to more remote areas of the Netherlands where utilization of health care services is substantially lower.

A third market is the provider market whereby providers offer services to patients on competitive grounds. Tools supporting insurance and provider choices of patients are mostly associated to information. For instance, the Ministry of Health regularly publishes information on quality of care including survey information on patient experiences, prices and waiting lists. Providers compete for contracts with insurers through attractive care arrangements, and for patients on the basis of quality standards, competence and reputation, geographic accessibility and comfort factors.

Responsibility for special types of homecare – mainly long term care for the elderly, the disabled population, and patients with chronic diseases requiring long term care – was delegated to the municipalities in 2007 through the Social Support Act (Schäfer 2010). This has increased the municipalities' role in governing long term care. Most long-term care is covered through income dependent contributions and regulated by the Exceptional Medical Expenses Act (AZBW). In future, funding and administration of the AZBW scheme will be handled over to the jurisdiction of municipalities and formal legal rights to long term insurance will be removed. Another related development constitutes Patient Bound Budgets (PBB). Patients can choose between two options, to manage their own long-term care supplies through a personal budget or to opt for benefits in kind. PBB make up a growing share in long term care arrangements, which may well impact governance and market arrangements in the longer run. Municipalities are free to organize the services under the Social Support Act as required. Most municipi-

palities have created special information and entry facilities to implement the requirements of the Social Support Act. This has led to considerable variations in practice. Purchasing of long term inpatient care is part of the responsibility of health insurers but these have delegated this task to special care offices.

Priority setting and rationing takes place in the pharmaceutical sector through the Medicines Evaluation Board that is responsible for assessing and ensuring the efficacy, safety and quality of medicinal products for market approval and reimbursement. In terms of insurance coverage decisions for medical interventions the government relies on the advice through the Independent Health Care Insurance Board. The proposals from the Ministry on changes of the basic benefit package have to be approved by Parliament. Decisions are guided by the so-called “Dunning Funnel”, which defines four criteria (services have to be medically necessary or essential; effective; cost-effective; and not affordable for individual citizens). Overall, the government has been trying to cut back more rigorously on entitlements in the basic insurance package. However, these decisions are unpopular in nature and the political scope is thus very small and somewhat focused on preventative interventions applying to a small segment of the population such as for instance medically assisted smoking cessation that has recently become subject to a new co-payment.

Reform implementation, flaws and early impacts

The 2006 reform was implemented as planned with relatively minor resistance and smooth alignment of the national institutions and compliance of providers and insurers. This was possibly partly due to the implementation of a longer-term vision and strategy, and partly as the government relied on existing institutions in implementing the reform. In anticipation of the reform and somewhat driven by scale economics, there were already some trends towards the merger of institutions to create larger organizations. For instance, even prior to 2000, private and social health insurers merged into larger corporations to strengthen competitiveness and to become more powerful negotiators in the system (Van der Lee 2000). As a result, the number of insurance companies decreased from 118 in 1990 to 32 in 2008 (Schäfer 2010). Mergers have also driven provider structures as hospitals are moving towards larger orga-

nizational units with integrated multidisciplinary health professional teams who do not only offer specialist care but also increasingly integrate primary care physicians and teams. General Practitioners can opt out of hospital organizations to work in polyclinics but they, too, will be exposed to the need to organize in larger corporations, which effectively means that single handled practices have disappeared. Mergers of provider organizations have in part followed pressures on the financial position of health care providers, who have increasingly had to bear liability for capital costs and have experienced higher financial risks indicating an effect of the more competitive requirements faced by providers. Quality concerns have also been a factor leading to a higher concentration of services in hospitals, in trying to ensure that volumes are high enough for the hospital to meet certain minimum standards. The progressive upscale of provider organizations is beginning to have a toll on the functioning of the market, since some organizations have started to take on monopoly positions such as for instance in the case of a large provider organization in Zealand that has disputed the Competition Authority on its plan to intervene to stop further mergers. The government has recently overruled this intervention, arguing that an improvement of health service capacity through mergers takes priority over market considerations. This case exemplifies a fundamental challenge between market rules and the optimization of services capacities and infrastructures in the reformed governance arrangements in the Dutch health care market.

An underestimated effect of the reform has been the emergence of collective or group contracts between insurers and employees or special interest groups. Employers have emerged as intermediate agents between their employees and the health insurance companies. It has been attractive to insurers to turn to employers who would ensure membership of a whole group of employees usually with relatively good health risks. Insurers in turn have offered group contracts with up to a 10 % premium discount. In 2011, around 80 % of the insured are member of a group contract. Collective contracting may have constrained free choice of patients on their insurers. This is also supported by the observation that the number of persons changing insurers reduced from initially 18 % in 2006 to 3.6 % in 2008 (Schäfer 2010). From 2008 to 2011, the proportion of changers has been around 4 % per year, these are often younger people and thus low number suggests that the incentives for changers are not very strong as the merits from switching insurers are rela-

tively limited as price variation between insurers is not very substantial and switching insurers is seen as a time consuming process.

There is some indication that the uptake of entrepreneurial behaviour amongst the insurers is slower than anticipated. For instance, although since 2006 all insurers operate under private law and allowed to make profits and pay dividends to shareholders, the majority of them still operate under non-for-profit conditions (Schäfer, 2010). This indicates that insurers are not yet completely fit for their new role. Since 2006, insurers have had to frequently upwards adjust their premium levels, which are controlled by the government in the compulsory acute care insurance segment, by levying additional flat fees. This may have contributed to an increasing number of people who cannot afford to pay their premiums, which currently applies to about 300.000 people.

Expenditures have been affected in different ways. A higher public share (81.5 % in 2007 compared to 64.8 % in 2005) can be explained by the abolishment of the substitutionary private health insurance since the entire population is now required to take out publicly financed health insurance (Schäfer 2010). Growth in hospital expenditures are estimated to amount to 5 % between 2005 and 2007, mainly due to the introduction of a diagnosis related payment scheme as tariffs were set too high. Expenditure increase for GP care was estimated at 17 % in 2006, owing to a combination of a change of payment system and an increase in the volume of care. There are also signs that providers experienced a profitable decrease due to the reform in 2006, and that a lack of solvency exacerbates provider's financial risks, which may well have to do with the more contestable environment for hospital performance. Insurers also in general suffered a loss on basic and on complementary insurance partly owing to the efforts to minimize premiums with the expectations of massive changes of consumers between insurers. There have also been some financial uncertainties of insurers due to additional changes introduced in 2008, such as the coverage extension of the basic benefit package towards mental health, and an increase of the freely negotiable services. Overall, competition has put considerable pressures on the profit margins of insurers.

Conclusion and outlook

The governance arrangements in the Dutch health care system today are the result of a longer term strategy towards introducing managed competition in the health insurance and the provider markets with consistency over different governments of distinct political composition. The 2006 reform has fundamentally changed the governance role of the health system actors. It has essentially diminished the role of the central government in steering the system and has put the health insurance companies in the driving seat for acute hospital and primary care and shifted responsibilities for long-term care to the local level.

Challenges have been increasing variations in quality of care indicators between the different providers. As a response to this variation, a national quality institute is currently established to integrate knowledge and issue best practice guidelines.

Long-term care is currently still financed out of the former AZBW scheme but there are plans afoot to transfer negotiation of contracts with providers over the provision of long-term care from the regional agencies to the health insurers. Whether these contracts will be accompanied with financial risks or not is not yet decided.

Another modification afoot is the roll back of the risk equalization scheme between insurers. Yet, overall the government seems determined to continue along the lines of managed competition.

Norway

Governance model and recent changes

Norway has been one of the Nordic health care models with traditionally a heavy focus on subnational governance structures, mostly publicly owned integrated health care providers and a strong focus on equity (Magnusson, 2011). Specialist health care had been the responsibility of the counties up to 2002, whilst primary care and long term care is the responsibility of the 430 municipalities. The 2002 “responsibility and leadership reform” substantially changed the governance arrangements for specialist care (Magnusson, 2011). Until 2002, the 19 counties were responsible for managing specialist care and running hospitals and covering expenses out of unconditional block grants. Highly specialist health care was coordinated at the level of 5 regions, so that each region

had a university or teaching level hospital. In 2002, hospital ownership was taken over by the state and administered through five regional health authorities, which were organized as trusts and governed by an appointed board of professional trustees. Regional health authorities were also empowered to undertake capital investments in hospitals as part of their regional budgets allocated to them by the national government.

Policy priorities and debates

The 2002 reform was preceded by a number of problems in coordinating care with duplications of services at county and regional levels, budget deficits of the less affluent counties, and major geographical variations in access to care and utilization of services (Magnusson, 2011). Thus, one important policy objective of the 2002 reform was to improve geographical access to care and equity in utilization.

Due to the multiple responsibilities of counties, health care was sometimes prioritised differently, resulting in major differences in infrastructure and spending between counties. Many hospitals experienced budget deficits and turned to their owners, the counties, who however were bound to their priorities and turned to the state for help. This resulted in a chain of a so-called “blame game” whereby hospitals were blaming counties who then turned to the state (Magnusson, 2011). It was felt that the separation between ownership and managerial responsibility with the counties on one side and central funding on the other side was a reason for the difficulties in addressing deficits and substantiated the decision to return hospital ownership to the state as it was expected that greater coherency in ownership and funding responsibilities would reduce deficit budgeting.

One debate some years after introducing the reform focused on the question whether the board of trustees created a democratic deficit, as they were not subject to political appointment. In 2006, a decision was taken to reorganize the boards with government appointed politicians as representatives in the board of trustees of the regional health authorities and the local health boards with political representation following the strength of the party. This reorganization followed the logic that party politicians would be

more sensitive to local needs, even when these are not necessarily elected.

The coordination reform that will be introduced in 2012 is driven by economic concerns rather than considerations of efficiency or quality in particular as expenditures in hospital care doubled since the 2002 reform (Romøren et al., 2011). The reform aims at reducing hospitalization especially of elderly patients by introducing low threshold units in primary care as an alternative to hospital treatment. Such wards have existed in some city municipalities to facilitate rehabilitation of elderly patients after acute hospital treatment and these are considered successful in improving the quality of care for these patients. This measure might therefore lead to some rationing of hospital resources to elderly patients.

As Magnusson pointed out, reforms so far have not yet tackled explicitly any of the fundamental policy issues to make health care more sustainable for a progressively ageing population, such as for instance the criteria and processes and responsibility for deciding public coverage of services and rationing of care and priority setting. These are considered contentious questions which are often played down in the political debates due to concerns about electoral preferences which are often more local in nature and often drive political interests (Magnusson, 2011).

Tools

Implementation tools for the 2002 reform were the replacement of unconditional grants with earmarked funding, and the integration of hospital ownership and funding into one administrative layer.

Hospital merger has been a prevailing tool related with allowing a more centralized administration of hospital providers at regional level. The number of local health authorities (essentially hospitals) was substantially reduced from 55 in 1999 to 21 in 2011 and now closely resembles the number of counties. The merger occurred mostly through merging single hospitals into larger enterprises; for instance in Oslo, four smaller hospitals were recently merged into one hospital trust. The reform and especially the merger of hospitals has not been uncontroversial especially amongst trade unions, but hospital managers and hospital staff has not substantially resisted implementation of the reform, as they form part of the public system with relatively limited autonomy.

New arrangements for promoting the coordination of care will be implemented in 2012. The “coordination reform” adopted by the Storting, the Norwegian Parliament, in 2011 aims at promoting primary care treatment settings over hospital care especially for the elderly population and incentivize earlier hospital discharges. The plan is to use financial incentives for municipalities (who are responsible for primary care, long term and rehabilitation care) to retain treatment in the primary care setting: from 2012 onwards, half of the activity related funding for hospital care, which amounts to overall about 40 % of funding compared to a 60 % funding through a fixed budget, will be allocated to municipalities for co-funding general hospital admissions and the hospital budgets will be reduced accordingly. Low threshold pre-hospital wards will be established in primary care settings by 2016, and primary care institutions will be charged a penalty fee for not receiving patients ready for hospital discharge and in need for long term or rehabilitation care.

Impact

The debate about the distribution of funds amongst the 5 regional health authorities was initially one of the major constraining factors in implementing the 2002 hospital reform, due to the lack of consensus on the methods for distributing funding and the redistribution effect of the different methods. An initial capitation based model recommended by a first government-appointed commission failed to obtain the agreement by the Ministry of Health due to concerns over favouring certain county models. A second committee finally lead to an agreement for another capitation based distribution model in 2009 (Magnusson, 2011).

The reform did not lead to the expected improvements on deficit budgeting at the initial aftermaths of the reform, since 4 out of the 5 regional health authorities ran substantial deficits and it took until 2009 when the regional health authorities managed to secure small budget surpluses (Magnusson, 2011).

In addition, the reform did not yield any economic savings, on the opposite, hospital expenditure is said to have doubled since (Romøren et al., 2011).

Conclusion and outlook

The governance model for hospitals is subject to considerable controversy after 10 years of implementation of the hospital reform. Only one of three parties in the government coalition (the Labour party) defends this model. Recent surveys show that equity may not have substantially improved and that waiting times have increased. It is thus not unlikely that the system will experience some further changes in the near future (Magnusson, 2011). A reversion back to the decentralised model with counties in charge of specialist care prior to the 2002 reform is very unlikely. One of the more probable options seems to be the abolishment of the regional health administrations to further strengthen the national level policy capacity, for instance through a direct governance role of the ministry of health or the directorate of health on the 22 local health authorities/hospitals. The merger of hospitals means also a substantially lower number of hospital actors, so that a delegation of responsibility from the state to the local level is more reasonable compared to the situation in 2002 (Magnusson, 2011). Another argument in favour of a more centralized governance form is that the resource allocation model would not change with the abolishment of the regional health administrations since the local authorities receive their funds on the basis of the same capitation model as the regional health authorities (Magnusson, 2011). A related option is the adoption of a national health plan as a more detailed policy tool guiding priorities, resources and expected outcomes for health and health care. It is also likely that municipalities will merge to create economic of scale benefits in delivering primary and long-term care to a larger catchment population. But centralization is not likely to affect municipalities' principal responsibilities for primary health care and long term care and centralize it at the level of the state since this would trigger strong resistance and might be too much of a dramatic shift away from Norway's traditionally decentralized health system culture (Romøren et al., 2011).

Spain¹

Governance model and recent changes

The current configuration of the Spanish NHS was created during the transition to democracy after Franco's death in the mid-1970s. In the brief time-span of a decade to the mid-1980s, Spain was transformed from an authoritarian, centralist regime to a democratic decentralized state. Political power was substantially devolved by the 1978 Constitution to 17 regions (*Comunidades Autónomas*, CAs) and two autonomous cities in northern Africa giving them wide-ranging asymmetric autonomy as some CAs have more powers than others.

The agreement was that a two-chamber Parliament, elected by direct vote, and a National Government would be at the centre of a 'federal-like system without federation'. Central government would control certain policy areas (for example, defence and foreign affairs); CAs, through their own elected regional parliaments and governments would exercise their own legislative and executive authority over an increasing number of policy fields, including health (the protection of which was recognized as a Constitutional right). Outlined by the national constitution and the regional charters (*Estatutos de Autonomía*), therefore, CAs have constitutional responsibility over health in the post-Franco "España de las Autonomías" (*Autonomous-Regions-Spain*).

Public health and health care planning competencies were then transferred to CAs between 1979 and 1981 by common law. The General Health Act (1986) coincided with the entrance into the European Union and meant the formal transition from a system of social security (Bismarck model) into a NHS (Beveridge model) with a progressive transition from payroll contributions to general taxation as the main source of financing. The exception was three publicly funded mutual funds which cater exclusively to different sets of civil servants in government departments, the Army, etc. and occupy a unique quasi-public position (civil servants are free to choose between public provision within the social security health-care facilities' network and fully private provision).

In summary, in the last few decades central state competencies in Spain have been transferred upwards to Brussels and downwards to Regions. The transfer of supra-national sovereignty to the Euro-

¹ This section was written by Antonio Duran.

pean Union has been the same for all EU members and is not covered here. Decentralization to regions has had a far deeper impact than Europeanization. Health system decentralization has resulted in a complex balance (Durán A, 2011). There is no doubt in the public opinion (media reports, experts opinions, etc.) that central government is now much weaker than before, and the ACs are much stronger.

Tools

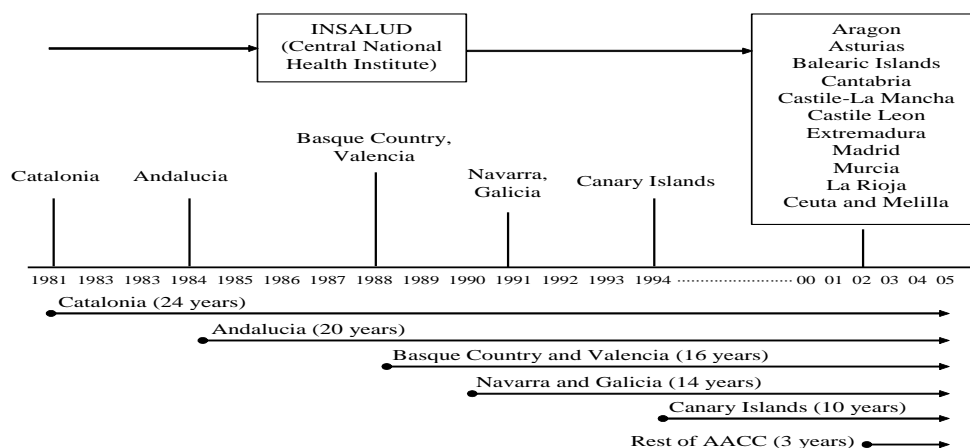
The main tool used for the changes has been the law, supported by financial instruments. In health, the mandate as *steward* was shared between the “centre” (Ministry of Health, Social Policy and Equality, MSPSI) and the “regions” (Ministries of Health of the CAs). Professional organizations also contribute through ethical committees, etc. In more detail, the designed division of responsibilities in health care was as follows:

- Central government is expected to provide a common framework for health and health care in order to ensure equity, cohesion and common quality standards;
- Implementation and service provision is the responsibility of CAs. Each CA has a regional health department and health minister responsible for health policy plus a health service which manages service delivery;
- Health policy coordination between central government and CAs is done by an Inter-Territorial Council or Commission (Consejo Interterritorial) without executive power – it only provides “consensus recommendations to promote cooperation and exchange of information towards equity”, with representatives from the central and each regional health department.

In the field of *service production*, multiple public health care networks (mostly municipal and provincial) had covered for decades in Spain the charity-based system, infectious diseases monitoring and treatment, the previous network of rural primary care, most health promotion and prevention activities, psychiatric care and some community care programs (in total, approximately 15 % of total public expenditure on healthcare). They coexisted between 1948 and 1985 with a social health insurance system (SHI) financed

by compulsory contributions covering first workers and later on their families (representing some 80 % of total public expenditure in healthcare). As indicated, the country merged all health resources in 1986 into a tax funded *Sistema Nacional de Salud* (national health system, SNS) offering universal coverage to all residents, including immigrants (only 0.5 % of the population, consisting of high-income, non-salaried individuals refuse to be registered.). Health services in primary health care were (and remain) provided by publicly salaried professionals (one doctor and nurse/every 1.500 inhabitants with numerous prevention programs) while 71.2 % of all available hospital beds were (and also remain) in the hands of the public sector – with 40 % directly owned and the remainder sub-contracted from the private sector, including 80 % of acute care beds, 36 % of psychiatric beds and 30 % of long-term care beds.

Resources from traditional public healthcare networks were transferred to regions soon after Franco's death in the late 1970's. The transfer of the social security institutions however was done on a step by step basis, visibly for the sake of prudence and due to disagreements on its costing and related financing issues between the central state and regional governments. The process was far from problem-free. Up to 2001, the central government had devolved responsibility of the health care network to Andalusia, Basque country, Canary Islands, Catalonia, Galicia, Navarra and Valencia, which together cover approximately two thirds of the Spanish population. An SHI-inherited central institution, the National Institute of Health (INSALUD) remained managing services in the other ten regions. The decentralization reform was completed in 2002 and after almost twenty years of reform resulted in the governance being transferred to all 17 autonomous regions. The following diagram expresses the chronology of the first batch of health competencies decentralization (devolution) to autonomous communities:



Source: Duran, Lara and Van Waveren, 2006, HIT, Spain, page 20

Besides the Constitution, the Regional Autonomy Charters and the General Health Act as “core” laws, *Royal Decree 63/1995* (lower range law) defined in 1995 the minimum benefits package to be offered by all regions; it was updated in 2003 through the *Cohesion and Quality Act*, which also stipulated a number of areas where services had to be agreed upon by the Inter-territorial Council. The last update, also establishing the mechanisms for inclusion of new common benefits, took place in December 2006. Regions are allowed to include additional services if they are prepared to finance them through their own budget, thus expressing the tensions between the principle of regional diversity/decision-making and the principle of universal and equitable access to health services. While some regional governments have enacted their own Regional Health Laws, others have used lower range legislative tools for developing a legal framework of their own.

In *financing* terms, the 2001 *Act on the Financing System of the Autonomous Communities* (not explicitly a health law) set the new overall framework regarding the financing function of the NHS, after its approval through the high-level *National Council of Financial and Fiscal Policy*. Transfer of funds from the centre to the regions is negotiated annually between the central government/CMoH and the regional governments /RMOHs. Looking at the percentage of revenue by source, public expenses in health

represents 71 % of the total funding (of which taxation is 94.07 %, professional mutuality schemes 2.53 % and civil servants mutual funds 3.4 %), out-of pocket direct expenses (mostly for pharmaceuticals) is 22.5 % and private insurance 5.5 %.

On average, CAs' health ministries (responsible for health policy) plus CAs' health services (managing service delivery) jointly spend in Spain 89.81 % of total public funds for health which are mostly not earmarked budget transfers from the state; the health budgets are also around 30 % of each CA's total budget (which also include education, unemployment benefits, etc). As a percentage of public funds spent on health, specialist care represents roughly 55 % of the total, pharmaceuticals almost 20 %, primary health care accounts for a bit more than 15 %, and prevention and public health some 1.5 % – with the remaining 9 % in the 'other' category (García Armesto et al, 2010).

As last cornerstone of the decentralization process in health, the above-mentioned SNS Cohesion and Quality Act (2003) ratified the principles of universal provision, equity in access to services, system integration and decentralization as founding principles of the Spanish (now regionalized) health system.

Policy priorities

The policy priorities were explicitly political: there was consensus that the process of health system decentralization would have positive effects in Spain. Since it was considered that all regions should enjoy the opportunity to offer services “closer to where people live”, there was a need for them to be first involved (inclusiveness) and then coordinated (supervision). Indeed changes – which coincided with a period of sustained economic growth before the financial crisis began in 2008 – encouraged flexibility and innovation in health services delivery, fostered approaches attuned to local preferences and stimulated investment in health care (Borkan J et al, 2010).

Decentralization has certainly coincided with – and most likely contributed to – positive effects, including improvements in health outcomes. For example, Spain now enjoys a high position in most world health outcomes' rankings. It occupies a 4th place in average life expectancy at birth (3rd for females), 4th in life expectancy at age 65 and 4th in rankings for female potential years of life lost.

From 1970 to 2008 average life expectancy at birth rose from 72.88 to 81.24; infant mortality fell substantially from 20.78 per 1.000 live births to 3.35 over the same period (WHO EURO, 2011).

Spain also dwells among the lowest mortality rates for top causes (cardiovascular diseases, cancer and respiratory diseases) in Europe since 1970. The only area in which Spain shows clearly worse outcomes is in diabetes-related lower-limb amputations, with 26.5 amputations per 100.000 in 2006, compared with the OECD average of 14.9 amputations. Reductions in avoidable mortality during the period 1991–2005 suggest that there is substantial healthcare access to and quality and safety of services (García Armesto et al, 2010). A similar picture of improvement emerges for the five-year relative survival rates for selected cancers (breast, colorectal and lung) from 1990 to 2002, which are comparable to the advances made in France, Germany, Italy and the United Kingdom (KantarHealth 2010).

Importantly, such results have been achieved with what seems to be a very efficient level of expenditure in terms of international comparisons – in 2007 Spain spent 8.5 % of its GDP (US\$2671 per person) on health care, versus 16 % in the United States (OECD 2009). There is generally a high level of user satisfaction and system legitimacy according to national surveys also; for example, usually more than 2/3 of respondents consider that “the SNS works quite well” and “works well yet needs changes” (Agencia de Calidad del SNS, 2010). Another good product of the Spanish decentralization in health has been an unexpected explosion of semi-autonomous public hospital models – see case-study on Spain in the recent Observatory book (Alvarez and Duran, 2011).

On the minus side, geographical differences in health outcomes and financing as well as intra-region inequities have arguably changed: “Healthcare decentralization in Spain seems to show no positive effect on convergence in health, as measured by life expectancy at birth and infant mortality between provinces... Some provinces improved their situation overtaking others but the final result is one of greater dispersion than at the start” (Montero-Granados et al., 2007). Average life expectancy at birth for both sexes ranges from 82.5 in Navarra to 79.8 in Andalucía and infant mortality in Navarra is reported to be less than half that in almost neighbouring Asturias (Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública, 2011) – no doubt, differences in health status also reflect income and wealth differences so blaming the health system decen-

tralization process only or entirely would be unfair – the issue is mentioned here mostly in terms of “unfulfilled expectation”.

Decentralization appears to have kept per capita health expenditure uneven. Overall, however, in the period 1992–2009 the variation coefficient of expenses among regions increased – and changes in population-protected volume fail to explain such variability (García Armesto et al, 2010). Publicly funded health care expenses (budgeted) per person in 2010 still differed by €557 (i.e. 40.73 % of the average of €1.343) between the Balearic Islands at 79.37 % of the average and the Basque Country (at 120.84 %) and in 2011 are reported to be almost 50 % bigger in Navarra and Basque Country than in Baleares and Valencia.

Different funds have been set up aimed at compensating differences in health needs and minimizing inequities. Since those differences were again acknowledged in 2003, the then final “compensating” mechanism was designed as follows:

- (i) two general funds – the *Inter-territorial Compensation Fund*, designed to finance investment projects to remedy economic imbalances among regions and the *Sufficiency Fund*, intended to provide regions with the resources necessary to fully cover their needs, allowing to cover the gap between the funds required and the funds obtained from tax revenues;
- (ii) two health specific funds – the *Temporary Disability Savings Program Fund* and the *Health Cohesion Fund*. The first one is distributed among the ACs according to population covered. The second is aimed at guaranteeing equity in access to services for individuals who receive health care outside their region of residence, those who come to Spain from other EU countries, and people from other countries that have signed reciprocal public health care agreements with Spain.

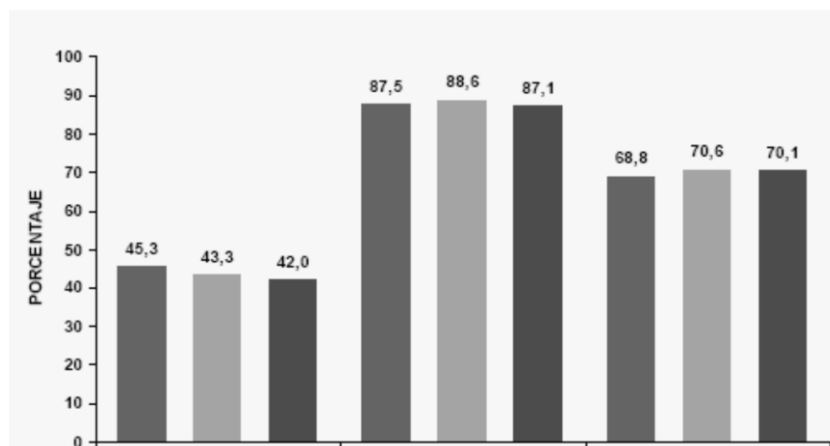
In practice, those moneys clearly failed to promote national cohesion and reduce inequality by addressing geographic inequalities. Legislation was passed again in December 2009 to create a new regional financial system around a *Guarantee Fund for Fundamental Public Services*. This Fund integrated the *National Cohesion Fund* created by the SNS Cohesion and Quality Law and holds 80 % of the resources for key public services such as education, social services and health care; monies are collected centrally from tax revenues and then dispersed. However, critics argue that it was

created in the context of electoral politics, and that allocation arrangements disproportionately serve the demands of some regions (namely Cataluña).

In light of the above, there should be little wonder that the Spanish health care system shows unwarranted variability in access, quality, safety and efficiency, across regions, health care areas and hospitals, including:

- 5-fold variation in the use of percutaneous transluminal coronary angioplasty (PTCA) between areas and 2-fold variation in mortality after PTCA (hospitals);
- 7.7-fold variability in prostatectomy rates across health care areas;
- 28 times more frequent admissions to acute care hospitals due to affective psychosis between health areas;
- 26 % of hospitals with between 501 and 1.000 beds are at least 15 % more inefficient than the average;
- 12 % of hospitals with between 201 and 500 beds are at least 25 % less efficient than the standard for treating similar patients (García Armesto et al, 2010).

The population does seem to perceive such lack of geographical equity in financing: only 42 % of respondents in the *Health Barometer* survey believe that the same health services are offered to citizens despite region of residence, compared with around 87 % who assess treatment is equal despite patient's gender and around 70 % who assess treatment is equal despite a patient's social class and wealth. In other words, regional devolution is rather clearly perceived as equity-adverse as per the diagram below;



Source: Agencia de Calidad del SNS. Instituto de Información Sanitaria (2010) Barómetro Sanitario 2009.

Paradoxically, devolution has had little effect on SNS staff and patients'/citizens' voice on how health services are managed. While decision-making at the national level has been clearly decentralized, processes at regional level have copied the old-centre over-centralization, with plenty of duplication of the delegation and accountability chain. In addition, and remarkably so, “[CAs] ... have been belligerent against municipal powers ... and have tried to grab their competences” (Flores, 2003).

Wrong patterns of decentralization have also been quoted as the cause behind the complex relationships between regional administrations and the medical profession. “Health services management in Spain was born in an unfavourable context: obsolete public administration, bureaucratic inheritance, lack of qualified human resources... In spite of it all, a modernizing wave gave birth to a spectacular improvement... But while this generation of enthusiastic managers improved facility and service management, they did so at the expense of enforcing a centralist model tainted with enlightened despotism, sidelining away from power even the influential medical leaders who rather informally but effectively had led life in the big public institutions for decades –especially in big hospitals” (Belenes, 2003).

Other problematic aspects of decentralization include an information deficit and very limited connectivity across the country and

between regions: regional health systems have developed an enormous variety of sophisticated information systems (including electronic prescriptions, etc) but they are not necessarily compatible with each other. The result is that in spite of millions of Euros of financial investment, no assessment of the entire SNS performance, whatever the level of disaggregation, is currently feasible.

Implementation

In short, the Spanish devolution process wasn't carefully planned, but rather was a sequence of unsolved clashes between the centre and the periphery (regions) on claims of historical rights, conflicting financing figures and political gambling. By design, as indicated, the MSPSI held the responsibility to set what is known as *the bases and the general coordination of the health system* as well as the competences of foreign relationships in health and pharmaceutical legislation (public reimbursement and price setting of drugs). Regions had in turn competences on health policy formulation and implementation as well as planning and management of personal and population health services. In practice, however, determining the scope of the respective competences was more difficult than foreseen and frequent clarifications had to be required, including consultations to the Constitutional Court, since 1983 (Beltrán, 2007).

Conclusion and outlook

In recent years the MSPSI has only proposed vague ideas and suggestions at the Inter-Territorial Council, often without much previous study. For example, a proposal by the then Minister Soria that final-year students of Family Medicine could be exceptionally allowed to operate as public health specialists as a transitory remedy against lack of staff in the specialty was simply rejected by the CAs (*Diario Médico*, 2008). Regional governments sometimes fail to report on certain issues, or even refuse to adhere to using homogeneous criteria for reporting (as in the case of waiting lists and waiting times) (*El Mundo*, 2011).

Perhaps the idea of a National Healthcare Agreement (*Pacto por la Sanidad*) finding common solutions to critical pending issues and involving all regions and political parties which "floated" at the

beginning of the current parliamentary period is the best proof of the hopes and limitations of the current state of mind of the Inter-Territorial Council. Originally proposed in June 2008 by the above-mentioned Minister Soria, the appeal included as pending issues not less than “human resources policy, common services, budget sustainability, common health policies, quality and innovation and prevention of drug addiction”. When in the context of the financial crisis, the next Minister of Health and Social Policy, Trinidad Jimenez, was appointed in April 2009 she embraced the initiative, establishing six working committees whose membership included other stakeholders, including patient groups. Her latest statement on the matter in April 2010 suggested however that any agreement would not be signed before 2013. Soon a new Minister was appointed (third one in three years) with a rather non-health-profile.

The economic and political crisis has made increasingly visible tensions and challenges that were always there, raising clashes between parties and between regions in a context of polarization bordering filibusterism. For example, three months ago regional ministers from the opposition refused *en masse* to attend meetings of the Inter-territorial Commission. Yet this was in turn a response to the arguable initiative by the Minister of Health calling on the Inter-territorial Commission, to approve major changes two days before regional elections would massively change the country’s political landscape – and with it the composition of the Commission, literally (this practice had already been applied years ago to the then Conservative-led government by regional ministers of the Socialist party currently in government).

Some high officials of the MSPSI (for example, the General Secretary of the Ministry José Martínez Olmos) have publicly blamed the tensions on a lack of political will in the regions, to whom he was publicly asking for “more institutional loyalty” (Martínez Olmos, 2009). Beyond taking position in the political debate (mostly nationalists versus centralizers), entire segments of the Spanish society are advocating for the suppression of central departments, including the Ministries of Health and Education, etc, considered redundant as their same function is being done at the regional level. Others are calling in response for a substantial reduction to the degree of autonomy regional governments should have in the future.

Switzerland

Governance model and recent changes

The governance arrangements in the Swiss health care system are based on three traditional constitutional features. The first is a federal structure with a strong focus of decision making by cantons and a complex organization of powers and responsibilities between the cantons and the national government. The second key characteristic is a tradition of direct democracy through popular votes and referendums and governance through consensus. And the third is a growing reliance on a regulated market of competing private health insurers and providers that limits the role of the government authorities to setting the financial and regulatory rules to ensure market performance (OECD/WHO, 2011). At the same time, a number of new laws including the LAMal – the basic health insurance legislation of 1994 that made health insurance mandatory – has strengthened the role of the confederation. The draft law on disease prevention and the national health project are prominent and more recent national developments in this direction. There are yet a number of strategically underdeveloped areas and overall, the federal policy making institutions have as yet to live up to the new requirements and build capacity for their new leadership role. The different parallel principles have given rise to a constant tension between defenders of market approaches and those calling for more state regulation (OECD/WHO, 2011).

Cantons are under pressure to meet expectations and results towards national objectives on cost containment, efficiency, and quality of care and are increasingly willing towards working for national targets such as on the package of nationally set indicators for hospital care which have been elaborated and adopted in 2011. The growing efforts of the Federal Agency for Public Health in assuming more regulatory and policy-making control in some areas have also triggered improvements in the collaboration between cantons. For instance for the planning of hospital investments in 2012, cantons have recently provided a joint list of funding requests.

Policy priorities

The most important policy priorities behind the recent dynamics in governance changes are those related to the traditional design of the system such as reemphasis on the instruments for direct democratic control, accountability and responsiveness to local needs. Enhancing consumer choice on insurers and health care providers and increasing their participation in health care provision is one of the main objectives behind enhancing rights of patients for instance to seek care outside their cantons. Policy motives behind the “renaissance of cantons” is the view that the strong focus on cantons as the most important tier of regulatory, fiscal and managerial authority over health care has enabled a fair amount of experimentation and innovation in policy decision-making in Switzerland: fastest progress has for instance been experienced in areas that have been piloted in one or few cantons such as drug substitution or alcohol policy. Yet, the need for more policy coherency has at the same time driven consensus based processes, such as for instance the agreement within the Conference of cantonal health directors to common planning of highly specialised health services. The call towards enhanced quality of care and a more uniform strategic frame has also substantiated the developments of standards towards for health promotion and disease prevention at national scale.

Tools

At institutional level, there is a renewed emphasis on instruments of a regulated market, for instance managed and integrated care models and drivers for competition between health insurers and between health care providers. The recent interruption of the peak organization of the health insurers has discontinued the monopoly of health insurers. The re-organization of some major insurers is likely but these will also likely promote individual contractual negotiations over collective “one size fits all” solutions, which have allowed more flexibility in pricing. A new law for hospital financing putting forward payment per case schemes has been adopted that aims at improving transparency of pricing negotiations and reducing potential conflicts between insurers and providers. Another draft legislation on health insurance surveillance is currently under consideration that is aimed at protecting the insured through in-

creased control of the state such as on insurers practices to ensure coverage with potential sanctions.

The new draft legislation permits national goals on disease prevention to be formulated by the federal government in collaboration with the cantons and nongovernmental organizations. Some scepticism has been expressed towards the intentional nature and towards the diversity in cantonal capacity and infrastructure to meet the national targets (OECD/WHO, 2011).

Priority setting and health technology assessment is not well established at central level and leaves scope for improvement. Only a fraction of services covered under health insurance are evaluated in some form (OECD/WHO, 2011). Medical doctors have so far dissented with a stronger central governance role towards health technology assessment but a recent development is the establishment of the “Medical Board” by the conference of cantonal health directors (CDS), the association of Swiss physicians and the Swiss Academy of Medical Sciences. The Medical Board provides assessments and policy recommendations for pharmaceutical and medical interventions. The Medical Board is seen as an initial step towards the permanent institution of a privately operated health technology assessment institute at national scale but the role of the national government in this initiative remains uncertain.

Impact

The strong focus on cantons in combination with direct democracy instruments have enabled immediate democratic control, flexibility of cantons to respond to local needs, and an innovative environment through providing the scope for experimentation. Enhanced consumer choice on insurers in recent years has started to show an effect: approximately 15 % of insured have changed their insurer in recent years, albeit the changers are mostly made up of young and healthy individuals (OECD/WHO, 2011).

The challenge associated to the high degree of decentralization has been policy incoherency between cantons; conflicting incentives for cantons for instance for cost control as the regulator and owner of hospitals; a heavy focus on curative care with a backlog of disease prevention patterns; and lack of strategic oversight and poor national level information on quality and performance (OECD/WHO, 2011). In addition, the presence of direct demo-

cracy elements contesting legislation and strong lobbies of doctors, insurers and the pharmaceutical industry in parliament that can influence legislation might have slowed down the pace of reform.

Outlook and conclusion

Governance arrangements Switzerland have followed a complicated division of powers and responsibilities between the cantons, the most important decision making tier, and the national government. The most recent developments exhibit dynamics towards all three of the possible options for changing governance arrangements: First a renaissance of cantons as strongest policy decision-making tier with a subsidiary supporting role of the state when the cantons fail to resolve issues that are critical to the fundamental economic or welfare concerns of the country. The development towards collective inter-cantonal strategy and policy development, dialogues and platforms as showcased in the areas of planning highly specialist health care services and a joint list of hospital investments of cantons for investment planning in 2012. Second, at the same time, the emergence of a stronger central governance role can be observed in the domains of regulating and policy making for quality of care standards, health insurance surveillance and disease prevention. And third, there is also a notable reemphasis of governance arrangements in managing, organizing, commissioning and providing care through the self-governing actors of the regulated market partly building on the objective to enhance patient and consumer choices and maintain the liberal environment for health insurance and health care provision with a view to position the health care sector towards one of the most efficient, productive and innovative sectors of the economy. Overall, the speed of dynamics in governing care arrangements has accelerated in 2010 and 2011 compared to the previous years. Yet, recent changes in governance arrangements do not suggest a total shift of responsibilities but rather foster more collaboration.

References

- Agencia de Calidad del SNS, 2010, Barómetro Sanitario del SNS 2009, Instituto de Información Sanitaria, Madrid.
http://www.msc.es/estadEstudios/estadisticas/docs/BS_2010_Informe_Resultados.pdf
- Agranoff, R. (2007) 'Local governments in Spain's multilevel arrangements', in H. Lazar and C. Leuprecht (eds) *Spheres of governance* (pp 23–70), Montreal and Kingston: McGill-Queen's University Press.
- Alvarez A and Duran A, 2011, "Spain", in Saltman, Duran and Dubois, *Governing Public Hospitals, Reform strategies and the movement towards institutional autonomy*, European Observatory of Health Systems and Policies, Brussels.
- Andersen (2009) Healthcare reform in Denmark *Scand J Public Health* May 2010 38: 246–252, first published on October 22, 2009.
- Andersen PT, Ansari WE, Rasmussen HB, Stock C (2010). Municipalities collaborating in public health: the Danish smoking prevention and cessation partnership. *Int. J. Environ. Res. Public Health* 7, 3954–3971
(<http://www.mdpi.com/1660-4601/7/11/3954/pdf>, accessed on 16 September 2011)
- Barnard C, 1938. *The Functions of the Executive*. Harvard University Press, Cambridge, MA.
- Michael Bäumlér, Leonie Sundmacher and Britta Zander. "Major reform of German SHI contributions". *Health Policy Monitor*, October 2010. Available at <http://hpm.org/survey/de/a16/2>
- Belenes R. Un balance personal de 25 años de gestión sanitaria moderna en el Sistema Nacional de Salud, *Gaceta Sanitaria* 2003;17(2):150–6.
- Borkan J et al. 2010, Renewing primary care: lessons learned from the Spanish health care system, *Health Affairs* 29, 8;1432–41.
- Beltrán JL, 2007, *Coordinación General Sanitaria*, Derecho y Salud, Vol 15, Número 2, Extraordinario Foro SESPAS – AJS, pp 5–10.

- Chevreur K, Durand-Zaleski I, Bahrami S, Hernández-Quevedo C and Mladovsky P. France: Health system review. *Health Systems in Transition*, 2010; 12(6): 1–291.
- Colino C (2008) The Spanish model of devolution and regional governance: evolution, motivations and effects on policy making, *Policy & Politics*, vol 36 no 4 573–86.
- Chari and Heywood (2009) Analysing the Policy Process in Democratic State, *West European Politics* 32, 1, 26–54.
- Crozier M, 1972. *The Bureaucratic Phenomenon*. University of Chicago Press, Chicago, IL.
- Del Llano Señarís, J. (2009) *Sanidades Autonómicas: ¿solución o problema?* Madrid: Círculo de la Sanidad.
- Diario Médico, 4 Junio 2008,
http://www.diariomedico.com/edicion/diario_medico/profesion/es/desarrollo/1131304.html
- Duran A, 2011, Health system decentralization in Spain: a complex balance, *Euro Observer*, Spring 2011, Volume 13, Number 1.
- Duran, Lara and Van Waveren, 2006, Spain: Health system review. *Health Systems in Transition*, European Observatory on Health Systems and Policies, Brussels, page 20.
- El Mundo, 2011, El Gobierno acusa a Madrid de no cumplir la ley, Lasquetty desafía a Sanidad y no cambiará el modelo de listas de espera, 16 September,
<http://www.elmundo.es/elmundo/hemeroteca/2011/09/16/t/madrid.html>
- Federación Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública, 2011, *Informe del Sistema Sanitario de las Autonomías*, Madrid.
- Federación Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública, 2011, *Informe del Sistema Sanitario de las Autonomías*, Madrid.
- Flores Juberías C, (2003), Spain: delegation and accountability in a newly established democracy, in: Strøm K, Müller W, Bergman T (eds). *Delegation and Accountability in Parliamentary Democracies*, OU Press, Oxford.

- Gallego, R., Gomà, R. and Subirats, J. (2005) 'Spain, from state welfare to regional welfare?', in N. McEwen and L. Moreno (eds) *The territorial politics of welfare*, London: Routledge.
- García-Armesto S, Abadía-Taira MB, Durán A, Hernández-Quevedo C, Bernal-Delgado E. Spain: Health system review. *Health Systems in Transition*, 2010, 12(4):1–295.
- Greer, SL (2011). Centralizing England and decentralizing the United Kingdom: The paradox of power in British health services. *Euro Observer* Spring 2011, Volume 13, Number 1.
- KantarHealth. *Oncology Market Access, Europe*, Data from EURO CARE-4, 2010.
- Kettl DF, (1993). *Sharing Power: Public Governance and Private Markets*. Brookings Institution, Washington, DC.
- Koivusalo (1999). Decentralisation and equity of healthcare provision in Finland. *British Medical Journal*. 318(7192):1198–1200.
- Lo Scalzo A, Donatini A, Orzella L, Cicchetti A, Profili S, Maresso A. Italy: Health system review. *Health Systems in Transition*, 2009; 11(6)1–216.
- Martín JJ, 2010, Crisis económica y sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud, *El Médico* 2010; 1109:16–19.
- Mechanic D, 2000. Managed Care and the Imperative for a New Professional Ethic. *Health Affairs* 19(5): 100–111.
- Ministry of the Interior and Health (2004). The local government reform. In brief. ISBN 87-7601-153-4. Accessed on 19 October at: [http://www.sum.dk/Aktuelt/Publikationer/Publikationer_IN/~media/Filer-Publikationer-IN/English/2006/The-local-government-reform-in %20brief/local-government-reform-in-brief.ashx](http://www.sum.dk/Aktuelt/Publikationer/Publikationer_IN/~media/Filer-Publikationer-IN/English/2006/The-local-government-reform-in-%20brief/local-government-reform-in-brief.ashx)
- Montero, A. (2007) 'The limits of decentralisation: legislative careers and territorial representation in Spain', *West European Politics*, vol 30, no 3: 573–94.
- Montero-Granados R et al (2007). Decentralization and convergence in health among the provinces of Spain (1980–2001), *Social Science & Medicine*; 64:1253–64.

- OECD, 2009, Health Care Quality Indicators, OECD Health Data 2009, Paris www.ecosante.org
- OECD/World Health Organization (2011), OECD Reviews of Health Systems: Switzerland 2011, OECD Publishing. <http://dx.doi.org/10.1787/9789264120914-en>
- Or, Zeynep. "Update on new regional health governance". *Health Policy Monitor*, October 2009. Available at <http://hpm.org/survey/fr/a14/2>
- Repullo JR y Freire JM, Abril 2008, "Gobernabilidad del Sistema Nacional de Salud: mejorando el balance entre los beneficios y los costes de la descentralización", Informe SESPAS 2008, Gaceta Sanitaria, 1, 22, pp. 118–125.
- Roller, E. (2001) 'Multi-level governance: What it does and does not explain: The case of sub-national mobilization in Spain', Paper presented at the Conference 'Multi-level Governance: Interdisciplinary Perspectives', University of Sheffield, 28–30 June.
- Romero, J. and Farinós, J. (eds) (2006) *Gobernanza territorial en España*, Valencia: Universidad de Valencia.
- Roethlisberger FJ, 1941. Management and Morale. Harvard University Press, Cambridge, MA.
- Romøren TI, Torjesen DO, Landmark B (2011). Promoting coordination in Norwegian health care. *International Journal of Integrated Care*, Vol 11, 2011-127.
- Saltman R.B., R. Busse and E. Mossialos, eds., 2002. Regulating Entrepreneurial Behavior in European Health Care Systems, European Observatory on Health Care Systems series. Open University Press, Buckingham, UK.
- R.B. Saltman, A. Duran, and H.W.F. Dubois, eds., 2011. Governing Public Hospitals: Recent Strategies and the Movement Toward Institutional Autonomy. Occasional Series 25. European Observatory on Health Systems and Policies, Brussels.
- R.B. Saltman, J. Calltorp and A. de Roo, 2011. "Health Sector Innovation and Partnership: Policy Responses to the New Economic Context." Organization for Economic Cooperation and Development (OECD) 50th Anniversary Meeting on Health, Invited Paper, 22 June, Paris, DELSA/HEA (2011)17.

- Saltman R.B., 2008. "Decentralization, Re-centralization and Future European Health Policy." *European Journal of Public Health* 18(2): 104–106.
- Schäfer W, Kroneman M, Boerma W, van den Berg M, Westert G, Devillé W, van Ginneken E. The Netherlands. Health system review. *Health Systems in Transition*, 2010; 12(1):1–229.
- Simon, H, 1945. *Administrative Behavior*. The Free Press, New York.
- Smith P, Anell A, Busse R, Crivelli L, Healy J, Lindahl AK, Westert G, Kene T (forthcoming 2011): Leadership and governance in seven developed health systems. Commonwealth Fund.
- Strandberg-Larsen M, Nielsen MB, Vallgård S, Krasnik A, Vrangbæk K and Mossialos E (2007). Denmark: Health system review. *Health Systems in Transition*, 2007; 9(6): 1–164.
- Subirats, J. (2006) 'Multi-level governance and multi-level discontent: the triumph and tensions of the Spanish model', in S.L. Greer (ed) *Territory, democracy and justice: Regionalism and federalism in Western democracies* (pp 175–200), Basingstoke: Palgrave.
- Velasco, F. (2010) 'Local government in the Spanish decentralized state', in N. Steytler (ed) *Local governments and metropolitan regions in federal countries*, Montreal and Kingston/London/Ithaca, NY: McGill-Queen's University Press.
- Vuorenkoski L, Mladovsky P and Mossialos E. Finland: Health system review. *Health Systems in Transition*. 2008; 10(4): 1–168.
- Westert GP, Van den Berg MJ, Zwakhals SLN, Heijink R, Verkleij H. (2010), *Dutch Health Care Performance Report 2010*. Bohn, Stafleu, van Loghum, Houten.
- WHO, European Regional Office, Health for All Database, accessed September 2011.

Fem svenska forskare belyser framtidens utmaningar i vården och omsorgen

Underlag till Statens vård- och omsorgsutredning

Anders Anell

1. Utgångspunkter

De statliga myndigheterna inom hälso- och sjukvårdsområdet¹ är ett bland flera medel för att nå övergripande mål för hälso- och sjukvården i form av hälsoeffekter, kvalitet i olika dimensioner, kostnadseffektivitet och rättvis fördelning av resurser till patienter och verksamheter efter behov. Vilka insatser som är möjliga och relevanta för myndigheterna att göra beror på förutsättningarna. Viktiga förutsättningar är t.ex. utvecklingen i vården och det övergripande ramverket som anger villkoren för hälso- och sjukvårdens styrning.

I denna rapport tas det kommunala självstyret för givet. Det innebär att ansvaret för att en god hälso- och sjukvård tillhandahålls individer på lika villkor i första hand antas ligga hos landsting/regioner och kommuner. De statliga myndigheternas inflytande över vården blir därmed i första hand indirekt genom att ange normer och ramar för verksamheten, ge kunskapsstöd som underlag för lokala beslut, följa upp och utvärdera, samt utöva ansvarsutkrävande re-

¹ Smittskyddsinstitutet, Socialstyrelsen, Läke-medelsverket, Tandvårds- och läke-medelsför-månsverket (TLV), Myndigheten för vårdanalys, Folkhälsoinstitutet, Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU) samt Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd är de viktigaste.

spektive tillsyn. För- och nackdelar med denna förutsättning diskuteras inte generellt i rapporten. Däremot diskuteras några potentiella problem med denna övergripande styrform som måste beaktas i den statliga styrningen, bl.a. risken för olika former av sup-optimeringar.

En annan viktig förutsättning för statens styrning är utvecklingen i vården avseende medicinsk teknologi. Beroende på vilken teknologi som finns tillgänglig och hur den utnyttjas påverkas hur vården bedrivs och därmed förutsättningarna för olika typer av statliga insatser. I rapporten diskuteras i första hand konsekvenser till följd av ökad specialisering, mer öppen och kommunal vård och bättre förutsättningar för uppföljning av vårdens kvalitet och resultat. Dessa utvecklingslinjer kan förväntas gälla också i framtiden.

En ytterligare viktig förutsättning för statens styrning är hur styrningen av hälso- och sjukvården utvecklats över tiden, både på nationell nivå och bland landsting/regioner och kommuner. Detta diskuteras i rapporten utifrån en genomgång av några centrala förändringar under de senaste årtiondena och slutsatsen att styrning mot resultat, kvalitet och effektivitet blivit allt viktigare.

För att diskutera statlig styrning finns behov en mera allmän modell över styrningens olika komponenter. Ett förslag på en enkel sådan modell som skiljer mellan prioriteringar och normer, uppföljning respektive ansvarsutkrävande presenteras. Till sist diskuteras alternativ för statliga myndigheters insatser inom hälso- och sjukvårdsområdet med hjälp av denna modell och utifrån de förutsättningar som analyserats. Diskussionen delas upp i två delar. I en första del diskuteras vad statliga myndigheterna som kollektiv bör göra. I en andra del diskuteras hur ansvaret kan delas upp och konsekvenserna för nuvarande myndighetsstruktur.

2. Det kommunala självstyret och några konsekvenser för den övergripande styrningen

Ett fortsatt kommunalt självstyre antas vara en given förutsättning i denna PM. Just därför kan det vara på sin plats att kortfattat peka på några viktiga konsekvenser av det kommunala självstyret för den övergripande styrningen.

En första viktig konsekvens blir naturligtvis att staten har begränsade möjligheter att påverka verksamheten, åtminstone på kort sikt. På lång sikt har staten vilka möjligheter till påverkan som helst,

men då krävs förändringar i lagtexten vilket i sin tur kräver majoritet i riksdagen. På kort sikt måste staten försöka påverka på annat sätt, t.ex. genom dialog och överenskommelse med landsting/regioner och kommuner om hur riktade statsbidrag kan användas. Denna styrform används allt mer. Det säger sig självt att styrning genom dialog blir mer effektiv om den ansluter till frågor som ändå drivs av landsting och kommuner. Staten kan på så sätt driva på frågor som ändå är aktuella, men det blir svårt att driva igenom förändringar som inte gillas av landsting och kommuner. Sådana åtgärder kräver lagförändring. Det är också lättare att genomföra förändringar som baseras på dialog bland de 21 landstingen än de 290 kommunerna. Bland kommunerna finns betydande variation i förutsättningarna och det är dessutom svårare för Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) att agera som trovärdig dialog- och avtalspart gentemot staten. Ytterligare sätt att påverka verksamheter inom ramen för det kommunala självstyret är via kunskapsstöd i olika former och öppen granskning och jämförelser av verksamheten. Även dessa former av påverkan har ökat i betydelse under senare tid.

En annan viktig konsekvens av det kommunala självstyret är risken att landsting och kommuner i alltför hög grad tvingas att begränsa utbudet av vård eller omsorg av budgetskäl. Investeringar i kostnadseffektiv hälso- och sjukvård i ett samhällsekonomiskt perspektiv kommer därför inte alltid till stånd. Problemet består egentligen av två komponenter. Den ena komponenten är att olika landsting och kommuner har olika förutsättningar för att finansiera verksamheten och garantera en vård på lika villkor enligt lag. Det är därför det finns ett system med kommunal skatteutjämning som omfördelar skatteintäkterna mellan kommunerna. Trots detta system finns särskilt bland små kommuner i områden som tappar i befolkning en framtida risk för underfinansiering av äldrevård och omsorg. Det andra problemet har mer att göra med perspektiv och att landsting och kommuner inte fullt ut drar fördelar av de investeringar som görs i vård och omsorg. Fördelar i form av ny medicinsk teknologi uppstår främst för andra delar av samhället i form av minskade produktionsförluster (sjukskrivningar) och för patienterna själva i form av längre liv och bättre livskvalitet. För landstingen är ny medicinsk teknologi oftast bara en kostnad. Problemet är väl uppmärksammat, t.ex. i anslutning till kritik att landsting/regioner fördelar patienters tillgång till kostsamma biologiska läkemedel utifrån en budgetbegränsning snarare än vad som är en kostnadseffektiv användning. Idealt bör investeringar i hälsa beakta samhällseko-

nomiska konsekvenser i form av undvikta produktionsförluster och värdet av ökad livslängd och livskvalitet i sig, inte bara effekterna på hälso- och sjukvårdens egna budgetar. Staten har här en viktig roll att följa upp så att investeringar i vården kan ske enligt dessa bredare utgångspunkter, såsom redan sker inom ramen för beslut om subventioner av Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket och även i de nationella riktlinjer för prioriteringar som tas fram av Socialstyrelsen.

En ytterligare viktig konsekvens av det kommunala självstyret är att vården till den enskilde individen blir beroende av bostadsadress och vilket landsting eller kommun man ”tillhör”. För det första så kan prioriteringarna i vården, t.ex. tillgången till ny medicinsk teknologi, komma att variera regionalt. Staten har här en viktig roll att ge stöd för de prioriteringar som sker i olika regioner så att de sker med samma utgångspunkter. För det andra kan prioriteringarna i alltför stor utsträckning komma att ta hänsyn till vad som är bra för landsting och kommuner, dess beslutsfattare eller anställda, snarare än att man tar hänsyn till patienter och brukare. Om enskilda individer inte har något val, behöver enskilda individers rättmätiga krav och önskemål inte beaktas eftersom individer ändå inte har någon annanstans att gå. Vården blir utbudsstyrd. Faktorer som tillgänglighet, bemötande, inflytande över beslut etc. är något man pratar om, men de väger inte lika tungt som andra mål. Förändringar som skulle varit bra får patienter och brukare genomförs inte för att det upplevs som svårt av beslutsfattare, t.ex. för att personalen motsätter sig förändringar. Även om beslut att införa möjligheter att välja vårdgivare för patienter och brukare till en del kan lösa dessa problem (genom att de vårdgivare som inte tar hänsyn till patienters förväntningar riskerar att bli bortvalda) återstår problemet att patienter och brukare inte kan välja bort sitt landsting eller sin kommun. Idealt ska befolkningen kollektivt välja de politiker som är bäst skickade att styra landstinget respektive kommunen vart fjärde år. Men därutöver har staten här en viktig roll att fungera som väktare över vården med utgångspunkt i patienters och brukares perspektiv och den lagstiftning som finns.

En sista viktig konsekvens av det kommunala självstyret är risken för dubbelarbete. Dubbelarbete bland landsting och kommuner kan leda till att vården blir dyrare, att arbetet får sämre kvalitet och att systemen varierar och därmed blir krångligare beroende på lokala lösningar. När det gäller investeringar i nya informationssystemen finns ett uppenbart behov av gemensamt, nationellt perspektiv så

att det blir billigare och bättre och så att systemen kan kommunicera med varandra. I andra fall kan det främst handla om att landsting och kommuner kan dela på kostnaderna och nå en bättre kvalitet med gemensamma utvecklingsinsatser. Sådan samverkan sker också mellan kommuner respektive landsting på det lokala/regionala planet och även på nationell nivå genom SKL. En viktig roll för staten är att ge stöd så att samverkan kan utvecklas ytterligare och även själv tillhandahålla resurser så att dubbelarbete undviks. Den kunskap som görs tillgänglig via rapporter från SBU eller nationella riktlinjer för prioriteringar av Socialstyrelsen är exempel.

3. Utvecklingen i hälso- och sjukvården

Under de senaste årtiondena har ganska omfattande förändringar introducerats i svensk hälso- och sjukvård. Antalet vårdplatser och sjukhus har minskat sedan lång tid tillbaka, men utvecklingen har varit särskilt snabb sedan början av 1990-talet. Antalet akuta vårdplatser per invånare är numera väsentligt lägre i Sverige än i de flesta andra EU-länder. Många små sjukhus har omvandlats till närsjukhus med begränsat ansvar för akut omhändertagande och/eller specialiserade sjukhus med inriktning på elektiv verksamhet. Det finns flera bakomliggande förklaringar. En förklaring är utvecklingen av medicinsk teknologi och kunskap. Allt mer vård kan göras i öppna former och specialiseringen inom vården fortsätter i oförminskad takt. Behovet av slutenvård minskar samtidigt som det blir ohållbart för mindre sjukhus att tillhandahålla all verksamhet med rimligt hög kvalitet. En annan förklaring är ekonomisk. Det blir för dyrt att upprätthålla kompetens och jourlinjer på varje sjukhus och även om pengarna funnits saknas tillräckligt många specialister. Det blir också dyrt att låta specialister ta hand om de patienter som skulle fått bättre vård om de istället vänt sig till allmänläkare.

Utvecklingen inom sjukhusvården med hårdare prioriteringar, mer öppen vård och fortsatt specialisering har fått flera konsekvenser för vårdstrukturen och förutsättningarna för styrning. En första konsekvens är att primärvårdens och den kommunala äldrevårdens ansvar för patienterna ökat. Primärvården ansvarar i dag för en högre andel av totala antalet öppenvårdsbesök än vad som var fallet i början av 1990-talet. Kommunerna har i sin tur infört hårdare prioriteringar inom både särskilda boenden och för hemtjänst. Betydelsen av hemsjukvård har ökat. En andra konsekvens är att behovet av

koordinering mellan olika vårdgivare i form av sjukhus, primärvård och kommunal vård ökar. Problemet är uppmärksammat sedan länge men fortfarande lika aktuellt. Det är en stor brist i svensk hälso- och sjukvård att styrningen av vården ännu inte anpassats till de strukturella förändringar som skett. Det är dock inte enbart svensk hälso- och sjukvård som brottas med detta problem. Det tyder på att bakgrunden till problemen med bristande samordning runt patientens behov är oberoende av hur vården finansieras och organiseras. En viktig del av problemet är att det inte finns någon enskild aktör som har ett samlat ansvar för patientens "resa" mellan olika vårdgivare. Det finns inte heller några informationssystem som anpassats till de nya förutsättningarna och som innebär att man kan kartlägga och följa upp patienterna resa genom vården, vilka insatser som olika vårdgivare gjort och resultaten av dessa. Informationssystemen är fortfarande i hög grad uppbyggda utifrån varje enskild vårdgivares behov och intressen.

Bristen på koordinering mellan olika verksamheter och isolerade informationssystem finns också inom den specialiserade vården. Problemen tycks helt logiskt också vara störst inom universitetssjukhusen, där verksamheten är uppdelade på många specialiteter och koordineringen till liten del kan bygga på personliga relationer mellan vårdpersonal. Det finns anledning att tro att dessa problem kan komma att bli än större. Medan förändringarna i sjukhusvården tidigare främst berörde de mindre sjukhusen har fokus under senare tid snarast riktats mot de stora sjukhusen. Sammanslagningar mellan universitetssjukhus aktualiserades först i Göteborg, för att sedan sprida sig till Stockholm och under senare år till Lund-Malmö. Det finns också andra initiativ som leder till större koncentration inom den specialiserade vården. Bakgrunden till Rikssjukvårdsnämnden var att koncentrera viss högspecialiserad vård till nationella center och utvecklingen med regionala cancer centrum (RCC) kommer att leda till koncentration av kurativ behandling inom vissa cancerformer. Det finns också ett arbete inom varje landsting/region som går ut på att koncentrera viss specialiserad verksamhet. Bakgrunden till allt detta arbete är en fortsatt specialisering och önskemål om att nå bättre kvalitet och kostnadseffektivitet. Samtidigt ökar kraven på koordinering och gemensamma informationssystem eftersom den enskilda patienten kan få sin vård från flera olika håll. Det finns också anledning att ha ett nationellt perspektiv på besluten om koncentration, så att inte beslut hos enskilda landsting/regioner eller regionala centra blir supoptimala i ett nationellt perspektiv.

4. Utveckling av styrningen i hälso- och sjukvården

Sett i ett bredare perspektiv har forskare identifierat tre olika faser i utvecklingen av nationella hälso- och sjukvårdssystem.² Efter en första fas med fokus på vård på lika villkor ("equity") ställs ökade krav på kostnadskontroll ("cost containment"), som i sin tur följs av ökade krav på resultat och värde för pengarna ("performance"). Motsvarande faser kan identifieras även i utvecklingen av svensk hälso- och sjukvård.

Under 1960- och 1970-talen betonades framför allt hälso- och sjukvårdens expansion och den övergripande styrningen handlade i huvudsak om att administrera expansionen. Begrepp som kostnadskontroll, produktivitet och kvalitet diskuterades knappast. Från och med slutet av 1980-talet har det utvecklats en mer kritisk inställning till hälso- och sjukvården, och kanske i första hand landsting och kommuner som tillhandahållare av vård. En viktig brytpunkt var en ESO-rapport om hälso- och sjukvårdens svaga produktivitet utveckling som publicerades år 1985.³ Studien fick hård kritik från tunga verksamhetsföreträdare i vården. Redan efter några år hade dock stämningsslaget förändrats och brister i vårdens produktivitet samt den svaga ställningen för patienten som inte kunde välja sin vårdgivare diskuterades mera allmänt. Kritiken fanns också i andra delar av offentlig sektor, både i Sverige och andra länder, och banade väg för New Public Management (NPM) reformer som förändrade styrningen. Många landsting införde mer valmöjligheter för patienterna, uppdelning mellan beställare och utförare, privatisering bland vårdgivare och ersättningsystem med fokus på prestationer. Det fanns dock ingen egentlig kritik mot vårdens kvalitet under 1990-talet. Kvaliteten antogs vara bra, men produktiviteten och möjligheterna för patienterna att välja ansågs kunna förbättras påtagligt.

Under den tredje fasen i utvecklingen, som vuxit fram under 2000-talet, är det i stället verksamhetens resultat och kvalitet som hamnat i fokus. Nu ifrågasätts allt oftare även kvaliteten, åtminstone att den skulle vara lika bra på olika håll. Flera initiativ under främst de senaste åren vägleds av ett framväxande "performance paradigm" i styrningen. Nyckelord är nationella kvalitetsregister, öppna jäm-

² Cutler D. (2002) Equality, efficiency and market fundamentals: The dynamics of international medical-care reform. *Journal of Economic Literature*; 40: 3: 881–906.

³ Roos P. (1985) *Produktions-, kostnads- och produktivitet utvecklingen inom offentligt driven hälso- och sjukvård 1960–1980*. Rapport till Expertgruppen för studier i offentlig ekonomi. Stockholm. Finansdepartementet.

förelser, balanserade styrkort, målbaserad ersättning, värde för de pengar som investeras i hälso- och sjukvården samt nytta i ett patientperspektiv och ökad betoning på behovet att se på vårdprocesser i ett patient- och brukarperspektiv. Utvecklingen av öppna jämförelser sedan år 2006 har haft mycket stor betydelse för denna utveckling. Öppna jämförelser har inneburit att problem identifierats samtidigt som ansvar indirekt utkrävs då landsting och kommuner med brister direkt pekas ut. Det finns också en direkt koppling mellan öppna jämförelser och nationella kvalitetsregister och även målbaserad ersättning. Den gemensamma nämnaren är behovet av indikatorer som återspeglar olika aspekter av kvalitet och resultat i vården. Utvecklingen mot ett ”performance paradigm” skapar nya förutsättningar för styrningen och nya potentiella uppgifter för staten. Inte minst ökar betydelsen av gemensamma lösningar för nationella register och gemensamma indikatorer som underlag för jämförelser och annan styrning.

Parallellt med att kraven på hälso- och sjukvården ökat med nya målsättningar avseende kostnadskontroll, kostnadseffektivitet, hänsyn till patienternas förväntningar och kvalitet i olika dimensioner, har allt mer av vården lagts över i privat regi. Även denna utveckling påverkar formerna för styrning. Under 1990-talet argumenterade främst företrädare för privata vårdgivare och borgerliga politiker för att privata vårdgivare hade lägre kostnader och bättre produktivitet. Under senare tid är det snarare privata vårdgivares förmodade bättre service och innovationsförmåga som lyfts fram som argument för en fortsatt privatisering. Enligt statistik från SKL köpte landstingen och regionerna år 2009 hälso- och sjukvård från privata företag motsvarande drygt 18 miljarder kronor. Det är en kraftig ökning jämfört med situationen i början av 1990-talet, men fortfarande en liten andel av de totala nettokostnaderna för hälso- och sjukvård, drygt 10 procent. De genomsnittliga siffrorna är också starkt påverkade av att andelen privat vård är betydligt högre i Stockholm. Stockholms läns landsting köpte vård från privata företag motsvarande ungefär 23 procent av nettokostnaderna år 2009. Det är väsentligt mer än exempelvis Norrbotten, Dalarna, Jönköping, Blekinge och Kalmar med runt 3 procent köpt privat vård. Även bland övriga landsting och regioner är andelen köpt privat vård i de flesta fall under 10 procent.

Även om debatten varit mest högljudd inom sjukhusvården har de största förändringarna mot fler privata alternativ skett inom primärvården. För primärvården finns numera också en lag som inne-

bär etableringsfrihet för alla privata aktörer som accepterar landstingens krav och blir ackrediterade. Det innebär att staten har ett mera direkt intresse av att följa och påverka hur landstingen ”vårdar marknaden” inom primärvården.

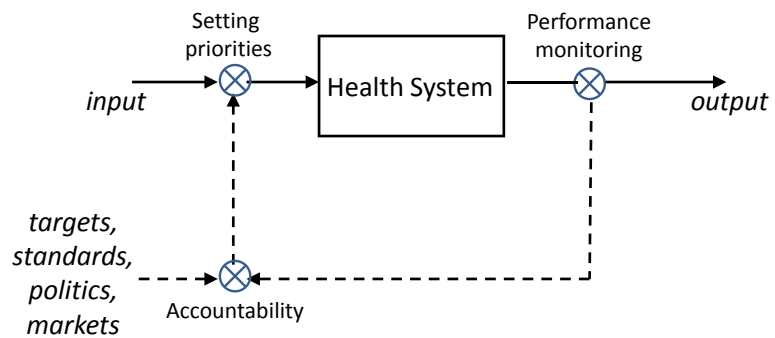
5. En modell för statlig styrning

Det övergripande syftet med all styrning är att uppnå social koordinering av aktiviteter så att målen för en verksamhet kan uppnås. Behov av social koordinering finns på olika nivåer i en verksamhet. Hos enskilda vårdenheter i form av sjukhus, kliniker, vårdcentraler etc. talar man oftast om verksamhetsstyrning eller management. På en mera övergripande nivå, som för ett helt landsting eller statens styrning av landstingen, diskuteras alternativen för social koordinering i internationell litteratur oftare under begreppet ”governance”.

Alternativa angreppssätt för ”governance” inom offentlig sektor kan diskuteras under begreppen hierarki, marknad eller nätverkslösningar. Men en hierarkisk lösning hanteras styrningen inom en linjeorganisation där administrativa nivåer ska agera enligt de normer och villkor som formuleras av överordnad administrativ nivå. Med en marknadslösning uppnås social koordinering genom marknaden och konkurrens. Med en nätverkslösning styrs den sociala koordineringen av normer inom gruppen som vägleder enskilda aktörers agerande. Oavsett vilka angreppssätt och tekniker som används ska styrningen bidra till ständiga förbättringar av verksamheten. Det innebär att prioriteringar och normer, uppföljning av resultat respektive ansvarsutkrävande blir viktiga komponenter i styrningen oavsett former för ”governance”.⁴ Sambanden mellan dessa tre komponenter åskådliggörs i figur 1. Även om principerna är desamma blir naturligtvis förutsättningarna för exempelvis uppföljning och ansvarsutkrävande helt olika beroende på om en verksamhet styrs inom ramen för en marknad eller hierarki.

⁴ Simon P C, et al. Leadership and governance in seven developed health systems. Artikelmanus.

Figur 1 Modell för "governance"



Källa: Simon PC. et al. Leadership and governance in seven developed health systems. Artikelmanus.

I svensk hälso- och sjukvård används både hierarki, marknad och nätverk för att styra vården, men det går att identifiera glidningar över tiden. I jämförelser med andra länder är ansvaret för finansiering och produktion i svensk hälso- och sjukvård till stor del integrerat. Varje landsting/region och kommun har ett monopol på verksamheten i respektive upptagningsområde. Det innebär att den övergripande och viktigaste formen för övergripande styrning i landsting/regioner och kommuner är hierarkin. Men ju längre ned i den administrativa hierarkin man kommer, desto tydligare blir det att normer inom den medicinska professionen styr. Den administrativa och politiska styrningen har tidigare handlat om att sätta ramar för verksamheten. Styrningen av verksamheten har till stor del praktiserats inom ramen för en professionell självkontroll inom respektive specialitet, ett slags nätverkslösning på behovet av "governance". Styrmekanismerna handlar då om professionella normer och social inskolning av individer så att dessa accepteras och underhålls. Tidigare har administrativa/politiska respektive professionella styrformer fungerat parallellt. Med ökade krav har dock skett en viss integration. Professionella normer har påverkats så att t.ex. kostnadseffektivitet och standardisering genom evidensbaserad medicin och riktlinjer numera är ett accepterat inslag i verksamhetsstyrningen och den professionella självkontrollen. På samma sätt har den övergripande administrativa styrning influerats av verksamhetsmål och kliniska indikatorer som tidigare bara använts på verksamhetsnivå.

Med ökade krav på vården har den administrativa styrningen på så sätt glidit in på områden som tidigare styrdes "inom profes-

sionen”. Det professionella självstyret är inte längre givet och måste åtminstone anpassas till administrativa och politiska prioriteringar. Bland verksamhetsföreträdare och vårdpersonal har detta uppfattas som en centralisering av beslut jämfört med tidigare. Tydligast på senare tid är centraliseringen inom mera specialiserad vård med sammanslagningar mellan enheter, koncentration av verksamheter och krav på att man följer riktlinjer, vårdprogram och öppna jämförelser av resultat. För högspecialiserade vård ställs också ökade krav på samverkan mellan landsting/regioner. Även bland kommunerna ställs ökade krav på samverkan interkommunalt för att lösa uppgifterna.

Inom andra delar av vården har förutsättningarna för ”governance” förändrats genom införande av vårdval. Inom primärvården finns numera krav på att landstingen inför en vårdvalsmarknad enligt lag. I främst Stockholm, Västmanland, Halland, Region Skåne och Västra Götalandsregion finns en ganska stor andel primärvård i privat regi. Det är dock inte frågan om vilken marknad som helst. Pengarna kommer fortfarande från landstinget som också ackrediterar, följer upp och ställer krav på vårdgivare. I litteraturen diskuteras denna form av ”governance” under begreppet kvasi-marknad.⁵ Viktiga ingredienser i styrningen är t.ex. hur individens val utformas och stöds genom information om vårdenhetens kvalitet, vilka krav som ställs på vårdgivare, ersättningsprincipernas uppbyggnad, eventuella villkor för etableringar etc. Det är en stor skillnad jämfört med de krav och möjligheter för prioriteringar, uppföljning och ansvarsutkrävande som gäller om alla vårdgivare agerar under samma hierarkiska struktur. Införandet av vårdval innebär därför att landsting/regioner måste arbeta med olika former av ”governance”, beroende på om verksamheter som styrs genom vårdval eller inte. Generellt kan också hävdas att betydelsen av explicita prioriteringar och normer samt system för uppföljning och ansvarsutkrävande blir viktigare i ett vårdvalssystem där man inte direkt kan intervjua i enheters aktiviteter.⁶

⁵ Le Grand J, Bartlett W. (1993) The theory of quasi-markets. I Le Grand J, Bartlett W. (eds.) Quasi-markets and social policy. Mcmillan Press.

⁶ Hartman L. (red.) (2011) Konkurrensens konsekvenser. SNS Förlag.

6. Vad bör statliga myndigheter ägna sig åt?

Förutsättningarna för den statliga styrningen påverkas av hur styrningen bland landsting/regioner och kommuner utvecklats. Som noteras i föregående avsnitt har landsting och kommuner i ökad grad praktiserat olika former av styrning beroende på om verksamheter styrs inom ramen för kvasi-marknader eller på traditionellt hierarkiskt sätt. Inom vårdval är ackrediteringsvillkor och ersättningsprinciper viktiga styrmedel. Flera frågor om verksamheten har decentraliserat, i synnerhet i de landsting där andelen privata vårdenheter ökat. Den står i kontrast till den traditionella hierarkiska styrningen inom exempelvis sjukhusvården som snarast centraliserats jämfört med tidigare. Inom specialiserad vård är det också mer av interkommunal samverkan än tidigare, t.ex. genom beslut om koncentration av viss verksamhet. Andra faktorer som påverkar behov och förutsättningar för "governance" är utvecklingen mot öppna vårdformer och behovet av koordinering respektive gemensamma informationssystem för att underlätta koordinering. Det finns också en trend att rikta fokus i styrningen på resultat och kvalitet ("performance"), vilket lyfter fram bl.a. kvalitetsregister, evidens och öppna jämförelser som viktiga komponenter i styrningen.

På nationell nivå är det fortfarande möjligt att diskutera "governance" och statliga myndigheters verksamhet utifrån begreppen prioriteringar och normer, uppföljning samt ansvarsutkrävande. Mot bakgrund av utvecklingen i vården kan hävdas att behovet av nationell koordinering ökat inom vissa områden. Det gäller t.ex. utveckling av informationssystem och koncentration av viss specialiserad vård. Inom andra områden finns starka skäl för samordning för att undvika dubbelarbete och nå en högre kvalitet. Det gäller exempelvis alla insatser som handlar om att ta fram och bedöma tillgänglig evidens. Om styrningen utvecklas i riktning mot ett "performance" paradigm kommer också framtagande av prioriteringar och normer som baseras på kunskap och evidens att få ökad betydelse, liksom möjligheterna att följa upp verksamheter inom ramen för gemensamma system inklusive vilka indikatorer som bör fokuseras. Även ansvarsutkrävande får större betydelse i en sådan styrning.

Prioriteringar och normer

I takt med att kraven på vården ökar blir prioriteringar viktigare. Staten har via myndigheter en viktig roll att dels ge kunskapsunderlag som stöd för landstingens och kommunernas egna prioriteringsbeslut, dels förmedla tvingande normer så att övergripande viktiga mål kan nås. Det finns anledning att tro att behovet av både kunskapsunderlag och mera styrande normer kommer att öka. Målen är att undvika dubbelarbete och nå en bättre kvalitet inom givna kostnadsramar. Ett annat skäl är att uppmuntra landsting och kommuner att se till kostnadseffektivitet i ett samhällsperspektiv och att undvika regionala variationer i tillgången på vård och åtgärder.

För att ta fram riktlinjer för prioriteringar behövs kunskaper om olika åtgärders konsekvenser för kostnader och effekter. Den typen av kunskap vilar i sin tur på klinisk forskning och/eller observationer som sammanställts i register. Eftersom de åtgärder och terapier som är aktuella inom respektive landsting/region är desamma är det angeläget att man har ett nationellt eller t.o.m. internationellt perspektiv på att ta fram nya kunskaper och formulera underlagen för prioriteringar. Staten har därför också en viktig roll att främja klinisk forskning och ge stöd åt kvalitetsregister. Arbetet inkluderar då även vilka indikatorer som bör följas upp i registren, eftersom valet av indikatorer har en direkt anknytning till kunskap och evidens. Genom nationell styrning i dessa frågor kan man undvika dubbelarbete, få bättre kvalitet i underlagen och dessutom säkra att prioriteringar sker utifrån samma underlag i olika regioner. För att få fram bra underlag för framtida prioriteringar kan också finnas anledning att initiera nya studier. Förutsättningarna för detta är mycket bättre om bedömningarna sker samlat på nationell nivå. Med nationell samverkan finns också bättre möjligheter att tidigt bedöma konsekvenserna av ny medicinsk teknologi.

Ett arbete med att ta fram underlag för prioriteringar pågår sedan flera år bland myndigheter. Både Socialstyrelsen (nationella riktlinjer), Läkemedelsverket (läkemedel) och SBU (översikter av evidens) ger bidrag inom området, dock utan krav på att landstingen baserar sina beslut på de underlag som tas fram. Det finns inte heller någon systematisk uppföljning om landsting och kommuner använder de kunskapsunderlag som myndigheterna tar fram. TLVs beslut ger också uttryck för prioriteringar och normer på läkemedels- och tandvårdsområdet, men är mera tvingande.

Gemensamt för myndigheters arbete är att prioriteringar och normer görs utifrån ett samhälleligt och nationellt perspektiv. Ambitionerna när det gäller att översätta dessa normer till vad de betyder för enskilda landsting är låga och ingår inte i uppdraget. Detta översättningsarbete överläts till landstingen och kommunerna själva. Om myndigheternas ansvar inkluderade sådana insatser skulle möjligen underlagen användas flitigare. Samtidigt är det ett mycket stort åtagande att exempelvis översätta Socialstyrelsens riktlinjearbete till lokala förhållanden. Ett alternativ (eller komplement) är att uppföljningen av landstingens prioriteringar stärks så att intresset för de nationella kunskapsunderlagen ökar.

En relativt ny form av prioriteringar och normer är direkta krav för att få bedriva viss verksamhet. På landstingsnivån finns exempelvis ackrediteringsvillkor inom ramen för vårdvalssystem som reglerar tillträde till marknaden. Eftersom vårdval i primärvården är reglerad enligt lag finns anledning för staten att följa utvecklingen och även ta fram kunskaper om effekterna av olika ackrediteringsvillkor som underlag för landstingens egna prioriteringar. På nationell nivå beslutar Rikssjukvårdsnämnden om koncentration av högspecialiserad vård. Även utvecklingen mot regionala cancercentrum kommer att leda till beslut om koncentration av viss kurativ cancerterapi. I fallet cancervård är det ännu oklart hur den s.k. nivåstruktureringen ska gå till. En modell är att besluten om koncentration fattas nationellt, typ Rikssjukvårdsnämnden. En annan modell är att landstingen själva får incitament att strukturera om verksamheter genom stärkt uppföljning av cancervårdens resultat och variationer mellan olika vårdgivare. Oavsett former för besluten behövs kunskap och uppföljning som underlag för beslut om koncentration av vård. Det kommer också att ställas krav på kriterier och hur olika mål ska vägas mot varandra. För att undvika olika prioriteringar regionalt finns anledning till nationell samsyn om vilka kriterier som ska ligga till grund för beslut om koncentration, även om besluten sker lokalt.

Uppföljning

Ett stort och växande problem i vården är att verksamheten blir allt mer fragmenterad. Även informationssystemen är till stor del knutna till olika vårdgivare. Det finns därför ett stort behov av att utveckla nya uppföljnings- och informationssystem som följer patientens

process genom vården och dessutom mäter resultat i form av patientnytta. Även om det i första hand är landstingen och kommunerna som har nytta av ett sådant informationssystem, så finns stor anledning till nationell samverkan. Både i Sverige och i andra länder finns ett ökande intresse för uppföljning och jämförelser i vården.⁷ En förklaring är att ny informationsteknologi och lagring av data i olika register gör sådan uppföljning och jämförelser enklare än tidigare. De nya möjligheterna har dock knappast utnyttjats full ut. Det finns fortfarande en mängd analyser som skulle kunna göras baserat på redan existerande data. Transparensen i hälso- och sjukvården skulle kunna öka ytterligare, vilket bidrar till bättre ansvarsutkrävande på olika nivåer.

Staten har också ett mera direkt intresse av att informationssystemen i vården utvecklas och utgår från samma typ av lösningar. Om varje landsting följer upp olika delar av vården utifrån sin egen modell blir det svårt att jämföra utvecklingen med andra landstings verksamheter. Om underlag för jämförelse saknas finns också sämre möjligheter för analyser som kan leda till positiva förändringar. De nationella kvalitetsregistren är en förebild genom att verksamheter följs upp på samma sätt oavsett landsting eller vårdgivare. De nationella kvalitetsregistren har skapat stora förbättringar i vården tidigare och är också det viktigaste underlaget i öppna jämförelser. För statens del är det därför angeläget att fortsätta att investera i de nationella kvalitetsregistren men också sträva mot samma typ av lösningar i övriga uppföljningssystem, och utveckla nya nationella lösningar inom exempelvis primärvård där register tidigare saknats.

En viktig del i arbetet med att förbättra möjligheter till uppföljning och analys är också att de indikatorer som uppföljningen avser är relevanta och dessutom enhetliga. Här finns en stark koppling till arbetet med att ta fram kunskapsunderlag för prioriteringar och normer. Det är också en fråga om perspektiv, precis som vid framtagande av underlag för prioriteringar. Kvalitetsregister bör t.ex. innehålla indikatorer som gör att man kan följa konsekvenser för patienter i ett samhällsperspektiv och belysa kostnader både inom och utanför vården. Det är också viktigt att fånga indikatorer som speglar patientnytta, t.ex. i form av generella livskvalitetsformulär, och att detta dessutom görs på likartat sätt i olika register.

⁷ Smith, PC, Mossialos, E, Papanicolas, I and Leatherman, S (2010) *Performance measurement for health system improvement: Experiences, challenges and prospects*. Cambridge: Cambridge University Press.

Ansvarsutkrävande

Det finns många olika former av ansvarsutkrävande från statens sida över vården. Utgångspunkten är primärt lagstiftningen. Men det går också att påvisa en ”mjukare” variant av ansvarsutkrävande och styrning genom jämförelser mellan landsting/regioner och kommuner respektive vårdgivare för att påvisa skillnader och avvikelser i förhållande till det kunskapsunderlag och de riktlinjer för prioriteringar som finns framtagna. Det säger sig själv att sådan ansvarsutkrävande kräver uppföljningssystem och även prioriteringar och normer att följa upp emot. Varken prioriteringar/normer eller uppföljningssystem kan i sin tur förväntas ha några större effekter om inte ansvar utkrävs. Ansvarsutkrävandet behöver dock inte vara formaliserat. Öppna jämförelser vars resultat tas upp och sprid i media är också en form av ansvarsutkrävande. Utvecklingen mot statsbidrag som kopplas mot specifika krav och utformas som belöningar innebär att normer, uppföljning och ansvarsutkrävande kopplas samman mera direkt.

En annan variant av ansvarsutkrävande gentemot landsting och kommuner sker via individers val av vårdgivare. Staten har genom ny lagstiftning som möjliggör valfrihetssystem generellt och tvingar fram sådana system inom primärvården medverkat till att denna form av ansvarsutkrävande ökat i betydelse. Staten har här anledning att fundera över hur man själv kan bidra till att denna form av ansvarsutkrävande från enskilda individer och patienter kan stärkas ytterligare. Alternativ kan vara att på olika sätt stärka individers intresse och möjligheter att välja, vilket bl.a. anknyter till frågor om vilken information om vårdgivares kvalitet som tillhandahållas.

En ytterligare form av ansvarsutkrävande där statliga myndigheter har en viktig roll är tillsynen över enskilda yrkesutövare. Även här finns normer att utgå ifrån, men dessa är då knutna till vad som kan förväntas av enskilda yrkesutövare snarare än hälso- och sjukvårdens organisationer. På samma sätt som gäller för den övergripande styrningen och hälso- och sjukvårdens effektivitet i stort kan ansvarsutkrävande på individnivå främjas med tydligare normer och väl fungerande uppföljningssystem.

7. Hur ska arbetsfördelningen se ut?

En arbetsfördelning med strikt utgångspunkt i behoven av prioriteringar och normer, uppföljning samt ansvarutkrävande skulle kunna ge en helt ny myndighetsstruktur jämfört med i dag. I princip skulle man kunna tänka sig en samlad myndighet för vart och ett av områdena.

I en *myndighet för prioriteringar och normer* skulle allt arbete med att ta fram kunskapsunderlag och normer för landstingens och kommunernas prioriteringar hos Socialstyrelsen, SBU, TLV m.fl. samlas. I detta ansvarsområde ingår då även högre ambitioner när det gäller:

- att bedöma patientnyttan av olika insatser
- att tidigt bedöma värdet av ny medicinsk teknologi och underlätta spridning när det är motiverat
- att investera i ny klinisk forskning och hälsoekonomiska studier för att nå bättre kunskapsunderlag
- att ”översätta” de nationella underlagen till vad de betyder om de genomförs hos enskilda huvudmän.

Den sista punkten ställer stora krav på ökat samarbetet mellan myndigheter respektive landsting och kommuner, vilket kan förbättra kunskapsunderlagens kvalitet och samtidigt medverka till att de faktiskt används.

En *myndighet för uppföljning och uppföljning* skulle få ansvar för nationell samordning av informationsförsörjningen. I detta ansvarsområde ingår då även högre ambitioner när det gäller:

- att ge stöd åt utveckling av informationssystem som följer patientens resa genom vården
- att ge stöd åt nationella kvalitetsregister så att inrapportering sker och data används
- att samordna de indikatorer som ingår i nationella kvalitetsregister för att säkerställa kvalitet, ändamålsenlighet och för att underlätta jämförelser
- att ge stöd åt utveckling av vårdbarometern, nationella patientenkäter och liknande datainsamlingar

- att ta fram analyser och jämförelser av information, t.ex. inom ramen för öppna jämförelser.

En annan viktig del av myndighetens arbete blir att vara samordnade och drivande i IT frågor inom vården. I en *myndighet för ansvarsutkrävande* skulle man slutligen samla alla aktiviteter som handlar om att utkräva ansvar hos enskilda yrkesutövare och vårdenheter.

Även om det kan finnas poänger med en strikt uppdelning enligt ovan är det lätt att påtala brister eller åtminstone stora behov av koordinering mellan dessa tre imaginära myndigheter. Exempelvis är både arbetet med prioriteringar och normer liksom ansvarsutkrävande helt beroende av att det finns en uppföljning av verksamheten. Om ansvaret för uppföljningen frikopplas från framtagande av prioriteringar och normer respektive ansvarsutkrävande är risken stor att uppföljningen saknar fokus på det som är viktigt och relevant. Det blir för mycket "nice to know" snarare än "need to know". En annan lösning skulle därför vara att bygga olika lösningar nationellt beroende på hur styrningen hos landsting och kommuner ser ut. För primärvårdens del skulle man t.ex. kunna bygga en nationell myndighet som enbart fokuserar på att ge stöd för arbete med kunskapsstyrning inom primärvården. Samma myndighet kan också ge stöd för hur primärvården bör följas upp inklusive hur nya register bör utformas. På samma sätt skulle man kunna tänka sig en myndighet med inriktning mot prioriteringar och normer och uppföljning inom specialistvården. En viktig uppgift för en sådan myndighet kan då bli att dels att utfärda tvingande normer för nationell koncentration av högspecialiserad vård, dels utveckla nationella kriterier för hur koncentration av vård bör gå till på regional nivå. En sådan uppdelning i nya imaginära myndigheter skulle dock ge koordineringsproblem av andra slag. Dessutom finns risk att befintliga vårdstrukturer konserveras. Eftersom ansvarsutkrävande bör ha vad som är bäst för patienter-/brukare och medborgare som utgångspunkt kan en uppdelning på myndigheter som ansvarar för olika delar av vården anses direkt olämplig.

Ytterligare alternativ är att samla allt ansvar till en stor myndighet, ett "Socialstyrelsen Plus" där övriga myndigheter får ingå som delar. Det är dock inte säkert att en sådan sammanslagning av myndigheter leder till bättre koordinering av vad myndigheter gör. Det är en vanlig missuppfattning att sammanslagningar av verksamheter med automatik leder till samordning. Samordning kan uppnås utan

sammanslagning och det finns många exempel på att sammanslagningar faktiskt haft negativa effekter på samordningen. De överlappningar som kan finnas mellan myndigheter är inte heller enbart ett problem. Överlappningar bidrar till konkurrens som kan leda till att myndigheter gör ett bättre jobb. Om det finns risk att någon annan myndighet kan "ta över" delar av de uppgifter som en myndighet uppfattar som "sitt" område, finns anledning för myndigheten att visa upp en bra verksamhet och ett nytänkande inom just detta område. Om en myndighet misslyckas helt finns också möjligheter hos andra myndigheter att delvis täcka upp för bristerna. En utveckling mot "Socialstyrelsen Plus" kan vara attraktivt ur en del perspektiv men innebär samtidigt stora risker och ställer mycket stora krav på ledningen.

Om nu varken en strikt uppdelning på prioriteringar och normer, uppföljning respektive ansvarsutkrävande, eller en uppdelning på verksamhetsområden eller en samlad myndighet är helt optimal, vad ska man göra då? Ytterligare ett alternativt är naturligtvis att utgå från de myndigheter som finns i dag och göra justeringar på marginalen. En sådan justering skulle kunna ske utifrån den referensram med uppdelning utifrån prioriteringar och normer, uppföljning och ansvarsutkrävande som använts ovan. Det bör också beaktas att en utveckling av myndigheternas samarbete sinsemellan respektive med huvudmännen redan påbörjats. Socialstyrelsens riktlinjearbete och det utökade samarbetet mellan riktlinjearbetet, SBU:s arbete med översikter av evidens och TLV:s beslut om subventionering av läkemedel är exempel på hur kunskapsstyrningen stärkts. Investeringar i nationella kvalitetsregister och öppna jämförelser i samverkan mellan Socialstyrelsen och SKL har påverkat förutsättningarna för främst uppföljning men även ansvarsutkrävandet.

Om det är någon funktion som kan brytas ut från övriga är det snarast ansvarsutkrävandet. Det finns åtminstone två skäl för en sådan lösning. För det första kan hävdas att denna komponent är underutvecklad. Det finns gott om exempel på att praxis i vården under lång tid kan avvika från vad som kan betraktas som "god vård" enligt evidensbaserad kunskap. Trots detta sker ingen utveckling av praxis. Det finns alltså behov av en oberoende myndighet som kan lyfta fram problem och agera "blåslampa" i vården. För det andra baseras en stor del av arbetet med både prioriteringar och normer samt uppföljning i praktiken på ett samarbete mellan myndigheter respektive landsting och kommuner. Statliga myndigheter är således redan i hög grad en aktör i hälso- och sjukvårdssystemet och kan

förväntas bli en allt viktigare aktör framöver med större krav på kunskapsunderlag och uppföljning utifrån en gemensam plattform. Rent principiellt kan då hävdas att ansvarsutkrävandet bör hanteras separat. Den som stiftar lag och dömer ska inte vara samma person. Det finns då större anledning till en oberoende myndigheter som kan granska även sjukvårdsmyndigheterna själva (de som bidrar med prioriteringar och normer samt uppföljning) och inte bara lands- ting och kommuner.

Underlag till Utredningen om översyn av de statliga verksamheterna inom vård- och omsorgssystemen: förutsättningar inom socialtjänsten

Åke Bergmark

Decentralization is the usual prescription for troubled centralized systems, centralization for decentralized ones

(Kettl 1983).

Inledning

Att anlägga ett framtidsperspektiv som sträcker sig fram till 2025 innebär att fokus med nödvändighet kommer att riktas mot frågor och problemområden som redan i dag är föremål för intresse. Detta då en tidsram på knappa femton år i allt väsentligt är en mycket kort period, särskilt inom ett fält som i många avseenden kännetecknas av organisatorisk tröghet. Ett framtidsperspektiv innebär inte heller att enbart frågeställningar som i något avseende kan betraktas som nya är relevanta för framställningen. I en diskussion av hur statens styrformer inom vård- och omsorgssektorn kan utvecklas måste också principfrågor av mer grundläggande natur inrymmas, även om dessa saknar ett omedelbart nyhetsvärde.

I det följande kommer jag att begränsa mig till den del av det aktuella fältet där jag som forskare har erfarenhet och kompetens – dvs. socialtjänsten. Konkret handlar det då om socialtjänstens två huvudområden: individ- och familjeomsorg samt omsorg om äldre och funktionshindrade. Det förra inrymmer viktiga delverksamheter som barn- och ungdomsvård, missbrukarvård och ekono-

miskt bistånd. Det senare vård och stöd för äldre och funktionshindrade i hemmet eller i särskilt boende. Mängden olika frågor som på olika sätt är aktuella inför framtiden inom en så bred och diversifierad verksamhet som socialtjänsten är av uppenbara skäl mycket stor. Därför finns det skäl att göra en begränsning också tematiskt. Här innebär det att tre frågeställningar får bilda ram för diskussionen om de framtida formerna för statlig styrning. Det är:

- Hur skall staten hantera betydande kommunala variationer när det gäller kvalitet och tillgänglighet inom socialtjänsten?
- Vad åligger staten när det gäller att göra makt- och ansvarsfördelning så tydlig som möjlig i ett läge där den riskerar att bli allt mer diffus?
- Vilken roll får staten när det gäller konkurrensutsättning och användning av privata utförare inom socialtjänsten?

För samtliga frågor gäller att de både är dagsaktuella och har bäring inom ramen för ett överskådligt framtidsperspektiv. Den första frågeställningen kan dock beskrivas som ett mer eller mindre "evigt" spörsmål då den aktualiserar den ständigt återkommande frågan om avvägningen mellan statligt ansvarstagande och kommunalt självstyre. Vid sidan om kommunala variationer inbegriper den också teman som garanterade lägstanivåer och medborgerliga rättigheter. Den andra frågan återknyter till en internationell diskussion om klara ansvarsförhållanden i kölvattnet på minskad statlig detaljreglering och framväxten av nya nätverk. Ur ett demokratiperspektiv kan det uppfattas som problematiskt när beslutsfattande på ett eller flera områden förläggs till olika nivåer och man inte på någon av dessa axlar ett yttersta ansvar. Frågan om privata utförare har också varit aktuell en längre tid, men under hösten 2011 vunnit ökad aktualitet med publiceringen av SNS-rapporten "Konkurrensens konsekvenser" (Hartman 2011). Statens roll när det gäller privata utförare på socialtjänsteområdet handlar om sådant som vilken eventuell styrning som behövs för att upprätthålla kvalitet och tillgänglighet och vilka möjligheter som finns att understödja mer fungerande marknadsmekanismer.

Statligt ansvarstagande eller kommunalt självstyre?

En hög grad av kommunalt självstyre anses ofta som ett sätt att fördjupa och förstärka den offentliga demokratin och att möjliggöra en anpassning av till specifika lokala förutsättningar. Demokratiargumentet vilar framförallt på uppfattningen att kommunal självstyrelse flyttar beslutsfattandet närmare medborgarna och att man därmed uppnår en bättre överensstämmelse mellan människors önskemål och den offentliga verksamhetens innehåll. Ofta hävdas att den representativa lokala demokratin och möjligheterna att utkräva ansvar vad gäller den genomförda politiken ger en väsentligt bättre anläggningsyta gentemot folkviljan än vad som uppnås genom nationella val (Premfors 1996; John 2004).

Andra menar att ett allt för långtgående lokalt självbestämmande leder till en urholkning av den nationella politiken och att rätten till likabehandling eller likvärdig service oberoende var man bor riskerar att åsidosättas. Tanken här är då att staten kan fungera som en garant för en likvärdig standard och för att vissa lägstanivåer när det gäller tillgänglighet, service eller kvalitet inte underskrids. Betydande skillnader i faktisk välfärd eller i möjligheter att få vård och omsorg som avgörs av på vilken sida av kommungränsen man bor, kan i många sammanhang uppfattas som ett rättviseproblem eller som en avvikelse från den universalitet på vilken den svenska välfärdsmodellen vilar (Rauch 2005).

Decentraliserat ansvar i sig innebär dock inte med nödvändighet att nationellt beslutade lägstanivåer underskrids eller att variationen ökar oacceptabelt mycket. Det är framförallt när lokala mål och prioriteringar avviker från de nationella som utvecklingen – åtminstone med statens ögon – kan bli problematisk (Lundin & Skedinger 2000). Målkonflikter av detta slag kan till exempel uppstå när kommuner, trängda av ett minskande ekonomiskt utrymme, prioriterar sparmål och budgetbalans framför nationellt fastlagda välfärds mål.

Ser vi till hur kommunernas ansvar när det gäller socialtjänsten förändrats under de senaste decennierna så har den huvudsakliga trenden varit decentralisering, i betydelsen en överflyttning av makt och ansvar från statlig (och i viss mån regional) till lokal nivå. Den mest kraftfulla decentraliseringen skedde under efterkrigstiden då ett ökande kommunalt ansvarstagande möjliggjorde välfärdsstatens expansion. Här kan två dimensioner urskiljas. Den första handlar om decentralisering av ansvar, emellanåt benämnt administrativ decentralisering (Pollitt 2005), vilket innebär att verkställigheten av väl-

färdspolitiska beslut fattade på central nivå i högre grad förläggs på det lokala planet. Den andra handlar om decentralisering av makt, också kallat politisk decentralisering (a.a.) innebärande att kommunerna själva ges ökad beslutanderätt över den lokala välfärdspolitikens mål och inriktning. Kommunerna får därmed en större frihet att bestämma såväl vad som skall göras som hur insatserna skall utformas.

Att beskriva utvecklingen under senare tid som en entydig rörelse mot ökat kommunalt självstyre och ökad decentralisering är knappast rättvisande. Vi kan återfinna händelser och processer som såväl ökar som minskar den kommunala handlingsfriheten och både utsträcker och begränsar det kommunala ansvarstagandet. Så även om decentraliseringen totalt sett ökat är relationen mellan stat och kommun oerhört komplex och det är allt annat än enkelt att värdera olika utvecklingsdrag mot varandra. Ser vi till de tre senaste decennierna så är det rimligt att, med Svenska Kommunförbundets (2000) ord, tala om 1980-talet och första halvan av 1990-talet som "självstyrelsens guldålder". Under perioden därefter är utvecklingen mer sammansatt och innehåller en inte obetydlig andel beslut som bör betecknas som recentraliserande (Bergmark & Minas 2007).

Genom vilka typer av åtgärder har då staten varit verksam i denna process? När det gäller administrativ decentralisering så handlar det om beslut som lett till ett kommunal övertagande av *huvudmannaskap*, det vill säga ett genom lagstiftning pålagt ansvar för en viss typ av verksamhet. Att ansvaret för en viss sorts verksamhet överförs från statlig eller regional nivå till kommunerna är ett uttryck för decentralisering, men inte självklart en utvidgning av det kommunala självstyret. Istället kan sådana processer betraktas som en expansion av det välfärdspolitiska territorium på vilket kommunerna opererar. En andra, i sammanhanget grundläggande, dimension i styrningen utgörs av hur *den statliga regleringen* utformas med avseende på räckvidd och detaljeringsgrad. Här har vi dels lagar som handlar om formerna för den kommunala verksamheten och dels sektorsspecifika lagar som styr olika verksamhetsområden. Regleringen upprätthålls vidare genom riktlinjer, olika former av tillsyn och genom den kommunala överklagningsrätten. Vidare måste formerna för statens *finansiering av* den kommunala sektorn betraktas som ett viktigt styrinstrument, och inte minst då i balansen mellan specialdestinerade och generella statsbidrag.

När det gäller huvudmannaskap så har vi under de senaste årtiondena sett en överföring av ansvarsområden från regional till

kommunal nivå genom Ädel-, handikapp- och psykiatrireformerna åren 1992–1995. Kommunerna kompenserades ekonomiskt för detta genom att medel överfördes från landstingen via skatte- och bidragsväxling. Genom de rättighetsbestämmelser som åtföljde lagförändringarna här bibehöll emellertid staten inflytande över verksamheternas innehåll och utformning. Ett annat område där kommunernas ansvarstagande successivt ökat är den aktiva arbetsmarknadspolitiken. Parallellt med att utbudet av arbetsmarknadspolitiska program breddats har kommunerna fått ett större inflytande över politikens utformning och tilldelats ett direkt ansvar för olika insatser för människor med ekonomiskt bistånd. Här kan nämnas det kommunala utvecklingsprogrammet 1995, etableringen av nya arbetsförmedlingsnämnder 1996 och införandet av utvecklingsgarantin 1998.

Decentraliserat huvudmannaskap har visserligen utgjort den dominerande trenden under senare tid, men det finns också exempel på områden där rörelsen varit den motsatta. Så övergick exempelvis ansvaret för bostadsbidrag och bostadstillägg för pensionärer 1994 från kommunerna till staten. Samma år, i samband med att Statens Institutionsstyrelse bildades, flyttades också ansvaret för de tidigare ungdomsvårdsskolorna tillbaka till staten.

Ser vi till hur den statliga regleringen utvecklats så kan – när det gäller formerna för kommunernas verksamhet – införandet av en ny kommunallag 1991 utpekas som betydelsefull för socialtjänsten. Lagen gav kommunerna ökade befogenheter att självständigt utforma sin interna organisation, bland annat hur de kommunala nämnderna skulle se ut. Tre år efter lagens genomförande hade två tredjedelar av kommunerna övergivit den traditionella sektorsindelningen för sina nämnder.

När det gäller mer verksamhetsinriktad lagstyrning utgör de viktigaste lagarna på socialtjänsteområdet av Socialtjänstlagen (SoL), lagen om vård av missbrukare i vissa fall (LVM), lagen om vård av unga (LVU) samt lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS). SoL infördes 1982 och representerar, genom sin ramlagskaraktär, en lägre grad av statlig styrning än vad som tidigare var fallet. Lagen har sedan dess reviderats ett antal gånger och ofta har förändringarna syftat till att kommunernas insatser i högre grad skall utformas i enlighet med statlig policy. Ett exempel är ekonomiskt bistånd där kommunerna efter lagens införande kom att tillämpa normer där begreppet ”skälig levnadsnivå” tolkades på ett sätt som avvek (nedåt) från de nivåer som staten via såväl Social-

styrelsen som Regeringsrättens domar fastslagit som rimliga. När lagen reviderades 1998 infördes en s.k. riksnorm som minskade kommunernas möjligheter att pressa nivåerna nedåt, åtminstone för väsentliga delar av bidraget.

Över tid har SoL utvecklats till en lag där övergripande ramar och mål blandas med passager av rättighetskaraktär. Rättighetsinslagen ger den enskilde vidgade möjligheter att genom förvaltningsbesvär överklaga kommunens beslut. Statens inflytande definieras här dels genom vilka kommunala beslut som kan överklagas och dels genom vilka beslut som faktiskt fattas i förvaltningsdomstolarna. Besluten fattade i Högsta Förvaltningsdomstolen kan i många fall betraktas som preciseringar av mer generella skrivningar i lagstiftningen.

LSS innebar när den introducerades 1994 inte bara ett utökat huvudmannaskap för kommunerna. Tillsammans med lagen om assistansersättning (LASS) medförde den också en klar ambitionshöjning i handikappolitiken och en förstärkning av den enskildes lagreglerade rätt. I LSS fastslås rätten till hjälp för en relativt tydligt definierad personkrets och samtidigt har den som mottar hjälpen större inflytande över dess utformning i jämförelse med vad till exempel socialtjänstlagen medger. Lagen har dock kritiserats för att individernas egna initiativ blivit allt viktigare. De som gör anspråk på stöd förväntas själv begära detta hos kommunen. Funktionshindrade som är omedvetna om detta eller av andra skäl har svårigheter att göra sina behov kända, riskerar därför att bli utan hjälp.

Ett annat viktigt område är resursstyrning eller finansiell styrning. Av de ekonomiska styrmedel staten använder visavi kommunerna har statsbidragen under lång tid utgjort ett viktigt inslag. Fram till 1993 utnyttjades så kallade specialdestinerade statsbidrag flitigt. Dessa var i huvudsak avsedda för driftsändamål, för verksamhet på bestämda områden och inte sällan med detaljerade föreskrifter om hur pengarna skulle utnyttjas. Syftet med denna konstruktion var, ur ett statligt perspektiv, bl.a. att försäkra sig om att kommunerna tog sitt ansvar i olika avseenden och att dessutom kunna reglera hur verksamheten utformades. Under 1993 avskaffades de flesta av de specialdestinerade bidragen till förmån för ett system med mer generella bidrag (prop. 1991/92:150). Kommunerna tilldelades en klumpsumma pengar, en så kallad "påse", för att självständigt kunna prioritera mellan olika verksamhetsområden, men med bevarade åligganden i enlighet med lagstiftningen. Som motiv till förändringen angavs att generella bidrag – i samklang med den nya kom-

munallagens anda – skulle skapa bättre förutsättningar för utveckling och förnyelse i kommunerna samt bidra till en bättre samordning och ett effektivare resursutnyttjande. Med det förändrade statsbidragssystemet avstod staten en del av sina tidigare möjligheter att genom villkor och resurstilldelning påverka fördelning och inriktning i kommunsektorn. Efter omläggningen 1993 följde också en period där andelen som fördelades i det generella systemet växte, medan de specialdestinerade statsbidragen minskade i omfattning. Under slutet av 1990-talet skedde dock en ökning av specialdestinerade statsbidrag, i huvudsak i form av s.k. stimulansbidrag där syftet är att påverka de kommunala verksamheterna i en viss riktning (Statskontoret 2003). Bl.a. har man under senare år öronmärkt medel för utveckling av äldreomsorgens kvalitet, för valfrihet inom äldreomsorgen samt för vård och behandling av personer med ett tungt missbruk (Socialstyrelsen 2009; 2010a; 2010b).

En viktig form av resursstyrning sker också genom det kommunalekonomiska utjämningsystemet. Det syftar primärt till att skapa mer likvärdiga villkor för kommuner med olikartade strukturella förutsättningar, men utnyttjas också för ekonomiska regleringar mellan staten och kommunerna. Omläggningar av skattutjämningsystemet under 1990-talet har också inneburit att de möjligheter som kommuner med hög skattekraft tidigare haft att ta ut en lägre kommunalskatt kommit att begränsas.

Vid sidan om den styrning och den ansvars-/maktfördelning som utvecklas utifrån förändringar i huvudmannaskap, reglering och finansiering så finns det en mängd andra styrmedel med vilka staten kan påverka utvecklingen inom socialtjänsten. Om dessa reellt sett fått större betydelse än tidigare är svårt att säga, men från 1980-talet och framåt har det i många sammanhang funnits en mer eller mindre uttalad ambition att ersätta mer eller mindre specifika föreskrifter med andra former av styrning. Till dessa kan räknas tillsyn, kunskapsstyrning, överenskommelser mellan stat och kommun samt nationella strategier på olika områden.

Den statliga tillsynen handlar om att se till att de som ansvarar för olika verksamheter inom socialtjänsteområdet efterlever de lagar och föreskrifter som riksdag och regering beslutat om. Tillsynen omfattar såväl offentliga som privata utförare och fördes under 2010 över från Länsstyrelserna till Socialstyrelsen för att där samordnas med tillsynen över hälso- och sjukvården. Syftet är att göra tillsynen mer enhetlig över landet och att förbättra samordningen mellan olika tillsynsområden (Socialdepartementet 2010). Kunskaps-

styrning innebär att staten söker påverka de kommunala verksamheternas inriktning genom att tillgängliggöra forskning och annan form av kunskap. Det operativa ansvaret för detta vilar primärt på Socialstyrelsen som kontinuerligt producerar publikationer på olika områden. Regeringen har också uppdragit åt verket att förse det sociala området med systematiska kunskapsöversikter och att arbeta mot en evidensbaserad praktik. Indirekt kan kunskapsstyrning också utövas genom att staten via forskningsråden, t.ex. Forskningsrådet för arbetsliv och samhälle (FAS), öronmärker medel för särskilda ändamål.

Även om ytterst få motsätter sig ett breddat kunskapsunderlag för välfärdstjänster av olika slag så finns det också en betydande skepsis mot själva styrmomentet i kunskapsstyrningen. En viktig invändning sammanhänger med svårigheterna att ta fram kunskap som är kontextrelevant, stabil och allmänt accepterad. På socialtjänstens område finns ytterst lite forskning eller annan kunskapsproduktion som svarar mot en sådan beskrivning. På Socialstyrelsen vilar dock uppdraget att producera nationella riktlinjer m.m., men problemet är att man då hamnar i förenklingar som har svårt att vinna legitimitet hos såväl praktiker inom socialtjänsten som inom det akademiska fältet (Bergmark, Bergmark & Lundström 2011).

När staten sluter överenskommelser avseende arbetet inom socialtjänsten är Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) den viktigaste motparten. Ett exempel på en sådan överenskommelse – som också är ett uttryck för kunskapsstyrning – är det avtal som de bägge parterna slutit om att implementera delar av de förslag som presenterades i utredningen ”Evidensbaserad praktik inom socialtjänsten – till nytta för brukaren” (SOU 2008:18). Överenskommelsen innebär bl.a. att en nationell plattform för evidensbaserad praktik inom socialtjänsten upprättas och att SKL tillförs resurser för utbildning och andra implementeringsåtgärder. Som ett exempel på hur staten genom nationella strategier söker påverka utvecklingen kan nämnas den som regeringen under 2009 beslutade för kvalitetsutveckling genom öppna jämförelser inom socialtjänst och hälso- och sjukvård. Utifrån denna har Socialstyrelsen i samarbete med SKL givits i uppdrag att öka mängden relevant statistik inom socialtjänstens olika områden och tillgängliggöra denna för olika aktörer.

Oavsett styrmedel, så kan graden av detaljreglering variera. Ett särdrag när det gäller utvecklingen från 1980 och framåt är att olika former av mål- och resultatstyrning i många sammanhang kommit att ersätta mer specifika föreskrifter. Det statliga ansvaret reduceras

då i väsentliga delar till att formulera målsättningar för olika verksamheter, att skapa finansiella förutsättningar för verksamhetsutveckling och i efterhand följa upp i vilken utsträckning verksamheternas resultat motsvarar målen. Noterbart när det gäller statens styrning av kommunsektorn är att Ansvarskommittén i sitt slutbetänkande (SOU 2007:10) förordar en renodling av styrinstrumenten, med innebörden att styrning via allmänna råd, riktade ekonomiska medel eller andra ej bindande instrument bör begränsas medan normering i lagar, förordningar och myndigheters föreskrifter bör vara den mest framträdande styrformen.

Kommunala variationer

En omständighet som ofta anförs till stöd för en mer tydlig och genomgripande statlig styrning är att en allt för långtgående decentralisering leder till stora lokala variationer i välfärdstjänsternas kvalitet och tillgänglighet. Ibland beskrivs detta som en konflikt mellan universalism och lokalt självstyre. Kommunala variationer behöver dock i sig inte vara någonting annat än en avspeglning av varierande socioekonomiska förutsättningar eller olikartade behov. När kommuner skiljer sig sinsemellan med avseende på sådant som befolkningssammansättning, storlek och ekonomiska resurser kan vi förvänta oss variationer på olika områden. För kommuner som strukturellt liknar varandra kan vi däremot vänta oss en större grad av enhetlighet och anta att de skillnader som trots allt uppträder kan vara en effekt av olikheter i ambitionsnivå, förd politik eller kompetens. Vilka strukturella faktorer som samvarierar med kommunalt serviceutnyttjande har studerats i en mängd olika sammanhang, bland annat i samband med att systemen för kommunala utjämningsbidrag setts över, men också inom ramen för mer självständiga studier på avgränsade områden (Bergmark & Sandgren 1998; Lundström 2000; Trydegård 2000; Trydegård & Thorslund 2010; Skolverket 1996; Hansen 1997; Rauch 2008). Hur mycket av variationerna som kan föras tillbaka på strukturella förutsättningar varierar avsevärt mellan olika sektorer, men över 70 procent har kunnat fångas upp i multivariata modeller.

Ser vi till utvecklingen över tid förefaller den huvudsakliga trenden under 1970- och 80-talen vara en ökad homogenisering, det vill säga minskade skillnader. Johanssons analyser (1982; 1983) visar på minskad variation under 1970-talet på områden som barnomsorg,

äldreomsorg, och samlade kostnader i relation till antalet invånare. Parallellt med detta minskade också de strukturella olikheterna kommunerna emellan på ett stort antal områden. Stjernquist och Magnusson (1988) gör liknande iakttagelser för, i huvudsak, perioden 1975 till 1985. Bergmark (2001) analyserar utvecklingen under 1990-talet för bl.a. äldreomsorg, ekonomiskt bistånd och äldreomsorg men finner inga entydiga trender när det gäller de kommunala variationerna under decenniet. Noterbart där är dock att variationen ökade under hela decenniet för ekonomiskt bistånd och den utvecklingen inte påverkades av riksnormens införande 1998. Trydegård (2000) studerar hur andelen med hemhjälp i särskilt eller ordinärt boende varierat mellan svenska kommuner under perioden 1976 till 1997. Fram till 1992 beskriver utvecklingen i huvudsak en minskad variation, om än inom ramen för ett något ojämnt förlopp. Perioden 1993–1997 ökar variationen mellan kommunerna högst påtagligt, speciellt under åren 1993 och 1994, det vill säga i det skede där detaljregleringen av den kommunala nämndstrukturen avskaffades och de specialdestinerade statsbidragen ersattes av generella. I senare analyser (Trydegård & Thorslund 2010) konstateras dock en minskad variation under 2000-talets inledande, något författarna kopplar till recentraliserande (t.ex. maxtaxa, riktade statsbidrag) inslag under perioden. Den som helhet minskade variationen berodde primärt på utvecklingen avseende hemtjänst, för särskilt boende skedde en viss ökning av variationen under perioden.

Sammanfattningsvis finns ingenting som tyder på att vi går mot en utveckling där de kommunala skillnaderna ökar. Olika områden tycks beskriva olikartade förlopp och i allmänhet är det svårt att urskilja ensartade trender. Det går inte heller med visshet att fastslå att graden eller arten av statlig styrning har en självklar koppling till variationen, även om exempelvis utvecklingen på äldreomsorgsområdet antyder att sådana samband föreligger. Ett vanligt grundantagande är annars att decentralisering i termer av utökat lokalt handlingsutrymme ökar de interkommunala variationerna (Powell & Boyne 2001). Andra utgår från att det pågår en process av ökad kommunal enhetlighet/likformighet också parallellt med en försvagad statlig styrning (Petersson 2006). Inget av perspektiven har emellertid något entydigt stöd i empiriska iakttagelser i den internationella forskningen. Utvecklingen är i realiteten ytterst sammansatt och tydliga mönster svåra att identifiera. Organisatoriskt föreligger också en mängd parallella processer som innehåller såväl rörelser mot ökad likformighet (t.ex. en generellt ökad specialisering inom individ-

och familjeomsorgen) som ökad divergens (den kommunala nämndstrukturen) (Bergmark & Lundström 2005).

Flernivåstyrning och ansvar

En gång i tiden var det möjligt att betrakta det kommunala beslutsfattandet som en länk i en statlig kedja av styrning, där de viktigaste policybesluten genomgående togs på nationell nivå. Över tid har det dock skett en förskjutning av makt och ansvar nedåt och i dag fattas många viktiga beslut när det gäller välfärdstjänsternas utformning på lokal nivå. Samtidigt kvarstår de flesta frågor gällande vård och omsorg på den nationella politiska dagordningen på ett sätt som vittnar om att det kommunala självstyret alltid sker inom av staten givna ramar. Följden blir oklarhet där medborgarna inte säkert vet vem de skall utkräva ansvar av eller vända sig till när de är missnöjda med utvecklingen på olika områden (SOU 2001:79). När kvalitet och tillgänglighet utvecklas otillfredsställande kan staten hänvisa till kommunernas ansvar och kommunerna till resursproblem eller otydliga statliga direktiv.

En utveckling där ansvarsfördelningen blir otydlig kan på goda grunder uppfattas som ett demokratiskt problem och som en i huvudsak oavsiktlig bieffekt av strävan mot ökad kommunalt självstyre. En alternativ förklaring erbjuder idén om så kallad blame avoidance, vilket i detta sammanhang innebär att centralmakten frivilligt avhänder sig ansvar för områden där det finns skäl att tro att impopulära beslut kan bli nödvändiga, t.ex. i form av nedskärningar (Hooghe & Marks 2001; Pierson 2004). Omsatt i praktiken behöver detta dock inte innebära en distinkt överföring av befogenheter från en nivå till en annan. Utfallet kan lika gärna vara en mer allmän otydlighet när det gäller ansvar och vem som ytterst svarar för hur ett verksamhetsområde fungerar. Här talar man emellanåt om *institutionell fragmentering* (Pierson 1995, Leibfried & Pierson 1995). Begreppet inbegriper rent allmänt den otydlighet och splittring som uppstår när beslutsfattande på ett eller flera områden förläggs till olika nivåer, men har i praktiken framförallt kommit att beskriva vad som sker när sub-nationella aktörer fullföljer egna intressen i strid med nationella mål och därigenom utmanar nationalstatens auktoritet.

Som en bidragande faktor till denna otydlighet i ansvar har också utvecklingen av nya och allt mer komplexa nätverk av aktörer på

olika nivåer pekats ut (Flinders 2001). Det handlar om mer eller mindre institutionaliserade samarbeten som involverar också icke-offentliga aktörer av olika slag. Det sammanlagda resultatet av de komplexa nätverk som då utvecklas benämns ofta som multi-level governance eller, på svenska, flernivåstyrning (Hooghe & Marks 2001, Treibet al. 2005). Dessa innefattar såväl vertikala som horisontella relationer. I förhållande till de senare har staten aktivt underlättat utvecklingen genom att under senare år via lagstiftning sökt uppmuntra samverkan mellan kommuner, t.ex. genom att möjliggöra bildande av kommunalförbund, tillåta kommunövergripande gemensamma nämnder och styrning av tilldelning av medel från EU:s strukturfonder mot lokala aktörer i institutionaliserade partnerskap (Gossas 2006; Hedlund & Montin 2009). Fram till 2007 hade det upprättats interkommunal samverkan inom ramen för sammanlagt 89 Kommunalförbund och 69 gemensamma nämnder i Sverige även om endast ett fåtal av de senare (8 st.) involverade socialtjänsten (Rosén & Wiksell 2006). När det gäller mer informella nätverk så pekar regionala data mot att sektorn intar en väsentligt mer framskjuten position, även om det också här är andra programområden som dominerar (Hådal et al 2005). Interkommunal samverkan drivs ofta på utifrån föreställningar om effektivitetsvinster, förnyelse och möjligheter att dra till sig nya resurser (Lundquist, 1998; Gossas 2006).

En annan utgångspunkt är att rörelsen mot ökad samverkan kan förstås inom ramen för det som inom statsvetenskaplig teoribildning brukar beskrivas som en rörelse bort från en enhetlig hierarkisk styrning av offentliga verksamheten mot en mer sammansatt där flera aktörer involveras i horisontella eller vertikala nätverk (Rhodes 1997; Pierre & Peters 2005). Vanligtvis ses denna process som ett resultat av dels nationell decentralisering och dels en global trend där regioner och konglomerat av lokala enheter tilldelas en mer betydelsefull roll (Newman 2000; Jessop 2002). Samtidigt beskrivs upprättandet av samverkansstrukturer som ett led i en utveckling där den legal-byråkratiska modellens ideal ersätts av ett synsätt där den offentliga sektorns olika delar ses som inbördes beroende (Borell & Johansson 1998).

När det gäller statens roll i förhållande till de nätverk som etableras så förfogar den över i stort sett samma form av styrmedel som används i förhållande till andra sub-nationella aktörer, t.ex. kommunerna (Gossas 2006). En skillnad här är att styrningen, oavsett statens egen roll i de aktuella nätverken, av nödvändighet blir

mer indirekt. Pierre och Peters (2000, s 13) beskriver det som "...the governing state has been replaced by an enabling state that governs to a large extent by coordinating and facilitating other powerful actors in society". När staten finns representerad i ett nätverk har den en särskild roll i och med att den företräder det allmänna intresset (vilket också kommuner gör, men med lokala förtecken) och därigenom agerar med en särskild demokratisk legitimitet (Kickert et al 1999).

Privata utförare och konkurrensutsättning

Med Socialtjänstlagens tillkomst 1982 skedde en första öppning gällande icke-offentliga aktörer på socialtjänstens område. Lagtexten gav rent generellt större utrymme för nyetableringar på fältet och i förarbetena angavs att aktörer med ett enskilt huvudmannaskap skulle kunna bidra till förnyelse och metodutveckling (prop. 1979/80:1; Sallnäs 2005). Spelrummet vidgades ytterligare med 1991 års kommunallag då kommunerna gavs möjlighet att separera utförare och beställare i den kommunala organisationen och också låta vinstdrivande företag svara för utförande av tjänsterna (Gustafsson 2000). Av mer sentida lagstiftningsbeslut kan framförallt Lagen om valfrihetssystem (LOV) nämnas. Denna syftar till att underlätta för etableringen av kundvalsmodeller i omsorgen om äldre och funktionshindrade. Tre av fyra kommuner har, med stöd av stimulansbidrag, i dagsläget infört detta, men regeringen överväger trots det att införa tvingande lagstiftning (prop. 2010:11:1).

Under de senaste decennierna har vi också bevittnat en ökning av s.k. alternativa driftsformer på socialtjänsteområdet. Denna utveckling tog sin början under 1980-talet då det skedde en markant ökning av privata aktörer avseende insatser inom HVB (hem för vård och boende) för individ- och familjeomsorgens klientgrupper samt inom äldreomsorgen. Ökningen fortsatte under 1990-talet med växande andelar anställda inom icke-offentliga verksamheter samtidigt som vinstsyftande producenter tog allt större marknadsandelar (Trydegård 2000). Utvecklingen under 2000-talet har varit mer sammansatt. Inom individ- och familjeomsorgen har det privata inslaget på det hela taget varit stabilt, med undantag för öppenvårdsinsatser på barn- och ungdomsområdet där antalet anställda i vinstsyftande företag fortsatt att öka (Wiklund 2011). På äldre- och funktionshinderområdet har dock ökningen fortsatt också under

det senaste decenniet och i dagsläget har närmare var femte anställd där en privat arbetsgivare (Szebehely 2011).

I en nyligen publicerad forskarrapport konstateras att kunskapsläget när det gäller privatiseringar och konkurrensutsättning inom välfärdstjänsteområdet är svagt och att det saknas entydiga belägg för att förändringar i den riktningen främjar kvalitet eller effektivitet (Hartman 2011). Denna slutsats gäller i hög grad också socialtjänsteområdet. Studier som berör frågorna är visserligen gjorda på såväl individ- och familjeomsorgens som äldreomsorgens område, men genomgående saknar dessa den metodologiska precision som krävs för att man skall kunna tala om effekter.

I dagsläget saknas också kunskap om anbudsförfaranden, ersättningsystem och avtal med icke-offentliga producenter bör utformas för att "kvasimarknader" skall fungera på ett optimalt sätt. Avvägningar mellan pris och kvalitet är ofta svåra i "mjuka" verksamheter och i synnerhet inom en komplex sektor som individ- och familjeomsorgen där det saknas konsensus om hur vad som konstituerar hög vårdkvalitet och där det inte alltid är givet vem som skall räknas som brukare eller avnämare. Att sluta ramavtal på ett sådant område fordrar hög kompetens. När det gäller vård av äldre och funktionshindrade finns det en mer utvecklad diskussion om kvalitet och relativt väletablerade uppfattningar om vad som konstituerar struktur-, process- och resultatkvalitet (Donabedian 1966). Någon konsensus är däremot inte för handen och i de avtal som upprättas med privata utförare saknas ofta tydliga krav avseende kvalitet eller kvalitetssäkring (Riksrevisionen 2008). Vidare är kommunernas uppföljning av vårdens innehåll och kvalitet generellt sett outvecklad och många stannar vid att förlita sig på klagomål från brukarna eller på att kundvalet i sig är en garant för upprätthållen kvalitet (Winblad et al 2009; Svensson & Edebalk 2010).

För såväl individ- och familjeomsorg som inom vård för äldre och funktionshindrade har det påpekats att kundvalsmodeller har sina givna begränsningar. På det förra området handlar det om målgruppen i hög utsträckning består av underprivilegierade grupper som inte alltid efterfrågar de insatser som de är aktuella för. Valfrihetsargumentet är därför ofta mindre relevant liksom brukarnas möjlighet att på ett meningsfullt sätt använda sig av *exit* eller *voice* (Wiklund 2011). Detsamma gäller inom äldreomsorgen där enligt en studie (Svensson & Edebalk 2010) endast 4 procent av de äldre med hemtjänst i ett antal kundvalskommuner utnyttjade möjligheten att byta utförare under 2009. Ett skäl är att kontinuitet i

vården är viktigt för många äldre, ett annat att många helt enkelt saknar kunskap om möjligheten att välja en annan vårdgivare (Szebehely 2011).

Diskussion

Statens roll i förhållande till socialtjänstens verksamhet har här diskuterats med utgångspunkt från tre skilda utgångspunkter som var och en erbjuder utmaningar inför framtiden: 1) Statens roll i förhållande lokala variationer i välfärdstjänsternas kvalitet och tillgänglighet, 2) Statens roll inom ramen för de mer komplexa beslutsstrukturer som kan sammanfattas under begreppet flernivåstyrning, 3) Statens roll i förhållande till de problem och det kunskapsunderskott som finns när det gäller konkurrensutsättning och användande av privata utförare.

Problemet att göra en avvägning mellan nationellt och lokalt bestämmande av politikens utformning har varit ständigt aktuellt i den svenska debatten. Kommunal självstyrelse, dvs. kommunernas formella och reella möjligheter att fatta varierade värdefördelningsbeslut, primärt bestämda av inomkommunala behov och förutsättningar, har ställts mot begrepp som likvärdig standard och nationella intressen. Inom ramen för de regelverk och det ansvarstagande som staten formulerat för kommunerna har de senare alltid haft en viss handlingsfrihet. Med minskad detaljreglering blir gränserna för kommunernas rättigheter och skyldigheter mer diffusa och, följaktligen, spelrummet för olikartade tolkningar av sådant som vilken servicenivå som skall upprätthållas och vilka rättigheter kommuninvånarna har allt större. Detta är å ena sidan den grundläggande idén bakom decentralisering och ökat kommunalt självstyre, men å andra sidan också det som skapar konflikter i förhållande till nationella politiska mål.

Emellanåt beskrivs utvecklingen, såväl i Sverige som internationellt, i termer av en ensartad decentralisering där politiska och administrativa befogenheter förflyttas från centrala till lokala sfärer. Utvecklingen på socialtjänsteområdet erbjuder dock inget entydigt mönster härvidlag. De senaste tre decennierna innehåller händelser som såväl ökat som minskat det statliga inflytandet. Det går inte heller att med säkerhet slå fast att de kommunala variationerna generellt sett skulle ha ökat i kölvattnet på beslut av decentraliseringskaraktär. Därmed inte sagt att frågan om kommunala varia-

tioner är oviktig inför framtiden eller att staten bör ge upp tanken på att utnyttja styrinstrument i syfte att åstadkomma en nationellt likvärdig service. Dels så föreligger en betydande variation mellan kommunerna på många områden, även om den inte beskriver en trendmässig ökning. Dels så innebär statens övergripande ansvar för välfärden i landet ett ansvar för att vissa *lägstannivåer* när det gäller service eller individuella levnadsförhållanden inte underskrids. Det kan gälla sådant som möjligheter till hemtjänst eller nivån på det ekonomiska biståndet.

Argumentationen till förmån för ett tydligt statligt ansvarstagande, garanterade lägstannivåer och en någorlunda likartad tillgänglighet oberoende av kommuntillhörighet har ofta också förts med det sociala medborgarskapet som utgångspunkt (se t.ex. Johansson 2001). Den moderna välfärdsstaten förväntas erbjuda ett system av transfereringar och tjänster som sörjer för att alla medborgare har någon slags grundläggande ekonomiskt trygghet och tillgång till tjänster som t.ex. skola, sjukvård eller äldreomsorg. Både nationell likvärdighet och kommunalt självstyre kan dock betraktas som viktiga inslag i den svenska modellen och hur mycket centralstyrning som kan anses önskvärt för att tillförsäkra enskilda medborgare en viss nivå avseende service och omsorg är i grund och botten en politisk, och inte en vetenskaplig frågeställning.

En reflektion som dock är svår att undvika med anledning av de omfattande variationer som trots allt föreligger på många områden är i vilken utsträckning kommuninvånarna är informerade var i denna fördelning just deras kommun befinner sig. Eftersom lokal demokrati är ett argument som åberopas till stöd inte bara för självstyre, utan också för existensen av kommunala variationer i sig, borde information till kommuninvånarna om varje kommuns relativa position när det gäller sådant som äldreomsorg, skola eller barnomsorg vara ett givet inslag i den demokratiska processen. I dagsläget kan man på goda grunder misstänka att kunskaperna om detta är oerhört begränsade. Med detta infinner sig tvivel på i vilken utsträckning den lokala folkviljan kan åberopas av kommuner som på ett markant sätt avviker (nedåt) från genomsnittliga servicenivåer i riket. Sannolikt skulle en ökad spridning av information här kunna stärka den faktiska demokratin.

För medborgarna kan också svårigheterna att utkräva ansvar för en service öka när ambitionsnivån sätts på statlig nivå men produktionen handhas av kommuner med ett relativt stort spelrum. I takt med att nationalstatens primat utmanas av såväl ökat lokalt inflyt-

ande som förflyttning av makt till supranationella organ har frågan om förutsättningarna för välfärdspolitikens inriktning fått en delvis annan innebörd än tidigare. De nätverk och samarbeten som växer fram bidrar till att nya institutionella mönster etableras och i många fall är det svårt för utomstående att identifiera dessa formationer och vilken typ av inflytande de utövar.

Frågan om hur ansvar och ansvarsutkrävande utvecklas i kölvattnet på en ökad maktspridning behandlas också i Ansvarskommitténs slutbetänkande (SOU 2007:10). Flernivåstyrning beskrivs där "...försvåra medborgarnas förståelse av hur ansvar för välfärdstjänster och andra offentliga insatser är fördelade mellan stat, kommuner och landsting" (s. 82). Som motåtgärd förordas en mer enhetlig uppgiftsfördelning mellan olika aktörer, samtidigt som all offentlig maktutövning, i enhetlighet med Sveriges enhetsstatliga tradition, ska utgå från den centrala politiska nivån och att sub-nationella aktörer ska grunda sin verksamhet på nationella beslut. Staten bör enligt kommittén primärt styra genom normering, kunskapsstyrning och uppföljning och Länsstyrelserna göras till mer tydliga företrädare för staten, men på det hela taget saknas skarpa förslag om hur ansvarsfördelningen kan göras tydligare. Kunskapsstyrningen förväntas också främja likvärdighet mellan olika lokala enheter, men hur detta skall gå till utvecklas inte heller (a.a. s. 123).

Statens framtida roll har också diskuterats utifrån begreppet *statlig nätverksstyrning*. Med det avses en hierarkisk styrning av villkoren och spelplanen för hur nätverken skall formera sig och agera. Det inbegriper lagstiftning, ekonomiska incitament, målformuleringar och olika former av normering. Nätverksstyrningen bygger dock ytterst på en idé där "den starka staten" träder tillbaka och där central planering och detaljreglering ersätts av mer eller mindre självstyrande nätverk och lokalstyren. Anhängare till en sådan utveckling ser den gärna som en pågående och tillika irreversibel process, men ser vi till faktiska skeenden så är detta sannolikt en överskattning av dess kraft. För många sektorer, t.ex. socialtjänsten, är institutionaliserade nätverk med självständig handlingskraft än så länge en mer marginell företeelse. Den oklarhet som finns när det gäller ansvar har där i regel andra förtecken.

I den ovan refererade rapporten "Konkurrensens konsekvenser" är en sammanfattande slutsats att det saknas empiriskt stöd för att konkurrensutsättning och privatisering främjar kvalitet eller effektivitet på välfärdsområdet (Hartman 2011). Skälet är på de allra flesta områden att kunskapsunderlaget är svagt och det finns därför ingen-

ting som heller motsäger positiva effekter. Vidare saknas kunskap om vad kundvalsmodeller betyder ur ett fördelningsperspektiv – bl.a. i vilken utsträckning det är jämförelsevis starkare grupper som kan dra nytta av det inom exempelvis äldrevården. Kunskapsluckorna kan hänföras till otillräcklig statistiskföring, brist på lokala utvärderingar och uppföljning samt avsaknad av kvalificerad forskning med specifik inriktning mot det aktuella området.

Det är inte orimligt att hålla såväl stat som kommuner ansvariga för att kunskapsunderlaget är underutvecklat. I en genomgång av äldrevården menar Riksrevisionen att detta beror på att man i allt för hög grad beror på att man förlitat sig på att utförarna agerat utifrån goda intentioner och man inte på någon nivå – vare sig den statliga eller kommunala – tagit ansvar för att formulera krav som syftar till att säkerställa kvalitet i vården (Riksrevisionen 2008).

Statlig reglering av olika verksamhetsområden kan utgöra ett medel för att säkerställa kvalitet och för att förhindra att oseriösa aktörer etablerar sig. Ett sätt att genomföra en sådan reglering är att formulera kvalitets- eller bedömningskriterier som används vid tillståndsgivning av olika verksamheter. Sådana används redan i dag när det gäller HVB för barn och unga. Här har man kunnat konstatera att enskilda utförare uppfyller kriterierna i högre omfattning än offentliga (samtidigt som personalen på de enskilda enheterna har en lägre utbildningsnivå), vilket sannolikt beror på att de varit granskade av länsstyrelserna utifrån dessa kriterier i samband med att de sökt tillstånd för. Samtidigt reser många forskare frågan om i hur hög grad kriterier av detta slag verkligen fångar centrala kvalitetsaspekter. Tillväxten av statliga tillsynsfunktioner av olika slag har varit omfattande i många länder, men det finns en betydande osäkerhet om vad de tillför. Vissa menar att systemet med på förhand formulerade kriterier som stäms av med innehållet i verksamheterna vid tillståndsgivning eller återkommande kontroller riskerar att leda till ett slags ytanpassning, där utförare primärt fokuserar på att motsvara formella kriterier och bortser från individuella klientmål (Burton & van den Broek 2009). Risken för detta kan vara särskilt stor för ett i många avseenden komplext verksamhetsområde som socialtjänsten, där det ofta saknas konsensus kring vad som konstituerar en god vårdmiljö och behoven hos mottagarna av insatserna är mycket varierande (Wiklund 2011).

Inför framtiden

En allmänt utbredd uppfattning är att staten bör söka sig bort från direkt styrning i riktning mot mer indirekta styrformer. Kunskapsstyrning är där en av de mest förordade och har då förslagits som en väg att uppnå såväl större lokal enhetlighet som tydligare ansvarsfördelning. Problemet här är dock att kunskapsstyrningen i ett större perspektiv framstår som ineffektiv och osäker i egenskap av just *styrinstrument*. Den mängd kunskapsluckor som föreligger på olika håll innebär å andra sidan att mycket talar för att staten har en mycket viktig roll framgent för att relevant och användbar kunskap produceras och tillgängliggörs. Utvecklingen på många centrala områden sker i dag på ett mycket bräckligt kunskapsunderlag och ansvaret för att förändra detta kan, vilket historien så här långt visar, inte helt överlämnas till de lokala nivåerna. Med detta inte sagt att kunskaperna skall produceras på central nivå. Statens roll bör vara att peka ut vilken typ av kunskapsproduktion som är önskvärd och sedan på olika sätt – i första hand finansiellt – bidra till att den kommer till stånd. Det kan handla om allt från att utlysa öronmärkta medel för forskning via forskningsråden till stöd för lokala system för uppföljning och utvärdering.

På vissa områden framstår en utveckling av kunskapsbasen som särskilt angelägna. Särskilt gäller det konkurrensutsättning och privatisering inom individ- och familjeomsorg och äldreomsorg, där det inte bara saknas kunskaper om vilka konsekvenser utvecklingen har haft utan också vilka betingelser som kan få sådant som upphandling, ackreditering och kvalitetsuppföljning att fungera på ett sätt som är till gagn för brukarna. Återkommande exempel på att systemen så här långt inte har fungerat har vi kunnat se inom bl.a. äldreomsorgen där kortsiktiga vinstmotiv helt uppenbart kolliderat – och tillåtits kollidera – med grundläggande kvalitetshänsyn. Kvasi-marknader är inte självreglerande och kommunerna tycks själva sakna den kraft eller kompetens som behövs för ett kvalitativt språng. Här behövs ett bredare grepp och satsningar på att ta fram kunskap som belyser alla led i vårdgivningsprocessen.

När det gäller frågan om hur staten skall agera i förhållande till kommunala variationer eller underskridna lägstanivåer så finns det ingen anledning att låsa sig vid en enda styrform. Med detta sagt att lagstiftning också framgent bör vara ett instrument, i synnerhet på områden där andra – mjukare – styrformer inte förefaller fungera. Normering, riktlinjer och uppföljning bör också utnyttjas, inte

minst mot bakgrund av att också lagreglering har sina begränsningar på ett så sammansatt område som Socialtjänsten.

För att styrningen skall fungera och för att det tydligt skall framgå var ansvaret för omsorgsinsatserna ligger bör dock statliga mål på socialtjänsteområdet i högre grad än i dag göras tydliga och operationaliserbara. Det inbegriper också en strategi för hur staten tänker agera i de fall den kommunala verkställigheten inte är tillfyllest. På de områden där staten med hänvisning till det kommunala självstyret avstår från alla slags korrektiv bör detta göras tydligt. Kommunernas yttersta ansvar blir därmed tydligare artikulert och av demokratiskäl bör då vård- och omsorgsinsatsernas tillgänglighet i enskilda kommuner i högre utsträckning än i dag göras tillgängliga för kommuninvånarna på ett sätt som gör det möjligt för dem att ta ställning.

Referenser

- Bergmark, A., Bergmark, Å. & Lundström, T. (2011). *Evidensbaserat socialt arbete. Teori, kritik, praktik*. Stockholm, Natur & Kultur.
- Bergmark, Å. (2001). "Den lokala välfärdsstaten? Decentraliserings-trender under 1990-talet." In Szebehely, M. (red.) *Välfärdstjänster i omvandling*, SOU 2001:52, Stockholm, Fritzes.
- Bergmark, Å. & Lundström, T. (2005) En sak i taget? Om specialisering inom socialtjänstens individ- och familjeomsorg. *Socialvetenskaplig tidskrift*, 12, 2005 125–148.
- Bergmark, Å. & Minas, R. (2007). Decentraliserad välfärd eller medborgerliga rättigheter? Om omfördelning av makt och ansvar mellan stat och kommun. *Socialvetenskaplig Tidskrift*, 14, 220–241.
- Bergmark, Å. & P. Sandgren (1998). *Socialbidragskostnadernas bestämningsfaktorer – en analys av kommunala variationer*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Borell, K. & Johansson, R. (1998). Den nätverksbaserade förvaltningsmodellen – exemplet Ädel. I Lindqvist, R. (red) *Organisation och välfärdsstat*. Lund: Studentlitteratur.
- Burton, J. och D. van den Broek (2009), »Accountable and Countable: Information Management Systems and the Bureaucratization of Social Work«, *British Journal of Social Work*, 39, 1326–1342.
- Donabedian, A. (1966), Evaluating the quality of medical care, *Milbank Memorial Quarterly*, 44, 166–206.
- Flinders, M. (2001). *The Politics of Accountability in the Modern State*. London, Ashgate.
- Gossas, M. (2006) *Kommunal samverkan och statlig nätverksstyrning*. Akademisk avhandling. Stockholm: Institutet för Framtidsstudier.
- Gustafsson, R. Å. (2000), *Välfärdstjänstearbetet. Dragkampen mellan offentligt och privat i ett historie-sociologiskt perspektiv*. Göteborg: Daidalos.
- Hansen J. I. (1997). The Scandinavian Model as seen from a local perspective, I Sipilä J. (red): *Social Care Services: The key to the Scandinavian Welfare Model*. Aldershot: Avebury.

- Hartman, L. (red.) (2011). *Konkurrensens konsekvenser. Vad händer med svensk välfärd?* Stockholm, SNS förlag.
- Hedlund, G. & Montin, S. (2009). *Governance på svenska*. Stockholm, Santérus Förlag.
- Hooghe, L. & Marks, G. (2001). *Multi-level governance and European integration*. Lanham, Md.: Rowman & Littlefield.
- Hådal, L., Kastensson, M. & Rosander, M. (2005). *Kommunala samverkansmönster. En kartläggning av interkommunal samverkan i Östgötaregionen*. Linköpings universitet, Centrum för kommunstrategiska studier.
- Jessop, B. (2002). *The Future of the Capitalist State*. Cambridge, Polity Press.
- Johansson, L. (1982). *Kommunal Servicevariation*. Rapport från Kommunaldemokratiska kommittén, 11. Stockholm: Liber/Allmänna Förlaget.
- Johansson, L. (1983). Kommunal Servicevariation, i Strömberg, L. & Westerståhl, J. (red), *De nya kommunerna. En sammanfattning av den kommunaldemokratiska forskningsgruppens undersökningar*. Stockholm: Liber.
- John, P. (2004). *Local Governance in Western Europe*. London: Sage.
- Kettl, D. (1983). *The Regulation of American Federalism*, Baton Rouge and London: Louisiana State University Press.
- Kickert, W, Klijn, E. & Koppenjan, J. (1999). *Managing Complex Networks. Strategies for the Public Sector*. London, SAGE.
- Leibfried, S. & Pierson, P. (1995). *European social policy: between fragmentation and integration*. Washington, D.C.: Brookings Institution
- Lundin, M. & Skedinger, P. (2000). *Decentraliserad arbetsmarknadspolitik – effekter av ett ökat kommunalt inflytande i arbetsförmedlingsnämnderna*. Uppsala: Institutet för arbetsmarknadspolitisk utvärdering (IFAU).
- Lundström, T. (2000). "Barnomhändertaganden: en analys av kommunala variationer", *Socialvetenskaplig tidskrift*, 6: 220–232.
- Newman, P. (2000). Changing patterns of regional governance in EU. *Urban Studies*, 37, 895–908.

- Petersson, J. (2006). *Prioriteringar och processer inom socialtjänsten*. Malmö, Bokbox Förlag.
- Pierre, J. & Peters. G.B. (2000). *Governance, Politics and the State*. Basingstoke, MacMillan Press.
- Pierson, P. (2004). *Politics in time: history, institutions and social analysis*. Princeton, Princeton University Press.
- Pierson, P. (1995). Fragmented Welfare States: Federal Institutions and the Development of Social Policy, in *Governance*, 8, 449–478.
- Pollitt, C. (2005). Decentralization: a central concept in contemporary public management in Ferlie, E, Lynn, L, and Pollitt, C (eds). *The Oxford Handbook of Public Management*, Oxford, Oxford University Press.
- Powell, M.& Boyne, G. (2001). The spatial strategy of equality and the spatial division of welfare, *Social Policy & Administration*, 35, 181–194
- Premfors, R. (1996). *Reshaping the Democratic State: Swedish Experiences in a Comparative Perspective*. Stockholm, SCORE.
- Prop. 1979/80:1. *Om socialtjänsten*.
- Prop. 1991/92:150. *Förslag till slutlig reglering av statsbudgeten för budgetåret 1992/93*.
- Prop. 2010/11:1 *Utgiftsområde 9 Förslag till statsbudget för 2011. Hälsovård, sjukvård och social omsorg*.
- Rauch, D. (2005). *Institutional Fragmentation and Social Service Variations*. Diss. Umeå University, Department of Sociology.
- Rauch, D. (2008). Central versus local service regulation: accounting for diverging old-age care developments in Sweden and Denmark, 1980–2000. *Social Policy & Administration*, 42, 267–287.
- Rhodes, R. (1997). *Understanding governance: Policy networks, governance, reflexivity, and accountability*. Buckingham: Open University Press.
- Riksrevisionen (2008), *Statens styrning av kvalitet i privat äldreomsorg*. RiR 2008:21.

- Sallnäs, M. (2005), »Vårdmarknad med svårigheter– om privata aktörer inom institutionsvården för barn och ungdomar«, *Socialvetenskaplig tidskrift* 2–3, s. 226–243.
- Skolverket (1996). *Varför kostar elever olika? En analys av skillnader i kommunernas kostnader för grundskolan*. Stockholm: Liber.
- SOU 2001:79. *Välfärdsbokslut för 1990-talet*. Stockholm, Fritzes.
- SOU 2008:18. *Evidensbaserad praktik inom socialtjänsten – till nytta för brukaren*. Stockholm, Fritzes.
- SOU 2007:10. *Hållbar samhällsorganisation med utvecklingskraft*. Stockholm, Fritzes.
- Socialdepartementet (2010) *Institutet för uppföljning och utvärdering inom hälso- och sjukvård och socialtjänst. Förslag till uppdrag och plattform*. Ds 2010:3.
- Socialstyrelsen (2009). *Vårdöverenskommelsen – stimulansmedel till bättre vård och behandling av personer med tungt missbruk*. Stockholm, Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen (2010a). *Redovisning av 2007–2009 års stimulansmedel – riktade till vård och omsorg om äldre personer*. Stockholm, Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen (2010b). *Stimulansbidrag LOV – Slutrapport*. Stockholm, Socialstyrelsen.
- Statskontoret (2003). *Statsbidragen till kommuner och landsting. En kartläggning och analys*. Rapport 2003:5. Stockholm: Statskontoret.
- Stjernquist, N. & H. Magnusson (1988). *Den kommunala självstyrelsen, jämlikheten och variationen mellan kommunerna*. Stockholm, Civildepartementet.
- Svensson, M. och P. G. Edebalk (2010), *Kundval i äldreomsorgen – Stärks brukarens ställning i ett valfritetsystem?* Stockholm: Sveriges Kommuner och Landsting.
- Szebehely, M. (2000). *Äldreomsorg i förändring – knappare resurser och nya organisationsformer*. SOU 2000:38, *Välfärd, vård och omsorg*.

- Szebehely, M. (2011). Insatser för äldre och funktionshindrade i privat regi, i Hartman, L. (red.) *Konkurrensens konsekvenser. Vad händer med svensk välfärd?* Stockholm, SNS förlag.
- Trydegård, G.-B. (2000). *Tradition, change and variation. Past and present trends in public old-age care*. Stockholm University: Department of Social Work.
- Trydegård, G.-B. & Thorslund, M. (2010). One Uniform Welfare State or a Multitude of Welfare Municipalities? The Evolution of Local Variation in Swedish Elder Care. *Social Policy & Administration*, 44, 495–511.
- Wiklund, S. (2011). Individ- och familjeomsorgens välfärdstjänster, i Hartman, L. (red.) *Konkurrensens konsekvenser. Vad händer med svensk välfärd?* Stockholm, SNS förlag.
- Winblad U., C. Andersson och D. Isaksson (2009), *Kundval i hemtjänsten – Erfarenheter av information och uppföljning*. Stockholm: Sveriges Kommuner och Landsting.

Den mångfaldiga styrningen i hälso- och sjukvården: Några viktiga orsaker till mångfaldighet och vad det innebär för de statliga myndigheternas roll

Professor Claes-Fredrik Helgesson,

Tema Teknik och Social förändring, Linköpings universitet

Styrningens villkor inom hälso- och sjukvården

Hälso- och sjukvården präglas av en mångfaldig styrning. Med det menas att konkreta vårdverksamheter mottar en mängd styrsignaler från en flera olika källor. Den hierarkiska styrningen inom en organisation såsom ett landsting utgör bara en liten av alla styrsignaler som berör en enskild verksamhet inom hälso- och sjukvården. Till den traditionella hierarkiska styrningen kan läggas styrning från myndigheter såsom behandlingsriktlinjer utgivna av Socialstyrelsen, läkemedelsgodkännanden utfärdade av Läkemedelsverket, och subventionsbeslut tagna av Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket (TLV). Vidare förekommer både tvingande regler och mjukare riktlinjer rörande vad olika professioner kan och bör ägna sig åt. De hierarkiska styrsignalerna inom en organisation kan, till sist, i sig vara mångfacetterade och omfatta arbetets fördelning mellan olika enheter, avtal till en beställarenhet inom samma organisation, resultatkrav från en ägare (som vid landstingsdriven verksamhet juridiskt är densamma som beställaren) och lokala vårdprogram.

Syftet med detta underlag är att ge ett underlag för diskussion om vilken roll statliga myndigheter kan ha *givet* ett perspektiv som

lyfter fram och ger en förklaring till varför hälso- och sjukvården präglas av en mångfaldig styrning.

Först utvecklas och exemplifieras den inledande diskussionen om den mångfaldiga styrningen som fenomen. Därefter ges ett förslag två grundläggande orsaker som var och en bidrar till att sjukvården präglas av just denna mångfaldiga styrning. Avsnittet därefter ger ett förslag på några konsekvenser som den mångfaldiga styrningen har för de som har att bedriva konkret verksamhet inom hälso- och sjukvården. Detta PM avslutas med ett resonemang om vad detta innebär för vilka roller och självuppfattningar som statliga myndigheter bör inta.

Den mångfaldiga styrningen exemplifierad

Vad som menas med den mångfaldiga styrningen kan förmodligen bäst beskrivas genom ett tänkt exempel, även som varje sådant exempel inte kan ge full rättvisa åt den komplexitet som avses med uttrycket. Betänk en enkel vardagssituation såsom den där en läkare på en vårdcentral står i begrepp att för första gången skriva ett recept på ett blodfettsänkande läkemedel för en av sina patienter. Vilka regler, riktlinjer och standarder är i princip tillämpliga i en sådan situation? Vilken styrning kan med andra ord i någon mening ses som försök att påverka hur situationer såsom denna förlöper? Med lite inlevelse blir listan snabbt lång och varierad: Regler om behörighet att förskriva läkemedel samsas med Socialstyrelsens riktlinjer, det aktuella landstingens läkemedelslista med rekommenderade läkemedel och primärvårdens resultatansvar, osv. Det är kort sagt många styrsignaler med olika avsändare och bredd som den vårdprofessionelle har att hantera även i en såpass enkel situation som denna.

Det händer, rätt ofta menar jag, att olika former av styrning pekar åt olika håll. Med det menar jag att den mångfaldiga styrningen ofta kan innehålla ett mått av *motstridighet*. I det ovan givna exemplet kan exempelvis ett läkemedelspris vara en viktig aspekt i diskussioner om en lokal läkemedelsbudget, medan priset vägs mot nyttoeffekter på ett annat sätt när nationella riktlinjer och subventionsbeslut formuleras. I en annan situation kan betydelsen av patientinflytande komma i konflikt med skyldigheten att ge god vård.

Är motstridigheter mellan olika former av styrning något som kan, eller åtminstone borde, gallras bort? Rak och tydlig ledning och styrning framhålls ofta som honnörsord på samma sätt som styrning med ”dubbla budskap” ses som problematisk. Det är också lätt att föreställa sig hur en snårskog av styrning lätt blir till förfång för den verksamhet som är utsatt för den. Det gäller särskilt om verksamheten drivs av en blind ambition att vara följsam till all styrning. Förekomsten av en mångfaldig och motstridig styrning har svårt att framstå som ett uttryck för en alltigenom ideal situation. Jag hävdar dock att dess motsats inte är ett möjligt eller ens ett fullt ut eftersträvanvärt ideal.

Jag vill lyfta fram två företeelser som bidrar till att göra styrningen mångfaldig och som dessutom kan orsaka motstridigheter mellan olika försök till styrning. Den första företeelsen har att göra med kunskapsbildningens natur, det vill säga hur kunskap bildas och sprids inom hälso- och sjukvården. Den andra har att göra med de många värden som hälso- och sjukvården helt legitimt har att beakta. Dessa två företeelser är vidare av sådan grundläggande natur att det är svårt att se hur det i praktiken skulle vara möjligt att eliminera deras bidrag till att styrning blir mångfaldig. De är med andra ord båda av en sådan karaktär att de är något som hälso- och sjukvårdens organisationer har att leva med snarare än något som går att organisera bort.

Kunskapsbildningens natur

Kunskap har en omvittnat central roll inom hälso- och sjukvården. Det syns inte minst i den betydelse som evidens och kunskapsstyrning ofta ges i diskussioner om hur hälso- och sjukvården ska styras. De konkreta vårdnära aktiviteterna inom hälso- och sjukvården är också på många sätt kunskapsintensiva. (Denna kunskapsintensitet kan illustreras av den mängd kunskap, såväl generell som patientspecifik, som är aktuell att beakta i situationer som den i det ovan skisserade exemplet där en läkare står i begrepp att förskriva ett läkemedel.)

Det finns emellertid några aspekter rörande kunskap och kunskapsbildning som ibland glöms bort i diskussioner om styrning med kunskap. Dessa aspekter kan sammanfattas i tre breda observationer: 1) kunskap är ofta föränderlig, 2) det är inte alltid lätt att veta om den är tillämplig i en enskild situation och 3) kunskap är

inte alltid entydig. (För en mer extensiv, men tillgänglig version av denna diskussion hänvisas till: Fernler m.fl. 2008)

Kunskapsläget förändras ständigt. Det gäller inte minst många av de fält som har betydelse för hälso- och sjukvården. Betydande resurser investeras i forskning som kan ge resultat av betydelse för hälso- och sjukvårdens verksamhet. Ny kunskap kan komma i former av nya rön om biologiska mekanismer, nya belägg för värdet av en viss behandling i vissa situationer, eller, för all del, resultat som ger en grund för att ifrågasätta ett kunskapsläge som länge ansetts vara stabilt. Kort sagt: Vad som anses vara kunskap förändras med tiden. Ytterligare ett sätt att uttrycka detta är att evidensläget är föränderligt. En viktig konsekvens av detta är att den kunskapsbas som är tillgänglig för utformning av olika typer av styrning inte är helt igenom stabil.

Även välgrundad kunskap är inte alltid tillämpbar eller betydelsefull för en konkret situation. Ett väl känt villkor för vetenskaplig kunskapsproduktion är att den i regel sker genom etablerade former av metodiskt arbete. Inom medicinen är ett vedertaget metodologiskt grepp att försöka kontrollera stora delar av en försökssituation för att säkerställa orsaken till en avläst effekt. (Regler för vilka patienter som ska ingå i en prövning är ett exempel på en sådan ansträngning och randomisering är en annan metod som ska eliminera att oönskade faktorer påverkar den effekt som ses studeras.) En välbekant baksida av ett sådant tillvägagångssätt är att det kan vara svårt att säkerställa räckvidden för den resulterande kunskapen. Det kan med andra ord vara svårt att veta hur, och i vilken mån, ett givet resultat även är giltigt för situationer som inte i allt liknar försökssituationen. (Detta kallas ibland frågan om den externa validiteten för en studie.)

I vilken mån någon form av kunskap om exempelvis effekterna av en intervention är tillämplig i andra situationer är ofta en central fråga. Detta är inte heller något som i sig löses av en aldrig så kontrollerad försökssituation (snarare tvärt om!). Det kan här också vara värt att påminna sig om att statistisk signifikans i en vetenskapligt upplagd studie inte är ett mått på vare sig att studiens resultat är betydelsefullt eller att resultatet är tillämpligt utanför försökssituationen. Frågorna om huruvida kunskap är betydelsefull och tillämpbar i en konkret situation är i stället viktiga bedömningsfrågor. Dessa bedömningar har då inte bara att beakta huruvida kunskapsproduktionen är väl genomförd. En sådan

bedömning har också att beakta huruvida kunskapen är tillämplig och betydelsefull *för den aktuella situationen*.

Kunskap utvecklas i olika vetenskapliga fält med olika regler och normer för vad som ska anses vara god metod osv. Vetenskapshistorikern Thomas Kuhn tillägnade sig på 1960-talet begreppet paradig för att beskriva hur den vetenskapliga utvecklingen föreföll innehålla en avlösning av sinsemellan oförenliga vetenskapliga paradig (Kuhn 1962). Det som var vedertagen kunskap, metod, osv inom ett paradig saknade relevans i ett efterföljande dito. Paradigmbegreppet fokuserar på hur ett vetenskapsfält inkluderar ett kunskapssystem som ger stöd för ett specifikt sätt att se på och utforska verkligheten. Det har sedan Kuhn av många observerats hur forskningsfält alltmer specialiseras och till och med fragmenteras.

Det är i dag inte vågat att påstå att dagens vetenskapssamfund samlar en mängd, sinsemellan oförenliga, paradig. Det går även att identifiera sådana motstridigheter mellan olika paradig *inom* medicinen. Kort sagt, vetenskapligt grundad kunskap från olika fält är inte sinsemellan fullständigt förenliga. (Skillnader mellan hur olika delar av psykologin och psykiatrin betraktar vissa sjukdomstillstånd utgör tydliga exempel på detta förhållande.) Det går att på en filosofisk nivå tvista om huruvida denna mångfald är principiellt nödvändig eller ej, men det skulle leda för långt att föra den här. För denna framställning räcker det med att konstatera att vetenskapssamfundet även i för sjukvården relevanta discipliner i praktiken är mång-paradigmatisk och lär så förbli.

Dessa tre grundläggande observationer om kunskap och kunskapsbildning har betydande konsekvenser för styrning inom hälso- och sjukvården. De innebär, för det första, att kunskap inte alltid kan utgöra en entydig och stabil grund för styrning. De innebär också att det inte är förvånande om en enskild hälso- och sjukvårdsverksamhet kan utsättas för flera, till och med motstridiga, försök till styrning som har det gemensamt att de grundas i vetenskaplig kunskap. Det innebär, till sist, att hälso- och sjukvårdsverksamhet ofta har goda skäl för att ställa sig frågan i vilken mån någon form kunskapsbaserad styrning grundas på kunskap som är tillämplig i det enskilda fall som ligger för handen.

För att sammanfatta detta avsnitt: Det finns flera skäl till varför kunskap och kunskapsbildningens natur bidrar till att hälso- och sjukvården präglas av en mångfaldig styrning.

En värld präglad av många, ibland svårförenliga, värden

Hälso- och sjukvården har att förhålla sig till flera, ibland svårförenliga, värden. Det föreskrivs exempelvis i lagstiftning att behovssolidaritet är ett viktigt värde att värna inom hälso- och sjukvården, liksom att resurser ska användas där de kan ha hälso-effekter. Detta leder till situationer där sinsemellan oförenliga värden kan komma att stå emot varandra. Vi får olösliga så kallade mål-konflikter. Flera, var och en goda, ting går i sådana situationer inte att samtidigt fullt ut prioritera. För att ta ett drastiskt exempel: En reform där samtliga resurser i sjukvården började fördelas för att få maximal sammanlagd hälsoeffekt i samhället skulle stå i kraftig strid mot principerna om behovssolidaritet och alla människors lika värde. (Kostnadsnyttokalkyler, som i regel inte tar hänsyn till fördelningseffekter, "ser" och synliggör vissa värden, men är blinda för andra som därmed osynliggörs.)

Behovet av att samtidigt värna flera sinsemellan svårförenliga värden är kännetecknande för många olika delar av hälso- och sjukvården. Detta känns med säkerhet igen av såväl en verksamhetschef på en sjukvårdsklinik som en tjänsteman på läkemedelsverket eller för all del någon som arbetar på ett läkemedelsbolag. Förmodligen är behovet av sådan värdebalansering dock som mest accentuerad för de som är nära den konkreta hälso- och sjukvårdsverksamheten. Det är ofta i konkreta situationer kring enskilda fall som utmaningen att samtidigt värna flera svårförenliga värden ställs på sin yttersta spets. En situation som kan illustrera detta är den där förskrivning av antibiotika är aktuell. Där kan värden såsom patientens välbefinnande inflytande över behandlingsval kan komma att stå emot värdet av att inte öka antibiotikaresistensen. (Om värdet av att inte öka antibiotikaresistensen vore det entydigt övergripande målet, så vore det ju rimligt att all relevant styrning verkade mot detta mål genom sådant som riktlinjer som avråder från antibiotikaanvändning, att all antibiotika avförs från läkemedelssubventionen, att straffavgifter införs för de som alltjämt skriver ut recept på antibiotika osv.)

Det förekommer ofta försök till styrning som har ambitionen att balansera flera svårförenliga värden. Detta är fullt naturligt och rimligt, men kan också leda till tanken att det skulle vara möjligt att styra vårdens vardag genom en balanserad incitamentsstruktur som fullt har tagit hänsyn till och balanserar alla de värdekonflikter som hälso- och sjukvården har att hantera. Sådana föreställningar lever

dock förmodligen bäst i idévärldens tunnare luft eftersom ingen värdebalansering ”på distans” fullt ut kan bistå med en situationsanpassad balansering av de olika värden som hälso- och sjukvårdens praktik har att förhålla sig till.

Den mångfaldiga styrningen har således inte bara sin grund i att kunskapsläget inte alltid är stabilt eller förenlig. Den mångfaldiga styrningen har också en grund i att hälso- och sjukvården är en verksamhet som ofta behöver ta hänsyn till flera sinsemellan svår-förenliga värden.

En omfattande och mångfaldig styrning förutsätter autonomi

Det är vid det här laget välbekant att generella principer ”översätts” och situationanpassas om de ska ha något genomslag i en konkret verksamhet (se Czarniawska och Sevón, 1996). När antalet försök till styrning ökar, ökar därmed kraven på översättning och balansering av dessa liksom frågorna om tillämpbarhet i det enskilda fallet. Det är därför knappast förvånande att det finns ymnigt med vittnesmål om att det är krävande att verka och leda inom hälso- och sjukvården. Det finns också de som hävdar att den tilltagande tilliten till styrning med regler och ekonomiska incitament förbiser betydelsen av en praktiskt grundad klokskap som bland annat har att just hantera olika former av styrning (se Schwartz och Sharpe 2010).

Handling verkar dock i praktiken vara möjlig. All den mångfald av styrning som verksamheten är föremål för kan få det att framstå som om det i princip är omöjligt att agera inom hälso- och sjukvården. Samtidigt kan vi se hur det varje dag fattas oändliga mängder med beslut som vart och ett i praktiken innebär en avvägning mellan flera, ibland motstridiga, styrsignaler och värden. Det pekar på att förekomsten av en mångfaldig styrning förutsätter att självständiga och professionellt grundade bedömningar och avvägningar görs i hur styrningen ska uttolkas och tillämpas i enskilda situationer. När det inte finns någon entydig övergripande princip som kan trumfa alla andra, så måste den situationsanpassade professionella bedömningen utgöra den medlande mekanism som hanterar olika, och ibland oförenliga, försök till styrning. Det gör också att vi kan förvänta oss att det inom hälso- och sjukvårdsverksamhet

kan fattas många välgrundade beslut som inte desto mindre otvetydigt står i strid mot vissa försök till styrning.

Det finns de bedömare som hävdar att den ökade styrningen i sjukvården, och inte minst den tilltagande betydelsen av medicinska riktlinjer, leder till en avprofessionalisering av de medicinska professionerna. Andra menar att det inte är så enkelt (för en diskussion se, t.ex. Timmermans och Berg, s 114). Min hållning är här emellertid inte primärt deskriptiv utan preskriptiv; en ökad styrning leder till ett ökat behov av en lokal förmåga att hantera styrning. I detta ligger en starkt förmåga hos medarbetare inom olika medicinska professioner i en verksamhet att omdömesgillt och tillsammans hantera olika former av styrning.

En konsekvens av ovanstående är den till synes motsägelsefulla observationen att en ökad mängd styrning förutsätter ett ökat behov av autonomi hos de verksamheter som ska styras. Detta behövs därför att en ökad mängd styrning i regel leder till ett ökat behov av fler situationsanpassade avvägningar och bedömningar. När styrningen ökar och blir mer motstridig förutsätter den en ökad självständig förmåga hos den verksamhet som ska styras.

Implikationer för de statliga myndigheternas roll

Vad innebär ovanstående för de olika statliga myndigheternas roller inom hälso- och sjukvården? Ett sätt att se på den mångfaldiga styrningen är att se den som just ett uttryck för att det finns flera sinsemellan svårförenliga värden som inte desto mindre samtidigt måste beaktas. Styrning som utgår från myndigheter och andra aktörer, såsom exempelvis professionella organisationer, framstår med ett sådant synsätt som till en del bärare av delvis olika värden.

Om vi accepterar ovanstående framstår inte frågor om myndigheternas roller och ansvarsområden som något som enbart kan förstås som grundad i en enkel arbetsdelning. Det är inte heller rimligt att i en framtida omorganisation tänka i termer av att all styrning skulle kunna samordnas i en enda myndighet eller fördelas enligt någon annan princip som skulle kunna göra den statliga styrningen på området helt igenom samordnad. Om vi accepterar ovanstående redovisade orsaker till den mångfaldiga styrningen så ligger det närmast i sakens natur att det i praktiken blir svårt att på myndighetsnivå samordna all styrning till en enda entydig styrsignal.

Förekomsten av flera myndigheter som var och en är inbegripna i styrning av hälso- och sjukvården skapar inte bara samordningsproblem. Det möjliggör också att flera olika värden samtidigt värnas och att flera olika kunskapsunderlag tas fram och användas. Det som ibland kan framstå som en bristande samordning mellan olika myndigheter kan därför i stället ses som ett uttryck för att flera värden behöver värnas samtidigt som de inte är alltigenom förenliga. Detta resonemang leder inte till att all form av bristande samordning av den statliga styrningen ska ses som något av godo. Det betyder däremot att diskussioner om hur den statliga myndighetsstrukturen kan förenklas och samordnas bör ge akt på de fall där det finns goda skäl att bibehålla en flerfaldighet i styrningen.

Hur är det då möjligt att särskilja när en mångfaldighet i den statliga styrningen har en legitim grund och när den primärt är till förfång för hälso- och sjukvårdens utveckling? En framkomlig väg skulle kunna vara att ställa några analytiska frågor rörande varje par av mångfald i den statliga styrningen:

1. I vilken mån har dessa två uttryck för styrning sin huvudsakliga grund i att de båda vilar på olika, men helt legitima, kunskapsunderlag som var och en har ett betydande värde för sjukvårdens praktik? Är det möjligt att på statlig nivå förena dessa två former av styrning utan att deras respektive betydelse för sjukvårdens praktik går förlorade? Är olikheterna i kunskapsunderlagen av en sådan art att det är de verksamma i vårdens vardag som är bäst skickade att bedöma deras respektive tillämplighet i enskilda situationer?
2. I vilken mån har dessa två uttryck för styrning sin huvudsakliga grund i att de värnar olika legitima värden som hälso- och sjukvårdens praktik samtidigt måste värna? Är det möjligt att på statlig nivå förena dessa två former av styrning utan att det allvarligt minskar förmågan hos de som är verksamma i vårdens vardag att göra situationsanpassade balanseringar mellan dessa värden?

Poängen med frågor av ovanstående typ är att de möjliggör att särskilja mellan den mångfald i styrningen som primärt är störande och den som utgör viktiga beståndsdelar och stöd för de situationsanpassade avvägningar och bedömningar som *måste* utföras i eller nära konkret hälso- och sjukvårdsverksamhet. Frågorna lyfter fram att en värdering av olika försök till styrning bör ta hänsyn till att

det ibland är i de konkreta situationerna som bedömningar om olika kunskapsunderlags tillämplighet bäst kan göras och vad som i den aktuella situationen är en lämplig avvägning mellan olika värden.

En tanke som visats ett ökat intresse under senare år är att skapa tydliga uppdelningar mellan statens tillsynande och normerande roller. En poäng i denna uppsats är emellertid att det finns starka grunder för att olika normerande aktiviteter inte alltid kan vara samstämmiga; Olika regler och riktlinjer kan vara bärare av olika värden och/eller grundade i delvis olika kunskapsunderlag. Det innebär att det inte är idealt (eller ens möjligt) att samla samtliga normerande aktiviteter i en enda entydig styrning.

När det gäller tillsyn skulle det emellertid vara möjligt att tänka annorlunda. I den mån en tillsyn grundas i insikten att sjukvårdens praktik har att beakta och balansera flera olika former av styrning så skulle det vara möjligt med en tillsyn som har ett mycket bredare uppdrag än de som har att utforma normerande aktiviteter. En tillsyn grundad i praktikens situation skulle inte bara skarpsynt granska följsamhet till styrning utan också vidsynt granska hur väl situationsanpassade överväganden och balanseringar utförs (om skarpsynt respektive vidsynt tillsyn, se Helgesson och Kjellberg 2008). Om, å andra sidan, tillsyn organiseras som en granskning av följsamhet av enskild styrning så uppstår samma problem till samordning för tillsynen som den som föreligger för normering.

Jag menar således att det finns goda skäl till att inte eftersträva en fullständig samordning mellan statens myndigheter på området. Förutom de praktiska svårigheterna så representerar de mer än en funktionell arbetsdelning. Kunskapsbildningens natur liksom det faktum att hälso- och sjukvården präglas av många, ibland svårför- enliga, värden gör att en fullständig samordning inte är önskvärd. Vad som är en lämplig konkret struktur och ansvarsfördelning är en fråga som skulle förutsätta en långt djupare analys än vad som är möjlig här. En sådan analys bör dock beakta analytiska frågor av den karaktär som lyftes fram ovan. Till detta bör också kanske tilläggas att även myndigheter kan ses som enheter utsatta för, och har att hantera, en mångfald av styrning.

En sista implikation av ovanstående resonemang är att staten kan ha en central uppgift att stödja en verksamhetsutveckling inom sjukvården som stärker verksamheternas förmåga att självständigt hantera den mångfaldiga styrningen. En vidsynt tillsyn skulle här kunna vara en komponent. En annan form skulle vara ökade

ansträngningar att utveckla och sprida kunskap om hur konkret hälso- och sjukvårdsverksamhet skapar värden bland annat genom att just avväga och balansera inverkan från olika former av styrning. Behovet av sådan kunskap lär dessutom öka i kraft med de utmaningar som sjukvården står inför och där graden av motstridig styrning (och motstridiga värden) snarare kommer öka än minska under kommande decennier.

Referenser

- Czarniawska, Barbara, och Guje Sevón, red. 1996. *Translating organizational change*. Berlin: Walter de Gruyter.
- Fernler, Karin, Ebba Sjögren, och Claes-Fredrik Helgesson. 2008. Utan tvivel är man inte klok: Kunskapsstyrningens problem. I *Detta borde vårddebatten handla om*, redigerad av C.-F. Helgesson och H. Winberg. Stockholm: EFI och IFL vid Handelshögskolan i Stockholm.
- Helgesson, Claes-Fredrik, och Hans Kjellberg. 2008. Om marknader och marknadsprocesser. I SOU 2008:37, *Vårdval i Sverige*.
- Kuhn, Thomas S. 1962. *The Structure of Scientific Revolutions*. Chicago: University of Chicago Press.
- Schwartz, Barry, och Kenneth Sharpe. 2010. *Practical wisdom: The right way to do the right thing*. New York: Riverhead Books.
- Timmermans, Stefan, och Marc Berg. 2003. *The Gold Standard: The Challenge of Evidence-Based Medicine and Standardization in Health Care*. Philadelphia: Temple University Press.

Med fokus på prevention och jämlikhet

Urban Janlert

Inledning

Utredningen om översyn av de statliga verksamheterna inom vård- och omsorgssystemet ska utreda hur staten kan verka för ett effektivt och långsiktigt hållbart vård- och omsorgssystem, med fokus på hälsofrämjande och förebyggande insatser i syfte att främja hälsa och minska ohälsa och framtida vårdbehov samt för att åstadkomma en jämlik vård och omsorg i hela landet.¹

Som forskare inom folkhälsovetenskap, med särskilt intresse för socialepidemiologiska frågor, kommer jag i denna PM att framför allt ägna mig åt två av de frågor som utredningen har att behandla, nämligen det förebyggande arbetet inom hälso- och sjukvården liksom frågan om jämlik hälsa och jämlik vård.

Det förebyggande arbetet

Då den tidigare *sjukvårdslagen*² omstöptes till en *hälso- och sjukvårdslag*,³ främst genom det utredningsarbete som Hälso- och sjukvårdsutredningen⁴ (HSU) utförde innebar det bl.a. att sjukvårdens område utvidgades till att även lagligt få ansvar för det förebyggande arbetet.

Utredningen konstaterar inledningsvis att ”Den svenska hälso- och sjukvården har i stor utsträckning varit inriktad på att lösa

¹ Kommittédirektiv 2011:4.

² SFS 1962:242.

³ SFS 1982:763.

⁴ SOU 1979:78.

akuta vårdproblem.”⁵ Längre fram skriver man ”Hälso- och sjukvården har således till största delen kommit att få en inriktning på att bota redan uppkomna sjukdomstillstånd. Vårdinsatserna har i huvudsak baserats på den enskilda människans behov av vård sedan sjukdom eller skador uppkommit”⁶.

Resonemanget leder fram till följande slutsats: ”Även förhållandet att sjukvårdsverksamheten blivit alltmer kostnadskrävande motiverar en prövning av möjligheterna att på sikt begränsa efterfrågan på direkta vårdtjänster. I stället för att möta en ständigt ökad efterfrågan genom en utbyggnad av den renodlade sjukvården, måste övervägas att i ökad utsträckning satsa på förebyggande åtgärder. På sikt torde detta vara en bättre metod att komma till rätta med de växande behovs- och resursproblemen. Det kräver övergång från ett sjukvårdspolitiskt till ett hälsopolitiskt synsätt, dvs. till en mer offensivt inriktad hälso- och sjukvårdspolitik.”⁷

Begreppet ”hälso- och sjukvård” i stället för enbart ”sjukvård” var dock inte nytt. Det förekom redan i ”Lag om landsting” från 1924, där landstingens uppgifter preciseras.⁸ Där står det i paragraf 4: ”Landstingen tillkommer att, i den ordning denna lag stadgar, rådslå och besluta om för landstingsområdet gemensamma angelägenheter, vilka avse ... hälso- och sjukvård ...”. I all lagstiftning däremot talas enbart om sjukvård.

HSU betonar alltså starkt att arbetet för att förekomma sjukdom och skador måste stärkas. Då det gäller själva lagtexten utformar emellertid HSU ingen särskild paragraf som framhåller sjukvårdshuvudmannens ansvar för ett förebyggande arbete, mer än att ”Varje landstingskommun bär ett samlat ansvar för att främja hälsan hos dem som är bosatta inom landstingskommunen ...” (3 §). Utredningen föreslår dock kriterier för vad som är god vård. De redovisas i kolumn 1, tabell 1.

I en senare proposition⁹, föranledd av bl. utredningen ”Hälso- och sjukvård inför 90-talet”¹⁰ återkommer man med ett förslag till lagändring där det förebyggande arbete utgör det första av kriterierna för god vård (se kolumn 2, tabell 1). Propositionen föranledde dock ingen ändring av den ursprungliga lagtexten beträffande kra-

⁵ HSU 1979:78 s 228.

⁶ *ibid.* s. 241.

⁷ *Ibid.* s. 241.

⁸ SFS 1924:349.

⁹ Prop. 1984/85:181.

¹⁰ SOU 1984:39.

ven på god vård. Den ursprungliga preciseringen kvarstod, se kolumn 3 i tabell 1.

Däremot tillkom en särskild paragraf, 2 c, där det förebyggande arbetet explicit berörs.¹¹ Paragrafen lyder: ”Hälso- och sjukvården skall arbeta för att förebygga ohälsa. Den som vänder sig till hälso- och sjukvården skall när det är lämpligt ges upplysningar om metoder för att förebygga sjukdom eller skada”.¹² Problemet med den skrivningen har varit skilda tolkningar av innehållet. En tolkning är att paragrafen ger hälso- och sjukvården två uppdrag – ett första, mer generellt, där hälso- och sjukvården åläggs ett preventivt arbete. Ett andra, mer specifikt, att gentemot patienter arbeta förebyggande genom att sprida information till patienterna. En andra tolkning är att den andra meningen är en precisering av innebörden i den första meningen, dvs. att hälso- och sjukvårdens förebyggande uppdrag består i just detta att ge patienterna information. Medan den första tolkningen ger det preventiva uppdraget en tämligen vid ram, så begränsar den andra tolkningen det förebyggande arbetet högst avsevärt.

Tabell 1 Kriterier för god vård enligt HSU, propositionen 1984/85 och riksdagens beslut

HSU 1979	Propositionen 1984/85	Riksdagens beslut 1982
1. tillgodose de vårdsökandes behov av trygghet och kvalitet	1. inriktas mot att förebygga ohälsa	1. vara av god kvalitet och tillgodose patientens behov av trygghet i vården och behandlingen
2. präglas av en helhetssyn på den enskildes förhållande	2. vara av god kvalitet och tillgodose patientens behov av trygghet i vården och behandlingen	2. vara lätt tillgänglig
3. vara nära och lätt tillgänglig	3. vara lätt tillgänglig	3. bygga på respekt för patientens självbestämmande och integritet
4. utgå från den enskildes eget ansvar för sin hälsa och vara grundad på aktning för människors rätt till självbestämmande och kränkbarhet	4. bygga på respekt för patientens självbestämmande och integritet	4. främja goda kontakter mellan patienten och hälso- och sjukvårdspersonalen
5. vara organiserad så att goda kontakter mellan den vårdsökande och hälso- och sjukvårdens personal underlättas	5. främja goda kontakter mellan hälso- och sjukvårdspersonalen	

¹¹ SFS 1982:763.

¹² SFS 1998:1660.

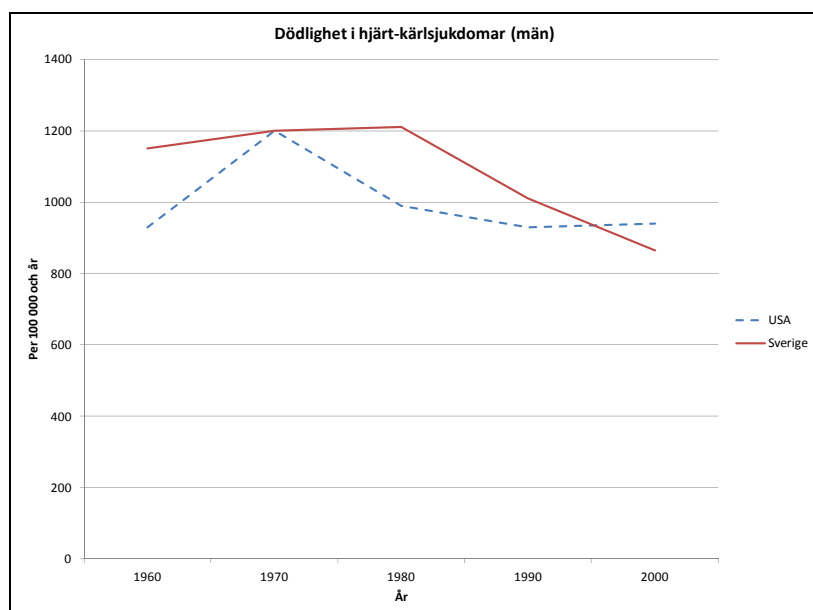
Man kan samtidigt konstatera att dessa bestämmelser om skyldighet att arbeta förebyggande inte harmoniserar särskilt väl med en annan paragraf, nämligen 2 b §. Där står att patienten ska ges individuellt anpassad information om sitt hälsotillstånd, de metoder som finns för undersökning, vård och behandling, de möjligheter man har att välja vårdgivare och om vårdgarantin. Ingenting nämns om den information som berörs i paragraf 2 c, den om det förebyggande arbetet.

Ett exempel

Ett exempel kan kanske klargöra vikten av förebyggande insatser. Den stora epidemin av hjärt-kärlsjukdomar i västvärlden startade i början av 1900-talet för att nå sin kulmen på 1980-talet. Minskningen av dödsfall började i USA redan på 1970-talet medan motsvarande minskning noteras först i mitten på 1980-talet i Sverige. Om vi räknar om svensk dödsorsaksstatistik till USA-nivå (dödligheten har varit högre i USA än i Sverige) och ser vad som skulle ha hänt om vi hade USA:s utveckling i Sverige (figur 1) ser vi att med samma utveckling som i USA så skulle ett stort antal dödsfall ha undvikits i Sverige om vi haft samma tidiga nedgång i hjärt-kärlsjukdomar här som där. I runda tal hade kanske 7 000 dödsfall undvikits bland män i Sverige per 100 000 invånare under en 20-årsperiod, vilket uppskattningsvis handlar om en kvarts miljon för tidiga dödsfall under 20 år. Av den reduktion i hjärt-kärldödlighet som vi registrerat under slutet av 1900-talet brukar hälften av reduktionen tillskrivas preventiva insatser (framför allt minskad rökning) och hälften medicinska insatser (bättre vård)¹³. Siffrorna skall inte tolkas alltför bokstavligt, det är ett fiktivt räkneexempel men vill visa att en effektiv prevention kan betyda mycket ur folkhälsosynpunkt.

¹³ Folkhälsorapport 1997.

Figur 1 Dödlighet i hjärtkärlsjukdom i USA och Sverige 1960–2000
(siffror för Sverige anpassade till USA:s nivå 1970)



En förklaring till varför nedgången i Sverige kommer så mycket senare jämfört med nedgången i USA kan vara den uppfattning som starka företrädare för det svenska medicinska etablissemanget förfäktat, nämligen att de preventiva åtgärder som startade mycket tidigare i USA (liksom även i många andra Europeiska länder och där Sverige var ett av de länder som kom igång sist) var tämligen meningslösa, och att man i stället skulle satsa på medicinsk behandling, inte på förebyggande insatser. En återklang av denna uppfattning kom till tydligt uttryck i anslutning till Ansvarskommitténs utredningsarbete för några år sedan. Ansvarskommittén¹⁴ publicerade en skriftserie för att ge en inblick i de underlag som kommittén arbetat utifrån. Följande text är hämtad ur ett av dessa underlag där redaktören skriver följande under den inledande sammanfattningen av skriften, under rubriken ”Prevention”:¹⁵

¹⁴ SoU 2007:10.

¹⁵ Aspelin P. Hur kan dagens forskning påverka framtidens sjukvård? Ansvarskommitténs skriftserie, 2005. ”Statens offentliga utredningar”.

De flesta sjukdomarnas uppkomstmekanismer är komplexa, varför vi trots stor tilltro till den molekylära biotekniska utvecklingen bl.a. med kartläggning av det humana genomet m.m. inte kan räkna med att primärprevention (förhindrande av uppkomsten av sjukdomar genom att känna dess mekanismer) av sjukdomar kommer att spela en betydande roll. Givetvis kan dock flera av livsstilssjukdomarna förhindras med förändrad livsstil. Slutsatsen är därför att primär prevention är omöjlig p.g.a. komplicerad genes vid de flesta sjukdomar. Dessutom är befolkningen relativt ovillig att primärt preventera livsstilssjukdomar. Samtidigt har i dag insatserna på primärpreventionsområdet minskat, framför allt inom exempelvis hjärt-kärlsjukdomar, på bekostnad av sekundärprevention. Det stora hoppet står därför till sekundärprevention, d.v.s. att vi genom tidig diagnostik kan sätta in tidig individuell behandling som kan förhindra sjukdomsutvecklingen hos patienten.

Man kan ställa sig frågan vem som bär ansvaret för att reduktionen av hjärt-kärlsjukdomar fördröjdes i Sverige jämfört med USA. Hade detta varit ett resultat av dålig vård hade det förstås väckt synnerligen stor uppmärksamhet och det tillsynssystem som finns hade aktiverats. Nu hände däremot ingenting, eftersom det förebyggande arbetet ligger utanför de rutiner vi har.

Vem skall förebygga?

Inom hälso- och sjukvården uppfattas sjukvården i första hand som en professionell angelägenhet, medan hälsovården mer är en uppgift för politiker. Det preventiva uppdrag man har som vårdarbetare ter sig tämligen senkommet: eftersom man nästan bara tar hand om personer som redan är sjuka förefaller uppgiften att arbeta förebyggande inte så meningsfull. Tabell 2 är ett försök att sammanfatta några skäl till varför preventionen har en så svag ställning inom hälso- och sjukvården. Förutom att många av preventionens budskap är tydliga regelsättare för ett hälsosamt leverne så är det bekymmersamt att i det enskilda mötet med patienten göra så mycket. Anställda inom hälso- och sjukvården, särskilt läkare, har stort fokus på behandling i sin utbildning. Man saknar djupare kunskap om hur man övertygar och motiverar patienter om livsstilsförändringar, och åtgärder av mer social karaktär ligger oftast utanför behandlingsrummets möjligheter. Att behandling människor är tacksamt eftersom resultatet i många fall syns, medan att förebygga i bästa fall leder till att man inte ens uppmärksammat de risker man eljest skulle ha varit utsatt för.

Och ändå glömmet vi ofta bort att ingen sjukdom har utrotats genom behandling – bara genom förebyggande insatser kan vi nå det målet.

Tabell 2 Tänkbara förklaringar varför prevention prioriteras framför behandling

Varför prioriteras behandling framför prevention?

Behandling	Prevention
• Aktiv	• Passiv
• Säga ja	• Säga nej
• En profession	• Samarbete
• Resultatet syns	• Resultatet syns inte
• Akut	• Kan vänta
• Rör en viss person	• Rör ett kollektiv

Sammanfattningsvis kan man konstatera att det förebyggande arbetet inte står så högt i hälso- och sjukvårdens praktik, men lagstiftningen på denna punkt inte heller varit särskilt tydlig. Om det finns en oklarhet beträffande statens vilja och ambitioner beträffande det förebyggande arbetet, är det rimligt att detta avspeglar sig i sjukvårdshuvudmännens praxis.

Socialstyrelsen ägnar betydligt mer tid åt tillsyn av sjukvården än hälsovården. Samtidigt kan man säga att hälsovården på ett mycket tydligare sätt är en fråga för politiker än sjukvården, som i stor utsträckning styrs av professionella och vetenskapliga kriterier. Missköter man sjukvården uppstår ganska snabbt ett missnöje i befolkningen. Missköter man det förebyggande arbetet så föranleder det inte alls kritik i samma utsträckning. Traditionellt ställs också större krav på evidens då det gäller preventiva metoder än då det gäller terapeutiska tekniker. Vi tolererar en viss grad av biverkningar vid behandling, men förebyggande insatser måste vara fria från sådana.

Vad göra

Lagstiftningen vad gäller förebyggande arbete kan skärpas. Det tycks vara så att om man inte kan bota en sjukdom så satsar man betydligt mer på att förebygga. De stora resurser som lades på att förhindra spridning av HIV och aids i början av 1980-talet är ett exempel på detta. Men motsatsen gäller också: när man väl kan bota blir intresset för prevention betydligt lägre, det gäller inom sjukvården såväl som bland allmänheten. Det är inte säkert att prevention i alla lägen är bättre och mer kostnadseffektivt än behandling, men i vissa sammanhang är det så. Och vi har i dag goda hälsoekonomiska verktyg för att faktiskt peka ut områden där preventionen gör större nytta än behandlingen.

Med kravet på ökande preventiva insatser hos sjukvårdshuvudmannen bör också följa bättre tillsyn och utvärdering av det förebyggande arbetet. Att ha missat en cancerdiagnos är i dag klandervärt, men att ha försummat att tillämpa evidensbaserade preventiva tekniker uppfattas sällan som något större missgrepp. Tekniken att genom ett studium av dödsorsaksdiagnoser fastställa graden av onödiga dödsfall (möjliga att förhindra antingen genom förebyggande insatser eller genom behandling) kan utvecklas. Medan den sjukvårdsrelaterade åtgärdbara dödligheten minskar, både vad gäller den absoluta nivån och skillnader mellan olika sociala grupper, så går det åt rakt motsatt håll för de sjukdomar som kan förebyggas¹⁶. Antalet personer som dör i sådana förebyggbara sjukdomar blir allt fler, samtidigt som de socioekonomiska skillnaderna ökar. Detta borde vara en utmaning för både staten och sjukvårdshuvudmännen.

Landstingen är i flertalet fall inte den främsta aktören vad gäller förebyggande insatser – det nationella folkhälsomålet och de olika målområdena pekar mer detaljerat ut vem som kan göra vad i syfte att förbättra folkhälsan. Men landstingen är den viktigaste kunskapskällan för vad som just nu är de stora problemen och de förhållanden som borde ändras till förmån för en bättre folkhälsa. Försök till samarbete mellan olika departement har tidigare gjorts, men inte visat sig uthålliga. Här finns det anledning att ta nya initiativ.

¹⁶ SKL, Folkhälsoinstitutet & Socialstyrelsen. Öppna jämförelser 2009. Folkhälsa. Stockholm 2009.

Den nationella folkhälsokommittén som lämnade sitt slutbetänkande 2000¹⁷ föreslog instiftandet av en särskild folkhälsolag. Lagen skulle ge landsting och kommuner ett lagstadgat ansvar för att främja folkhälsan. Som ett led i detta arbete skulle en folkhälsoplan upprättas och fastställas av fullmäktige. På detta sätt lyfte man fram både vikten av det förebyggande arbete, men pekade också på att inte bara landstingen utan även kommunerna var en viktig aktör för folkhälsan. Förslaget om en folkhälsolag kom dock aldrig till något förverkligande.

Jämlik hälsa och jämlik vård

Om man gör distinktionen mellan olikhet och ojämlikhet kan man konstatera att medan olikhet är en beskrivande term som påpekar skillnader mellan t.ex. grupper i samhället (t.ex. män är längre än kvinnor) så är ojämlikhet en skillnad som är normativ, dvs. i något avseende är olikheten orättvis (t.ex. om män tjänar mer än kvinnor i samma yrke).¹⁸ All ojämlikhet representerar olikhet, men all olikhet är inte ojämlik. Det ligger alltså i sakens natur att vad som är orättvist kan variera beroende på vem som gör bedömningen. Det råder en tämligen bred samstämmighet om att skillnader i hälsa beroende på bostadsord är ojämlik, medan det förhållandet att äldre människor är sjukare än yngre, ofta accepteras som en olikhet utan att för den skull uppfattas som orättvis.

I Hälso- och sjukvårdslagen slår man fast att det första prioriteringskriteriet för vården är det medicinska behovet: "Vården skall ges med respekt för alla människors lika värde och för den enskilda människans värdighet. Den som har det största behovet av hälso- och sjukvård skall ges företräde till vården."¹⁹

Samtidigt har en rad studier har under senare år visat på vad som identifierats som "ojämlikhet", såväl vad gäller hälsan i stort som då det handlar om vårdens insatser.

¹⁷ Nationella folkhälsokommittén. Hälsa på lika villkor – nationella mål för folkhälsan. Slutbetänkande. Stockholm: Fritzes 2000 (SOU 2000:91).

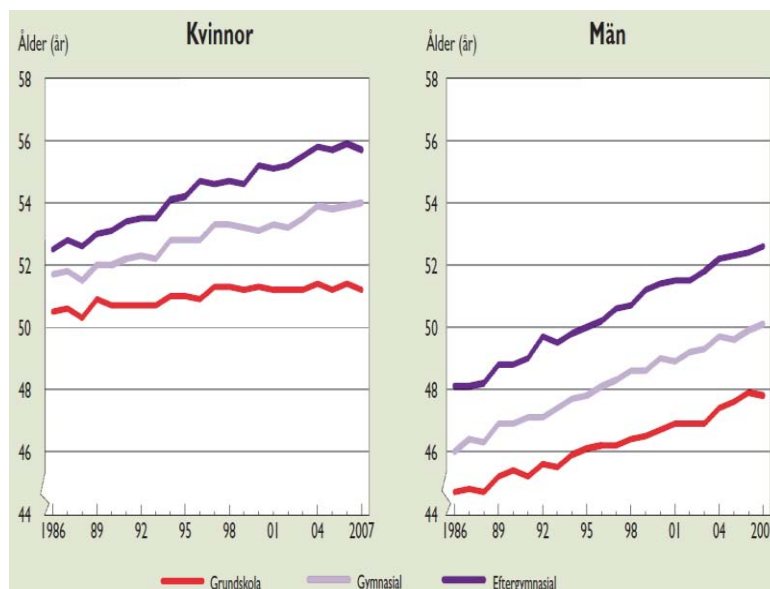
¹⁸ Janlert U. Olik eller ojämlik hälsa? Socialmedicinsk tidskrift 2001;77(3):197-201.

¹⁹ SFS 1997:142.

Olikhet hälsa

Skillnaderna i hälsa illustreras av figur 2 som visar den sannolika återstående medellivslängden vid 30 års ålder bland kvinnor och män för perioden 1986–2007.²⁰

Figur 2 Sannolik återstående medellivslängd vid 30 års ålder



Det är tydligt att medellivslängden skiljer sig beroende på utbildningens längd, men också att skillnaden ökar särskilt bland kvinnor. År 1986 är den cirka två år bland kvinnor (drygt tre år bland män) och 2007 har den stigit till drygt fyra år bland såväl kvinnor som män. Utvecklingen i Sverige är här helt i linje med många andra västeuropeiska länder. I England och Wales, med möjlighet till socioekonomisk gruppering av dödsorsaker sedan 1800-talet, är utvecklingen densamma sedan mitten av 1930-talet: medellivslängden ökar, men skillnaden mellan de med högst och lägst status blir allt större.²¹

Orsaken till att det finns sociala skillnader brukar antingen förklaras av skillnader i yttre levnadsbetingelser eller skillnader i

²⁰ Folkhälsorapport 2009.

²¹ Drever F. Whitehead M. Health inequalities. Office for National Statistics, Series DS No. 15. London: The Stationary Office, 1997.

omsorg om sin egen hälsa, eller så kan skillnaderna bero på sämre tillgång till vård. Den senare förklaringen får dock inget stöd i brittiska data, eftersom ökningen av de sociala klyftorna i England och Wales sammanfaller med införandet av den nationella hälso- och sjukvården vid slutet av andra världskriget, National Health Service, som gav alla – oavsett ekonomiska förhållanden – en tämligen likvärdig vård.

Svårare än att förklara de sociala skillnaderna är att förstå varför dessa ökar. En förklaring skulle vara att selektionen till olika socioekonomiska grupper skulle bli mer uttalad – arbetare i dag är ur flera synpunkter en mer homogen grupp än den var för några år sedan. I mitten av 1980-talet utgjorde de med enbart grundskola cirka 40 procent av befolkningen – drygt 20 år senare hade denna andel halverats²². En annan förklaring har med det förändrade sjukdomspanoramats att göra. En åldrande befolkning innebär att inslaget av kroniska sjukdomar som cancer, diabetes och hjärt-kärlsjukdomar blir allt större. Sådana sjukdomar byggs upp under lång tid, och påverkas i större grad än t.ex. infektionssjukdomar av hälso-beteendet, som tydligare kopplas till socioekonomiska förhållanden. En tredje förklaring skulle kunna vara att olika grupper tenderar att använda sig av hälso- och sjukvårdens tjänster i olika hög grad, och att hälso- och sjukvården i dag kan bidra till bättre hälsa och längre livslängd i betydligt större utsträckning än tidigare.

Ojämlig vård

Medan skillnader i hälsa kan förklaras av faktorer på olika nivåer, blir skillnader i vård mer direkt ett ansvar för hälso- och sjukvården. Just ojämlik vård – dvs. vård som avviker från principen att det är det medicinska tillståndet som skall avgöra vårdens art och omfattning – har under det senaste året stått i fokus, där aktörer som Socialstyrelsen och Sveriges kommuner och landsting tagit olika initiativ.²³

Figur 3 och 4 visar på två aktuella exempel. Figur 3 redovisar överlevnad i bröstcancer 10 år efter diagnos bland kvinnor.²⁴ Det är

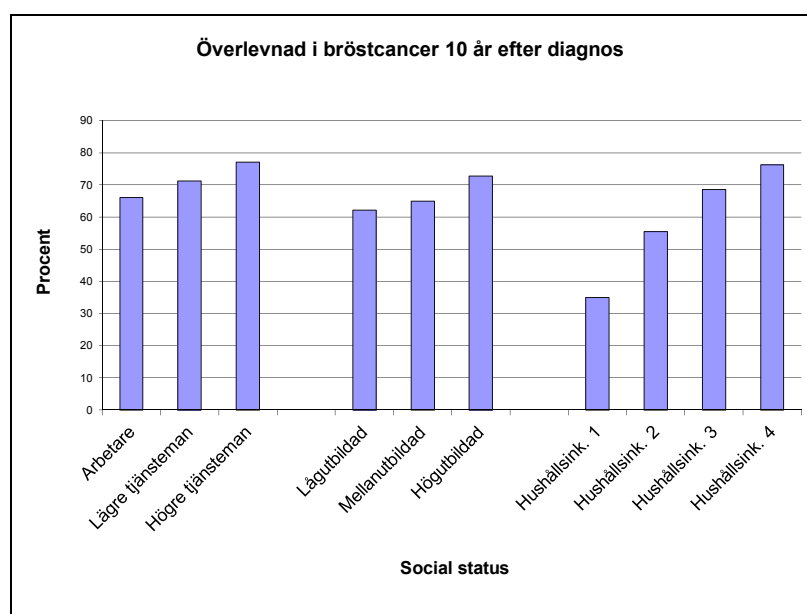
²² Statens folkhälsoinstitut. Folkhälsopolitisk rapport 2010: framtidens hälsa – allas ansvar. Östersund: Statens folkhälsoinstitut, 2010.

²³ Se t.ex. Diaz A. Vård på (o)lika villkor. Stockholm: SKL 2009.

²⁴ Halmin M et al. Long-term inequalities in breast cancer survival – a ten year follow-up study of patients managed within a National Health Care System (Sweden). *Acta Oncologica* 2008;47:216-24

uppenbart att oavsett vilket sätt vi än mäter social status på (yrke, utbildning eller ekonomi) så är de med låg position, kort utbildning och låg inkomst fördelade med avseende på överlevnad. Vad beträffar hushållsinkomsten så är det mer än dubbelt så många i den högsta kvartilen av hushållsinkomst som överlever 10 år jämför med den lägsta kvartilen. Visserligen kan man tänka sig att senare diagnos skulle vara en förklaring (välutbildade kvinnor antas få sin diagnos och komma till behandling tidigare), men bröstcancer bland kvinnor tillhör en av få diagnoser som är vanligare i högre socioekonomiska grupper än lägre – i nästan alla andra fall (grovtarmscancer och malignt melanom är andra undantag) är den sociala gradienten mycket ensartat till nackdel för de med kort utbildning, låg inkomst och låg status.

Figur 3 Tioårsöverlevnad i bröstcancer bland kvinnor

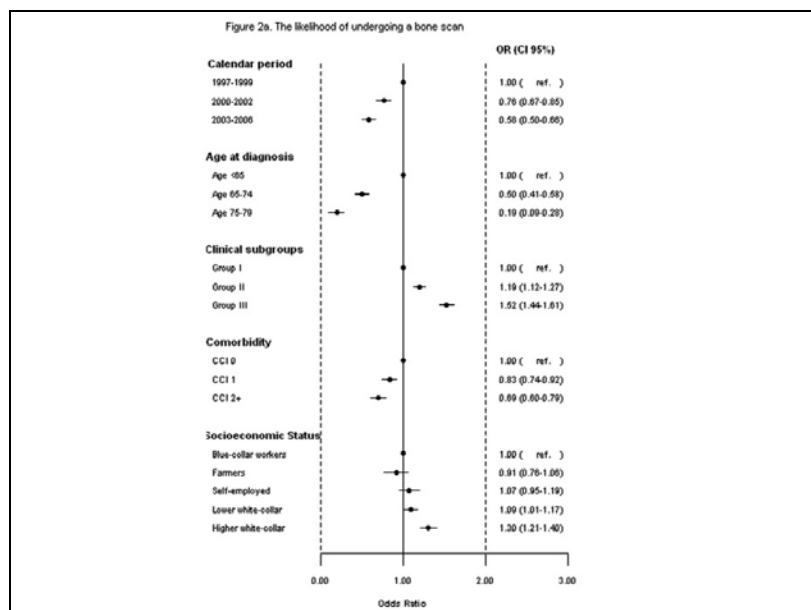


Figur 4 redovisar sannolikheten (redovisad som oddskvot) att få genomgå ett scintigrafi (röntgenundersökning med insprutning av kontrastvätska) för att studera förekomst av eventuella dottertumörer hos personer som har prostatacancer.²⁵ I analysen visar man

²⁵ Berglund A et al. Differences according to socioeconomic status in the management and mortality in men with high risk prostate cancer. *European Journal of Cancer*, ahead of publication.

att sannolikheten är lägre att man genomför en scintigrafi ju senare undersökningen genomförts, ju äldre personen är och ju fler andra sjukdomar man har samtidigt, samtidigt som sannolikheten ökar om sjukdomens allvarlighetsgrad är högre (kliniska subgrupper). Även om man tar hänsyn till alla dessa förhållanden så är sannolikheten större att man erbjuds en scintigrafi om man är tjänsteman än om man är arbetare eller lantbrukare. Den socioekonomiska skillnaden kan alltså inte förklaras av t.ex. ålder eller sjukdomens svårighetsgrad.

Figur 4 Sannolikheten att få genomgå en röntgenundersökning (scintigrafi) hos män med prostatacancer



Vad beror skillnaderna på?

Frågan är hur man kan förklara och förstå dessa skillnader? En serie förklaringar som använts är den s.k. tillgänglighetstrappan.²⁶

Det första trappsteget handlar om formella hinder, t.ex. att alla inte har rätt till subventionerad vård (ett aktuellt exempel är de s.k. papperslösa patienterna). Ett andra trappsteg handlar om geogra-

²⁶ Dahlgren G, Whitehead M. A Framework for Assessing Health Systems from the Public's Perspective: The ALPS Approach. *Int J of Health Services*, 2007;37(2):363-78.

fiska hinder – långa avstånd, såväl geografiskt som socialt. Ekonomiska hinder utgör ett tredje trappsteg, där personer med små ekonomiska marginaler eller familjer med många barn har högre trappsteg än de mer välsituerade. Tidsmässiga hinder och kunskapsmässiga hinder utgör ytterligare steg i tillgänglighetstrappan.

Väl inne i sjukvården fungerar dessutom andra mekanismer. Följsamhet gentemot behandlingen, involvering av patienten i behandlingen och patienternas benägenhet att fråga och ställa krav på vården kan vara mekanismer som förklarar att de med de bästa sociala och ekonomiska förutsättningarna gynnas.

Till detta kommer motsägelser i själva regelverket för vården. Under senare år har vårdens tillgänglighet stått i fokus och en rad initiativ har tagits för att korta köerna och öka tillgängligheten. Detta har dock skett utan hänsyn till den främsta prioriteringsprincipen inom sjukvården, nämligen den att det är patientens medicinska behov som i första hand skall styra prioriteringen. Vårdgarantier och vårdval hotar genom sin konstruktion att sätta denna prioriteringsprincip ur spel. Det har tidigare påpekats i forskningsrapporter²⁷, och alldeles nyligt genom ett uttalande från Prioriteringscentrum i Linköping.²⁸

Vad göra?

De strukturella mekanismer som genererar ojämlik hälsa är sannolikt frågor som inte kan lösas genom förändringar i vård- och omsorgssystemen. Men inom vården, påverkbar genom lagstiftning, ekonomiska incitament och goda förebilder, kan ändå förändringar göras som kan påverka ojämlikheten.

De som arbetar i vården är ofta obekanta med de sociala gradienterna som finns i hälsa och vård. För att ta fram information liknande den i figur 3 och 4 krävs omfattande forskning. Våra journalsystem och våra register innehåller sällan den information som behövs för att t.ex. rutinmässigt fördela befolkning och patienter i olika socioekonomiska skikt så att skillnaderna blir uppenbara. Inte ens vårt dödsorsaksregister innehåller en användbar yrkeskod. Och det var över 20 år sedan den senaste folk- och bostadsräkningen

²⁷ Karlberg HI, Brinkmo BM. The unethical focus on access: a study of medical ethics and the waiting-time guarantee. *Scand J Public Health* 2009;37:117-121.

²⁸ Lövtrup M. Statens styrprinciper kan strida mot prioriteringsplattformen. *Läkartidningen* 2011;108 (42):2010.

genomfördes i Sverige, från vilken mycket basdata för forskning hämtades. I kliniska sammanhang känns det omotiverat att fråga efter inkomst och utbildning när patienter söker för olika krämpor – möjligen kan man fråga efter yrke, eftersom koppling till yrke i många fall är relevant för att ställa diagnos och föreslå behandling. Men de sjukaste grupperna i samhället, barnen och de gamla, har inga yrken. Ett journalsystem som i sin basstruktur redan innehåller t.ex. uppgift om patientens utbildning skulle göra det möjligt att även på enskilda vårdcentraler, kliniker och sjukhus kunna studera den egna praktiken och hur den förhåller sig till den jämlika vården.

Problemen hänger ihop

Vad som hänt och vad som utgör en av de stora utmaningarna inom hälso- och sjukvården är de stora framgångar som framför allt den behandlande vården vunnit inom vissa områden. Nya diagnostiska och terapeutiska tekniker, inte minst läkemedelsbehandling, har inneburit att en mängd sjukdomar och besvär som tidigare inte varit tillgängliga för terapi nu är det. Detta sker dock på bekostnad av en ständigt högre sjukvårdsnota. Den utmaning om en allt dyrare sjukvård som kan skönjas har mötts på två olika sätt, varav ökad satsning på prevention är den ena. Den andra handlar om en ökad individualisering av hälsan: människor görs i allt större utsträckning ansvariga för sin egen hälsa och vilket också gör att krav och förväntningar på sjukvården kan tonas ner.²⁹ En ökad individualisering riskerar också att öka de sociala klyftorna.³⁰ Vissa dyrbara behandlingar och läkemedel bekostas inte längre av det allmänna. Läkemedelsnotan har visserligen flyttats från staten till landstingen, men regleringen av vilka mediciner som skall subventioneras bestäms av en nationell myndighet, Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket.

Att fokus i ännu högre grad flyttas från att förekomma till att efterkomma torde knappast minska hälso- och sjukvårdens kostnader. Att klyftorna i hälsa och klyftorna i vården ökar kan enligt

²⁹ Michailakis D, Schirmer W. Agents of their health? How the Swedish welfare state introduces expectations of individual responsibility. *Sociology of health and illness*, 2010, 32(6):930-47.

³⁰ Pollock A et al. No evidence that patient choice in the NHS save lives. *Lancet* 2011 Oct 7. Epub ahead of print.

vissa forskare också öka kostnaderna³¹, och är dessutom en utveckling stick i stäv med vad så gott som alla politiska partier i dag säger sig eftersträva.

³¹ Woodward A, Kawachi I. Why reduce health inequalities? J Epidemiol Community Health 2000;54:923-9.

Statlig styrning utifrån bästa kunskap och brukares makt

Magnus Karlsson, Ersta Sköndal högskola

Direktiven för statens vård- och omsorgsutredning har kortfattat varit att föreslå ett effektivt och mer långsiktigt hållbart vård- och omsorgssystem, genom att: 1) klarlägga myndighetsstrukturen och ansvarsfördelningen (bl.a. identifiera ”överlapp” och problem), 2) särskilt fokusera kunskapsstyrning samt ansvaret för att säkerställa regel- efterlevnad, 3) särskilt analysera och granska Socialstyrelsens uppdrag, funktion och ändamålsenlighet i vård- och omsorgssystemet, samt att 4) föreslå en plan för genomförande. I utredningens arbete adresseras följande frågor:

- Vilka är de viktigaste utmaningarna på området som staten bör ha förmåga att hantera?
- Vilka principer/riktlinjer bör vägleda statens sätt att styra och organisera detta område?
- Vilka faktorer påverkar den statliga styrningen och statens roll på området?

I föreliggande text fokuseras särskilt de utmaningar som vård- och omsorgssystemen står inför när det gäller *psykisk ohälsa*. I första hand diskuteras den närmast klassiska svårigheten för landsting och kommuner (som präglas av medicinsk respektive social/samhällsvetenskaplig kunskap) att samverka på psykiatriområdet. Efter en inledande presentation av fältet diskuteras möjligheterna för staten att tydligare styra samverkan mellan de lokala aktörerna i första hand utifrån ”bästa kunskap”, och med hänsyn tagen till de brukarinitiativ som finns.

En bakgrund

I nedanstående görs inget försök av avgränsa eller definiera psykisk ohälsa. Grovt kan sägas att det är vidare än det diagnosorienterade psykisk sjukdom, och fokuserar inte nödvändigtvis samspelet mellan individ och omgivning på samma sätt som psykisk funktionsnedsättning. Ändå är det många gånger situationen kring de personer med svårare psykisk ohälsa som åsyftas i texten. Det framträder redan i nedanstående rubriker.

Avinstitutionalisering och Psykiatrireform

Historien om den svenska psykiatrins framväxt och utveckling har nästan blivit en berättelse i sig. I fallet för denna text är Lindqvists, Markströms och Rosenbergs (2010) beskrivning av utvecklingen särskilt relevant. Den bygger i viss utsträckning på Markströms (2003) doktorsavhandling om psykiatrireformen och dess implementering – en text som också finns anledning att återkomma till.

Under slutet av 1960-talet övergick huvudmannskapet för de dåvarande mentalsjukhusen från staten till landstingen. I likhet med utvecklingen i övriga Västeuropa så var ambitionen i Sverige att de stora mentalsjukhusen skulle avskaffas, och ersättas med lokala och öppna vårdalternativ. Redan tidigt diskuterades de lokala aktörernas samarbete: vilken roll skulle socialtjänsten ha i förhållande till landstingen och till psykiatrin?

Under slutet av 1970-talet början av 1980-talet minskade antalet slutenvårdsplatser i Sverige från 35 000 till 20 000, och i stället fokuserades öppenvårdslösningar. 1987 lades det första svenska mentalsjukhuset ner. Men fortfarande under slutet av 1980-talet var de sociala insatserna för personer med psykisk ohälsa begränsade, och det höjdes röster för att kommunerna måste göra mer. Samtidigt argumenterades för att psykiatrin skulle släppa taget om sina färdigbehandlade patienter. Diskussionen mynnade ut i att en parlamentarisk kommitté tillsattes i syfte att föreslå en förbättrad vård och service till personer med psykisk ohälsa. Kommitténs arbete sammanfattades bland annat i en slutrapport (SOU 1992:73). ”Det handlade inte längre om att enbart fokusera på psykiatriska symtom och behov av psykiatrisk behandling”, kommenterar Lindqvist, Markström och Rosenberg (2010 s. 32) arbetet, ”utan nu skulle även den

sociala behovsbilden och de sociala konsekvenserna av den psykiska störningen beaktas, dvs. funktionshindret.”

Utifrån det arbete som gjordes presenterade regeringen en proposition 1994 (prop. 1993/94:218) där ett av de viktigaste inslagen var förtydligandet av socialtjänstens ansvar för personer med psykiska funktionsnedsättningar. Genom lagändringar, men framför allt genom ”en strategi med tonvikt på styrning genom *ekonomisk stimulans* och delvis genom *ideologi*” (Lindqvist, Markström och Rosenberg (2010 s. 33, kursiveringar i original), skulle den beslutade nyordningen realiserats. I detta blev Socialstyrelsen en central aktör.

Hur gick det då? Mycket kortfattat kan konstateras att psykiatrireformen ofta setts som ett misslyckande. Markström (2003), som följt reformens implementeringsprocess, skriver att:

En vanlig uppfattning om psykiatrireformen är att den är ett misslyckande /.../ Min slutsats är att implementeringen av reformen har varit svår, men att den långt ifrån kan klassas som ett misslyckande – därtill är de positiva erfarenheterna alltför många. Emellertid måste många av framstegen tillskrivas de tillfälliga stimulansmedlen. Det långsiktiga utfallet avgörs till stor del av hur uthålliga de tidiga initiativen visar sig vara.

(s. 321 f.)

För denna framställning är citatets sista meningar av särskild betydelse; det fanns anledning att ställa sig tveksam till uthålligheten hos de betydande satsningar som gjordes. En sådan tveksamhet kommer också till uttryck i bakgrunden till Nationell psykiatrisamordnings slutrapport (SOU 2006:100 s. 90) där man i en tillbakablick konstaterar att problemen ”... uppstod när den externa finansieringen tog slut – då sviktade även viljan till ett gemensamt ansvarstagande. Ett vanligt scenario var att aktörer som psykiatrin och försäkringskassan drog sig ur projekten och lämnade socialtjänsten kvar med ansvar för att driva rehabiliteringsverksamheten vidare”. I samma text noteras också att psykiatrireformen alltför enträget fokuserade samverkan mellan kommuner och landsting, och lade liten vikt vid de statliga myndigheternas roller.

Nationell psykiatrisamordning

I slutet av 2003 tillkallade regeringen en nationell psykiatrisamordnare. Anledningen var bland annat ett antal i pressen uppmärksammade händelser där personer med psykisk ohälsa begått svåra våldsbrott, däribland attacken på Sveriges dåvarande utrikesminister Anna Lindh.

Psykiatrisamordnarens uppgift var:

... att se över frågor som rör arbetsformer, samverkan, samordning, resurser, personal och kompetens inom vård, social omsorg och rehabilitering av psykiskt sjuka och psykiskt funktionshindrade. /.../ Samordnaren ges vidare i uppdrag att tillsammans med kommuner, landsting och berörda statliga myndigheter formulera strategier för kvalitetsutveckling för att samordna och stärka utvecklingsarbetet.

(dir. 2003:133)

Till psykiatrisamordnare utsågs Anders Milton, vars treåriga uppdrag så småningom sammanfattades i slutrapporten *Ambition och Ansvar* (SOU 2006:100). I denna slutrapport gjordes bedömningen när det gäller statens roll:

Psykiatrisamordningen anser att innehållet och kvaliteten i insatserna generellt är för låg och att det finns stora skillnader över landet. Detta aktualiserar frågan om hur förhållandet mellan staten och kommuner och landsting ska utformas. Det finns enligt Psykiatrisamordningens uppfattning behov av en nationell styrstrategi för det psykiatriska området.

(SOU 2006:100 s. 489)

I diskussionen för att komma till rätta med situationen listade psykiatrisamordnaren (SOU 2006:100) åtta principiella ställningstaganden. Den statliga styrningen skulle:

- Uttrycka engagemang och politisk vilja
- Ha ett medborgarperspektiv
- Vara flexibel och målinriktad
- Tydliggöra berörda huvudmäns gemensamma ansvar
- Bidra till en tydlig rollfördelning
- Ske gemensamt – över sektorsgränserna
- Vara långsiktig

- Stärka den enskildes ställning

I föreliggande text är inte minst den punkt som rör medborgarperspektiv av betydelse. Där skrivs att den statliga styrningen "... ska bidra till att det är den enskildes behov och den befintliga kunskapen om verksamma metoder, som styr vilka insatser som erbjuds." (s. 490) Också flera av de följande punkterna rör samma två teman – brukarinflytande och kunskaps-/resultatstyrning.

Men naturligtvis är också den punkt som lyfts fram och som rör huvudmännens gemensamma ansvar av betydelse för vad som här diskuteras. I slutrapporten (SOU 2006:100) diskuteras för- och nackdelar med den statliga styrningen. Å ena sidan måste beslut fattas lokalt och utifrån det enskilda fallet, men å andra sidan är det inte rimligt att skillnaderna mellan olika lokala miljöer är för stora när det gäller insatser. I diskussionen hänvisas till det så kallade Patient-, brukar- och anhörignätverkets krav (som bildades delvis för att den nationelle psykiatrisamordnaren på ett enkelt och samlat sätt skulle kunna samtala med representanter från den frivilliga sektorn, och som kom att benämnas NSPH). Nätverket skriver i sin text till nationell psykiatrisamordning att "... staten lagstiftningsvägen ska sätta press på kommuner och landsting att bättre leva upp till sitt delade huvudmannaskap." (Så vill vi ha det 2006 s. 35) Nationell psykiatrisamordning avslutar diskussionen i frågan i sin slutrapport med att konstatera att det lokala handlingsutrymmet måste balanseras mot kommunernas och landstingens skyldigheter att använda detta utrymme.

När Lindqvist, Markström och Rosenberg (2010) summerar utvecklingen på området, och också inkluderar de som skedde som en följd av psykiatrisamordningen, ser de fortfarande en frånvaro av en enhetlig policy på området, och "en situation där staten styr – men ändå inte..." (s. 41).

De frivilliga organisationerna och de privata företagen – ytterligare aktörer

Även om statens relation till kommunerna och landstingen fokuseras i diskussionen på området, så finns det i dag aktörer såväl inom den ideella som inom den privata sektorn som finns anledning att inkludera i diskussionen. Redan i den utredning som låg till grund för psykiatrireformen gavs två av landets då mest inflytelserika

frivilligorganisationer på psykiatriområdet möjlighet att bidra med en egen text – som sedan kom att ha betydelse för det fortsatta frivilligarbetet på området. Även i det senare arbetet kring nationell psykiatrisamordning inkluderades de frivilliga organisationerna, denna gång ett femtontal. De fick stöd i att bilda den gemensamma paraplyorganisation på nationell nivå (NSPH) som presenterats i ovanstående.

De frivilliga organisationerna på psykiatriområdet har i dag en något oklar roll. Traditionellt har de setts som intresseorganisationer, men på senare år har det blivit allt viktigare för dem att också vara utförare av stöd och service – ofta utifrån ett kontraktsförhållande med en offentlig vårdgivare. De har möjligen gått mot något som i forskningslitteraturen kallas hybridorganisationer (Meyer 2010, Billis 2010, Markström och Karlsson inskickad) vilka kännetecknas av att i betydande delar vara såväl ”röst”- som ”service”-organisationer. Markström och Karlsson (inskickad) visar dock att en betydande verksamhet i RSMH, den största och traditionellt mest inflytelserika frivilligorganisationen på psykiatriområdet, fortfarande är den småskaliga kamratverksamheten.

När det gäller den privata sektorn så har ett antal större vårdföretag etablerat sig som utförare på psykiatriområdet, och har dessutom blivit så starka att de också kan förväntas ha åsikter på policy-nivå. Det förekommer att vårdföretagen skapar sina egna brukarprojekt för att fånga upp brukares uppfattningar och önsknings.

Utmaningar inför 2025 – identifierade 1970

Vilka är då utmaningarna som det framtida arbetet på psykiatriområdet står inför när det gäller statens roll? Enkelt uttryckt är det samma utmaningar som har funnits ända sedan staten lämnade sitt inflytande på området, och de stora mentalsjukhusen ersattes av lokala initiativ. Hur ska staten få till en rimlig och godtagbart jämn kvalitet på de lokala initiativen? Hur är det möjligt att få till en samordnad om än inte centralstyrd vård och omsorg för personer med psykisk ohälsa? Hur ska de olika lokala offentliga aktörerna förmås att samverka?

Till detta ska läggas att det omgivande landskapet blivit mer komplext: staten och det offentliga förväntas i dag samspela med privata och ideella aktörer på området. Vilken roll ska till exempel RSMH ha lokalt och centralt när det gäller att diskutera insatser till

målgruppen? Hur ska staten – som tidigare haft svårt att koordinera de lokala offentliga insatserna på området – nu förhålla sig till dess nytillkomna aktörer?

En förutsättning som också förändrats de senaste årtiondena är den kunskapsproduktion och -spridning som varit en följd bland annat av utbildningssatsningar och nya medier. Där det tidigare funnits en tydlig gräns mellan professionella ”givare” med en väl definierad och gemensam kunskapsbas å ena sidan, och ”mottagare” – lekmän med oftast begränsad mer generell kunskap – å andra sidan, så är situationen i dag även på detta område mer komplex. I dag finns på psykiatriområdet – kanske mer än på många andra områden – en flora av olika behandlingsmetoder som alla har sina respektive förespråkare, och som i olika utsträckning har stöd i forskning. Till detta kommer den erfarenhetsbaserade kunskap som personer med psykisk ohälsa själva har, och som delas (och därigenom får mer generell karaktär) i brukarorganisationer, självhjälpgrupper och genom nya medier. Samtidigt kräver nästan samtliga parter på området större transparens när det gäller kunskap: brukarna ska känna till de metoder som används, vara delaktiga i sin egen behandling och metoderna ska dessutom ha stöd i forskningen. Vilken roll kan och ska staten ha här när det gäller att peka ut, uppmuntra och kanske till och med föreskriva vissa typer av metoder eller förståelser av brukares situation? Vilken roll ges de privata företagen i detta?

Sammanfattningsvis kan konstateras att de utmaningar som staten brottats med på psykiatriområdet – att styra och leda mjukt eller hårt – är desamma som de varit i årtionden, men vuxit i komplexitet i takt med att fler aktörer och mer kunskap tillkommit.

Statlig styrning och kommunalt självbestämmande – hinder och vägar

En knäckfråga på området är således huruvida staten ska styra i första hand med morot (mjukstyrning) eller piska (hårdstyrning). Ska goda initiativ premieras, eller ska undermåliga kritiseras? Rimligen bör det alltid handla om en kombination av dessa två, men det har i ovanstående konstaterats att det förra har varit dominerande under lång tid, och att detta möjligen inte varit tillräckligt. En återkommande slutsats är att statens stimulerande insatser haft goda eller åtminstone hyggliga resultat så länge de pågått, men att de kvardröjande positiva effekterna lyst med sin frånvaro. I många fall efterfrågas i

stället en större tydlighet från staten, något som troligen uteblivit åtminstone delvis på grund av tanken på det kommunala självstyret. Hur kan detta förstås?

Maycraft Kall, som jämfört den statliga styrningen på psykiatriområdet i Sverige och England. Hon ser hårdstyrning framför allt som styrning genom lagstiftning, och mjukstyrning som påverkan genom information och utbildande insatser. Som en typ av ”mediumstyrning” anger hon ekonomiskt stöd. När det gäller skillnaden mellan svenska och engelska förhållanden konstaterar hon att:

England has used centralised, top-down steering and control mechanisms over policy, finance and staffing, perhaps reflecting the greater central power and weaker powers of local authorities in England. /.../ In Sweden, ironically, pump-priming government finance created difficulty in mental health reform and services failed to become consolidated as mainstream local political priorities while they were run as temporary projects. The government provided only framework legislation, allowing authorities to formulate implementation strategies.

(Maycraft Kall 2008 s. 148)

I sin avhandling (2010) presenterar Maycraft Kall bland annat en tanke om att England gått mot hårdstyrning som ett led i att man sett personer med psykisk ohälsa som en risk i samhället, och därmed i delar kopplat psykisk ohälsa till kriminalitet medan man i Sverige framför allt fokuserat de medicinska aspekterna – vilket talat för en fortsatt mjukstyrning.

Den mjukstyrning som varit

Den psykiatrireform som trädde i kraft 1995 byggde på en skatteväxling från landsting till kommuner och betydande stimulansmedel från staten. Dock var förändringarna i lagstiftningen små. Där fanns höga ambitioner kring valfrihet, integritet, normalisering och rättigheter för den enskilde. Ändå var målsättningarna med de omfattande stimulansmedel som delades ut:

Här skapades incitament för kommuner och landsting att agera, med andra ord en form av ekonomisk styrning. Budskapet var förvånansvärt öppet: Gör någonting bra av pengarna!

(Markström 2003 s. 179)

Detta skulle med Maycraft Kalls ord vara mjuk- eller mediumstyrning. Också när de styrmedel som användes av Nationell psykiatrisamordning var av denna art. Lindqvist, Markström och Rosenberg (2010) konstaterar att den direkta styrningen (hårdstyrning) varit liten, och att styrning via kunskapspridning och policyarbete (mjukstyrning) hör till bilden.

Central kunskap och lokalt arbete

I Nationell psykiatrisamordnings slutrapport (SOU 2006:100) talas om kunskapsstyrning som något att eftersträva. Det skrivs att:

Nationell psykiatrisamordning menar att den statliga styrningen på psykiatrins område ska vara flexibel och resultatriktad. Det innebär att på längre sikt är styrningsmetoder som ekonomiskt stöd kopplat till vad insatserna åstadkommer för medborgarna, öppna och jämförbara redovisningar av insatsernas resultat på olika platser i landet, metodstöd och en aktiv tillsyn, att föredra framför detaljreglering i lagstiftningen. Dessa styrningsmetoder skulle innebära en kombination av kunskapsstyrning och resultatstyrning, och hindrar inte att tydliga mål och en klar ansvarsfördelning anges i lagstiftningen.

(SOU 2006:100 s. 490)

Det finns rimligen en spänning mellan den internationella forskningsfronten, den nationella tolkningen och den lokala praktiken (se t.ex. Oscarsson 2009). På psykiatriområdet finns ett antal metoder identifierade som god evidensbaserad praktik, och på Socialstyrelsen pågår ett arbete med att identifiera och värdera sådana nationellt. Ett grundläggande problem med dessa metoder är ofta att de inte prövats under svenska förhållanden (i många fall är de amerikanska eller brittiska), och inte alltid på de målgrupper som är aktuella i Sverige. Men hur färgar det arbetet på lokal nivå?

På psykiatriområdet finns också en ytterligare komplikation när det gäller forskning och professionell kunskap: kunskapen härstammar såväl från medicinen som från samhällsvetenskapen. Medan landstingens verksamheter på området ofta färgas av den förra, så färgas kommunens och socialtjänstens arbete av den senare. Kan och ska staten medverka till att föra dessa typer av kunskap – och den praktik som springer ur dem – närmare varandra?

I denna text tas som en utgångspunkt att varje brukare har rätt till service som är baserad på bästa tillgängliga kunskap. Även om det kan finnas lokala variationer som gör att samma typer av me-

toder inte är gångbara över hela Sverige, så är det rimligt att en sådan utgångspunkt talar för en inte alltför stor variation av insatser på det svenska psykiatriområdet. I stället är det rimligt att tänka sig att samordningsvinster kan göras genom att identifiera och utveckla kunskap om enskilda metoder på nationell nivå, även om de vid behov anpassas lokalt.

En ökad hårdstyrning utifrån specifika metoder?

Är det då möjligt att hitta en väg som å ena sidan tar hänsyn till de argument som finns för att staten ska ha ett tydligt inflytande på psykiatriområdet i syfte att säkerställa en rimligt jämn kvalitetsnivå mellan kommunerna där den enskilde brukaren kan förvänta sig insatser utifrån bästa tillgängliga kunskap, och å andra sidan fortsatt respekterar det kommunala självstyret?

Ett förslag som nämnts, och som här ses som särskilt intressant, bygger på en hårdare variant av den mjukstyrning som fortfarande använts. Strategin skulle bygga på lågintensiva men mer långsiktiga och tydligt riktade stimulansinsatser på psykiatriområdet. I de satsningar som hittills gjorts så har staten i stor utsträckning gjort stora ekonomiska satsningar under begränsade tidsperioder för att stimulera goda initiativ från det lokala. som beskrivits har dessa satsningar fungerat väl för stunden, men inte i längden. De har ofta blivit storslagna projekt utan framtid. Dessutom har de förvisso bidragit till ”goda exempel” på området, men sällan knutit an till mer tydliga mål formulerade i samband med satsningarna. Skulle det i stället vara möjligt att från statens sida rikta sina stimulansmedel hårdare och under längre tid, så att de inte knöts till goda exempel som kunde uppfinnas i stunden, utan snarare till verksamheter som byggde tydligt på forskning och väl beprövad erfarenhet, som samlade de lokala krafter som fanns, och som följdes upp på ett handfast sätt i syfte att ytterligare förfina och sprida metoderna?

Nya aktörer – fria eller osäkra arenor?

Men det svenska välfärdssamhället bygger inte bara på insatser från det offentliga. I stället görs en rad insatser i lokalsamhället av frivilliga organisationer (Markström och Karlsson, inskickad). Det förefaller också som att frivilliga organisationer och insatser inom den

ideella sektorn kan vara något som samlar aktörer från andra fält, framför allt kommuner och landsting. Möjligen utgör de frivilliga initiativen mer ”neutrala” mötesplatser, där representanter från det lokala offentliga kan träda in i nya roller för ett ögonblick, och lägga av sig invanda rutiner och förhållningssätt?

Likaså finns ett antal privata utförare som tar plats på arenan. Staten har inte bara att hantera kommuner och landsting. Utan också statliga aktörer på fältet. Och frivilligorganisationer. Och ett ökande antal privata initiativ.

Staten och kapitalet

I SOU 2011:65 konstateras att ”nästan alla vi talat med ser en långsiktig trend mot en ökad andel av utlagt produktionsansvar, men skillnaderna mellan olika kommuner och landsting är stora och utvecklingen går olika fort.” (s. 44). Det finns inget som talar för att det en motsvarande utveckling inte skulle gälla på psykiatriområdet. I Stockholms län ökade till exempel andelen privata insatser inom psykiatrin från 14 till 19 procent mellan 2009 och 2010 – och var därmed det område som visade på den största förändringen (SLL, årsredovisning 2010, s. 17). Däremot diskuteras de privata vårdgivarnas roll inte särskilt i Nationell psykiatrisamordnings slutrapport (SOU 2006:100) – de nämns återkommande, men oftast som en av många olika serviceproducenter.

Det är inte orimligt att tänka sig att ett större inslag av privata serviceproducenter kommer att präglade det socialpsykiatriska fältet i framtiden – inte minst när det gäller boende och sysselsättning. Det ligger också nära till hands att många av dessa privata initiativ kommer att betrakta brukarna som ”kunder” och diskutera ”kundnöjdhet”. I detta senare fall flyttas fokus från kollektivet (där den enskilde är medborgare eller brukare) till individen (där denne ses som kund).

Frivilligorganisationer och brukare

Under flera årtionden har frivilligorganisationer gjort anspråk på inflytande över insatser i vård, och sorg och socialt arbete. De har definierat sig som intresseorganisationer, påtryckarorganisationer, handikapporganisationer, patientorganisationer, klientorganisationer, brukarorganisationer och anhörigorganisationer. I vissa fall har de

kommit att spela en roll i det offentliga arbetet på området (jfr t.ex. RSMH på psykiatriområdet), medan andra områden inte lyckats/behövt samla brukare (det finns t.ex. ingen organisation för "socialbidragstagare").

I dag är en vanlig syn på dessa organisationer att de i Sverige i första hand har en "röst"-funktion, och att de företräder och ger en röst åt i första hand sina medlemmar, och möjligen i andra hand till den större gruppen (t.ex. personer med psykisk ohälsa) som medlemmarna tillhör. På psykiatriområdet är RSMH och Schizofreniförbundet (IFS) troligen de två främsta exemplen på detta, där den förra organisationen i första hand givit röst åt de direkt drabbade, medan den senare haft en liknande funktion för de drabbades anhöriga. Inte sällan har två argument lyfts fram från organisationerna för varför man bör ha inflytande. Det första kan sammanfattas i det engelska uttrycket "nothing about me without me" och handlar således om att den enskilde ska kunna vara inblandad i och informerad om den vård och de beslut denne är föremål för. Det andra kan sägas bygga på tanken att en person med psykisk ohälsa har en särskild kunskap om psykisk ohälsa – ibland så kallad erfarenhetsbaserad kunskap – och därför har något viktigt att tillföra på området.

Under de senaste tio åren har det skett en förändring såväl i retoriken som i praktiken, som handlar om att de frivilliga organisationerna på psykiatriområdet (och på många andra områden) dessutom fått en "service"-funktion, som innebär att de också tillhandahåller vissa tjänster för personer med psykisk ohälsa. Som ett exempel på detta kan lyftas fram de så kallade klubbhusen (Fountain House), som erbjuder sina medlemmar möjligheter till arbete och bostad. Men även de traditionella "röst"-organisationerna förefaller se över sitt serviceutbud, och söka samarbeten med kommuner och landsting kring vissa typer av insatser. I detta sammanhang kommer tanken om hybridorganisationer framför allt från USA, det vill säga organisationer som lyckas hantera kontrakt kring serviceuppdrag, samtidigt som de agerar som påtryckningsorganisation.

Men det finns anledning att stanna upp och reflektera ett ögonblick kring denna grovt schematiska beskrivning. Markström och Karlsson (in press) visar utifrån en nationell genomgång av RSMH:s lokalorganisationer att funktionerna röst och service inte riktigt förmår täcka in vad organisationerna gör: det finns dessutom en dimension av social samvaro i de lokala föreningarna som inte låter sig sorteras in, och som möjligen skapar själva grunden för de öv-

riga funktionerna. Kanske är organisationernas fokus på röst- och serviceuppgifter inte lika tydligt som en schematisk beskrivning ger intryck av?

Delvis som en följd av detta finns det möjligen ett underskott av brukarrepresentanter från de frivilliga organisationerna i dag. De lokala offentliga serviceproducenterna har de senaste åren velat/vingats ha brukarrepresentanter på olika positioner i sina verksamheter. På många ställen inrättas brukarråd, det görs brukarrevisioner och projektanslag är inte sällan villkorade till brukarmedverkan. En reell möjlighet i denna utveckling är att brukarorganisationerna inte förmår svara upp mot denna efterfrågan: de brukare som har möjlighet och vilja att finnas i sådana sammanhang riskerar att blir "superbrukare", överbelastas och slitas ned. Dessutom kan frågan ställas om när dessa superbrukare skapar sig en tillvaro som gör att de inte längre kan ses representera det stora flertalet brukare. De offentliga och privata vård- och omsorgsgivarnas svar på detta kan vara – och är redan på många ställen! – att själva anordna brukarråd, brukarinflytandeinitiativ och liknande, vid sidan av de traditionella brukarorganisationernas verksamheter. Möjligen skulle detta kunna ses som ett slags "brukarinflytande version 2.0".

Problemet med denna senare typ av brukarinflytande kan dock vara dels att det är det offentliga och det privata som sätter agendan kring vad brukarna faktiskt ska tycka kring, dels att de brukare som engageras inte representerar ett stort antal personer i liknande livssituationer, utan endast sig själva och sina egna intressen. I det senare fallet kan tillgången till en mer generell erfarenhetsbaserad kunskap ifrågasättas.

Till sist kan mot den i ovanstående beskrivna utvecklingen möjligen invändas att det torde vara svårt för en frivilligorganisation att å ena sidan stå i ett kontraktsförhållande med en part vars medel man därigenom i någon mån blir beroende av, och å andra sidan att i sin röstfunktion ha möjlighet att resa kritik mot denna part. Enkelt uttryckt riskerar man att bita den hand som föder en. Denna invändning ska resas med försiktighet eftersom många organisationer faktiskt anser sig lyckas med detta, och forskningen på området (se t.ex. Meyer 2010) förefaller bekräfta det, men likväl bör det uppmärksammas. Får de frivilliga organisationerna en annan karaktär och en annan roll på området i denna utveckling, och hur påverkar det formulerandet av den erfarenhetsbaserade kunskap som kan ses vara en viktig resurs för dessa organisationer?

Samverkan kring kunskap – en möjlig framtid?

Utifrån vad som lyfts fram i ovanstående finns anledning att argumentera för 1) en samverkan på psykiatriområdet som utgår ifrån bästa tillgängliga kunskap, till vilken också den erfarenhetsbaserade kunskapen bör räknas, 2) en något hårdare statlig styrning för att få till stånd ett fungerande samarbete mellan kommuner och landsting, genom tydligare riktade satsningar, samt 3) en ambition att mer systematiskt inkludera brukarorganisationerna i det lokala samarbetet – på dessa organisationers särskilda villkor.

En satsning på kunskap

Sedan länge finns en föreställning om att den vård som ges ska bygga på bästa tillgängliga kunskap, och detta tänkande börjar nu till sist också färga de sociala praktikerna. Det är rimligt att denna väg också i fortsättningen följs, men också att den utvecklas. På psykiatriområdet bör troligen kommunikationen mellan olika discipliners kunskap uppmuntras på ett tydligt sätt. Framför allt gäller detta kanske kommunikationen mellan ett medicinskt och ett socialvetenskapligt förhållningssätt, men i dag är också till exempel vårdvetenskapen en aktör på området. En sådan förbättrad kommunikation kommer troligen inte att komma till av sig själv – många är de erfarenheter som tyder på motsatsen! – utan bör stimuleras genom tydligt riktade satsningar kring seminarier, forskningsprojekt och liknande.

Den bästa tillgängliga kunskap som finns på psykiatriområdet och som används för att möta enskilda individers problematiska livssituationer, bör också göras tillgänglig för individerna själva. Detta är nödvändigt för att de ska kunna förstå, ha inflytande över och medverka till vård- eller stödinsatsen. Här krävs troligen ett mer omfattande arbete för att hitta metoder för systematiskt ”översätta” den kunskap som ligger till grund för en insats till något som den enskilde kan hantera. En transparens är nödvändig i den här processen – men inte tillräcklig.

Till sist bör staten när det gäller kunskap verka för att den bearbetade erfarenhetsbaserad kunskapen vägs in i samtalet kring bästa tillgängliga kunskap. I dag finns en mer allmän uppmaning på nästan alla nivåer om att brukare ska komma till tals, men här förespråkas en större tydlighet: den bearbetade erfarenhetsbaserade kunskap

som i dag finns i många brukar- och motsvarande organisationer är i många fall konkret och omfattande. Den gör inte sällan anspråk på att såväl förklara som att föreslå metoder för att hantera en problematisk livssituation. Den har ofta prövats under lång tid av många medlemmar i organisationen, och troligen reviderats i omgångar. Den har därmed i många fall likheter med den traditionella professionella kunskapen, men skiljer sig också ofta från den kunskap som en ensam brukare har av sin livssituation när denne finns mitt uppe i den. Inte heller detta initiativ – att mer systematiskt ta tillvara den erfarenhetsbaserade kunskapen – låter sig dock göras utan systematiska insatser i syfte att omsätta policy i praktik.

En hårdare styrning

Efter att ha prövat en form av mjuk statlig styrning på psykiatriområdet i flera decennier, är det nu rimligt att på staten på ett tydligare sätt anger riktningen för det lokala arbetet. Men inte utifrån det som Maycraft Kall (2010) talar om som riskmodellen, och som hon menar har spelat roll när England gått mot en hårdare styrning. Att anta ett perspektiv där personer med psykisk ohälsa betraktas som en risk för det omgivande samhället är knappast fruktbart. I stället bör användas en hårdstyrning som baseras på idéer utifrån det hon kallar den medicinska modellen och funktionshindersmodellen. I den förra av dessa två senare ses individen som patient och målet är behandling. I den sistnämnda ses denne som medborgare, och målet är stöd. Huvudargumentet här är att utformningen av behandling och stöd kan förbättras genom nationella initiativ, vilket ligger i linje med hur Nationell psykiatrisamordning argumenterar i sin slutrapport.

Naturligtvis ska respekten för det kommunala självstyret upprätthållas, och det måste finnas en medvetenhet om att lokala skillnader existerar. Dock finns det anledning att genom tydligare riktade satsningar – med grund i bästa tillgängliga kunskap på området – visa på vägar för kommuner, landsting och övriga aktörer att samverka kring enskilda individer. Många i dag existerande arbetsmetoder som visat sig ha effekt förutsätter att de olika aktörerna har en nära samverkan också på individnivå, vilket i sig är ett argument.

En anledning till en ökad statlig styrning på psykiatriområdet när det gäller kunskap är också uppföljningen av de insatser som görs, och utvecklandet av ny och förfinad kunskap på området. Det

är inte rimligt att de lokala aktörerna ska identifiera, implementera, följa upp och utveckla de bästa tillgängliga arbetsmetoderna på området var för sig, utan för sådant arbete krävs samverkan. Indirekt har också detta betydelse på forskningsfronten på området: större studier och samverkansprojekt på området ökar Sveriges möjligheter att bidra med relevant forskning på den internationella arenan.

Det tyngsta argumentet för en hårdare statlig styrning genom riktade satsningar är dock att alla svenska medborgare bör få rimligt lika chanser till vård och stöd på psykiatriområdet – något som inte alltid varit fallet då ”tusen blommor fått blomma”.

En öppning för nya aktörer

Till sist ska upprepats det som redan lyfts fram, och som handlar om att statens framtida satsningar bör utformas på ett sådant sätt att nya aktörer – och här åsyftas i första hand ideella organisationer – bör ges utrymme. Det finns anledning att tro att den erfarenhetsbaserade kunskap som diskuterats i ovanstående framför allt utvecklas i sådana ideella organisationer, och att denna kunskap kan vara ett värdefullt tillskott – om än emellanåt besvärande! – i samtalet om bästa tillgängliga kunskap och arbetsmetoder.

Denna öppning har i någon mening redan kommit till stånd, i lagstiftning, policydokument och motsvarande talas återkommande om brukarinflytande och brukarmedverkan, men ofta till intet förpliktigande. En framtida statlig strategi på psykiatriområdet bör utgå ifrån att den erfarenhetsbaserade kunskapen är viktig, men samtidigt ställa krav på denna typ av kunskap. En brukare som uttalar sig i egenskap av representant för RSMH har möjligen en annan grund än någon som uttalar sig utifrån sin egen livssituation.

En sådan uppgift att på ett tydligare sätt inkludera brukar- och anhörigorganisationerna i kunskapsprocessen medför dock, vilket diskuterats i ovanstående, svårigheter som dels har att göra med organisationernas *kapacitet* (förmår de svara upp mot efterfrågan?) och dels dess *integritet* (hur lyckas de behålla/utveckla sin roll i en ny situation?).

Referenser

- Billis, D. (red.) (2010). *Hybrid organizations and the third sector: challenges for practice, theory and policy*. Basingstoke, Hampshire: Palgrave Macmillan.
- Direktiv 2003:13. *En nationell psykiatrisamordnare*. Socialdepartementet.
- Lindqvist, R., Markström, U. & Rosenberg, D. (2010). *Psykiska funktionshinder i samhället: aktörer, insatser, reformer*. 1. uppl. Malmö: Gleerup.
- Maycroft Kall, W. (2008). Developing mental health social care: policy outcomes in Sweden and England. In Charles Kaye and Michael Howlett (ed.) *Mental health services today and tomorrow*. Oxford: Radcliffe Publishing.
- Maycraft Kall, W. (2010). *The governance gap: central-local steering and mental health reform in Britain and Sweden*. Diss. Uppsala: Uppsala universitet.
- Markström, U. (2003). *Den svenska psykiatrireformen: bland brukare, eldsjälar och byråkrater*. Diss. Umeå: Univ.
- Markström, U. och Karlsson, M. (inskickad). Towards Hybridization: The Roles of a Swedish Non-Profit Organization within Mental Health.
- Meyer, M. (2010). Social Movement Service Organizations: The Challenges and Consequences of Combining Service Provision and Political Advocacy. In Yeheskel Hazenfeld (ed.) *Human services as complex organizations*. London: Sage.
- Nationell psykiatrisamordning* (2006). Ambition och ansvar: nationell strategi för utveckling av samhällets insatser till personer med psykiska sjukdomar och funktionshinder: slutbetänkande. Stockholm: Fritze.
- Nationell psykiatrisamordning* (2006:6). Så vill vi ha det – Patient-, brukar- och anhörignätverkets krav på framtida vård, stöd och behandling inom psykiatriområdet. Stockholm. Edita.
- Oscarsson, L. (2009). *Evidensbaserad praktik inom socialtjänsten: en introduktion för praktiker, chefer, politiker och studenter*. Stockholm: SKL Kommentus.

Proposition 1993/94:218. *Psykiskt stördas villkor.*

Psykiatriutredningen (1992). Vålfärd och valfrihet: service, stöd och vård för psykiskt störda: slutbetänkande. Stockholm: Allmänna förl.

Följändringar med anledning av utredningens förslag

Utredningens förslag medför att det behöver göras följändringar i olika författningar, se kapitel 8 om författningmässiga konsekvenser. Nedan finns en genomgång av flertalet lagar och förordningar som behöver ändras. I parentes anges kursiverat den myndighet som utredningen bedömer ska ansvara för uppgiften.

Förordning (1976:834) om prövning av utländskt beslut om adoption

1 § Myndigheten för internationella adoptionsfrågor prövar fråga om godkännande.....(*Inspektionen för hälsa, vård och omsorg*).

3 § Har Myndigheten för internationella adoptionsfrågor godkänt ett beslut.....(*Inspektionen för hälsa, vård och omsorg*).

Hälso- och sjukvårdslag (1982:763)

3 d § Sista meningen. Förbrukningsartiklar som avses här får förskrivas av läkare samt av annan hälso- och sjukvårdspersonal som Socialstyrelsen förklarat behörig (*Inspektionen för hälsa, vård och omsorg*).

9 a och 9 b §§ Socialstyrelsen beslutar i frågor angående riks-sjukvård (*Kunskapsmyndigheten för hälsa, vård och omsorg*).

16 § första stycket. Regeringen får överlåta åt Socialstyrelsen att meddela föreskrifter om behörighet till tjänster inom hälso- och sjukvården och om tillsättning (*Inspektionen för hälsa, vård och omsorg*).

31 a § Anmälan till Statens folkhälsoinstitut om något tyder på att nya medel används för missbruksändamål m.m. (*Inspektionen för hälsa, vård och omsorg som föreslås utreda narkotikaklassificeringar av hälsofarliga varor, se även 12 kap. 9 § Socialtjänstlagen*).

32 § Andra stycket. Regeringen får överlåta åt Socialstyrelsen att meddela föreskrifter till skydd för enskilda (*Kunskapsmyndigheten för hälsa, vård och omsorg*).

Förordning (1985:796) med vissa bemyndiganden för Socialstyrelsen att meddela föreskrifter m.m.

Hela förordningen bör ses över. I förordningen finns ett flertal normgivnings bemyndiganden, vissa bör ges till (*Inspektionen för hälsa, vård och omsorg*) såsom i 2 § 3-5 och 3 § 1 och 2, andra bör i stället ges (*Kunskapsmyndigheten för hälsa, vård och omsorg*) såsom 2 § 1 och 6.

Lag (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall

Inga följdändringar.

Lag (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga

44 § Andra stycket. Allmänt åtal får väckas endast efter medgivande av socialnämnden eller Socialstyrelsen (*Inspektionen för hälsa, vård och omsorg*).

Läkemedelslag (1992:859)

2 c § Femte stycket. Om det är nödvändigt för bedömningen av ett traditionellt växtbaserat läkemedels säkerhet, får Läkemedelsverket ålägga en sökande att till verket lämna in resultatet av kliniska prövningar (*Inspektionen för hälsa, vård och omsorg*).

3 § Läkemedelsverket får efter regeringens bemyndigande, om det är påkallat från hälso- och sjukvårdssynpunkt, föreskriva att lagen helt eller delvis skall tillämpas på en vara eller varugrupp som inte är läkemedel men i fråga om egenskaper eller användning står nära läkemedel (*Inspektionen för hälsa, vård och omsorg*).

4 § Handlar om krav på läkemedel och enligt andra stycket får Läkemedelsverket efter regeringens bemyndigande medge undantag från kravet på fullständig deklARATION (*Inspektionen för hälsa, vård och omsorg*).

6 b § Tredje stycket handlar om att om kommissionen beslutat i fråga om veterinärmedicinska läkemedel ska Läkemedelsverket meddela det beslut som följer av kommissionens avgörande (*Inspektionen för hälsa, vård och omsorg*).

6 c § Läkemedelsverket får efter regeringens bemyndigande meddela ytterligare föreskrifter om erkännande av ett godkännande m.m. som meddelats i en annan stat... (*Inspektionen för hälsa, vård och omsorg*).

6 d § Första och andra styckena handlar om när en sökande begärt/inte begärt att Sverige ska fungera som referensmedlemsstat (*Inspektionen för hälsa, vård och omsorg*).

6 d § Tredje stycket. Läkemedelsverket får efter regeringens bemyndigande meddela ytterligare föreskrifter om ansökan, beredning, godkännande eller registrering som avses i första och andra styckena (*Inspektionen för hälsa, vård och omsorg*).

7 § Första stycket. Läkemedelsverket prövar, efter regeringens bemyndigande, frågor om godkännande eller registrering m.m. (*Inspektionen för hälsa, vård och omsorg*).

7 § Andra stycket. Läkemedelsverket prövar frågor om tillstånd
(*Inspektionen för hälsa, vård och omsorg*).

8 a § Handlar om ansökan om godkännande och att Läkemedelsverket kan medge när kravet på dokumentation är uppfyllt...
(*Inspektionen för hälsa, vård och omsorg*).

8 b § Första och andra stycket handlar om att Läkemedelsverket får medge ett respektive tre års uppgiftsskydd (*Inspektionen för hälsa, vård och omsorg*).

8 c § Femte stycket. Efter regeringens bemyndigande meddelar Läkemedelsverket närmare föreskrifter om förutsättningarna för återopande av dokumentation för referensläkemedel samt skyddstider och uppgiftsskydd (*Inspektionen för hälsa, vård och omsorg*).

8 e § Handlar om ansökan om förnyelse av godkännande (*Inspektionen för hälsa, vård och omsorg*).

8 f § Första-tredje styckena handlar bl.a. om att den som fått ett läkemedel godkänt ska informera Läkemedelsverket om när det släpps ut på den svenska marknaden (*Inspektionen för hälsa, vård och omsorg*).

8 g § Första-tredje styckena handlar om Läkemedelsverkets klassificeringar av läkemedel m.m. (*Inspektionen för hälsa, vård och omsorg*).

8 i § Första-tredje styckena handlar om Läkemedelsverkets beslut om ett läkemedel är utbytbart mot annat läkemedel (*Inspektionen för hälsa, vård och omsorg*).

8 i § Fjärde stycket handlar om att Läkemedelsverket efter regeringens bemyndigande får meddela ytterligare föreskrifter om förutsättningar för utbytbarhet (*Inspektionen för hälsa, vård och omsorg*).

9 § Läkemedelsverket ansvarar för ett system för säkerhetsövervakning som har till syfte att samla in, registrera, lagra och vetenskapligt utvärdera uppgifter om biverkningar av läkemedel som godkänts för försäljning (*Kunskapsmyndigheten för hälsa, vård och omsorg*).

9 c § Information om biverkningar ska lämnas till Läkemedelsverket (*Inspektionen för hälsa, vård och omsorg*).

10 § Läkemedelsverket ska fortlöpande kontrollera ett läkemedel. (*Inspektionen för hälsa, vård och omsorg*).

11 § Läkemedelsverket får ålägga den som fått ett läkemedel godkänt att återkalla det från dem som innehar det under vissa förutsättningar (*Inspektionen för hälsa, vård och omsorg*).

12 § Läkemedelsverket får besluta att ett godkännande ska återkallas tillfälligt, ändras eller upphöra att gälla....(*Inspektionen för hälsa, vård och omsorg*).

14 § Handlar om att Läkemedelsverket prövar tillstånd till klinisk läkemedelsprovning (*Inspektionen för hälsa, vård och omsorg*).

16 § Handlar om Läkemedelsverkets tillstånd till yrkesmässig tillverkning av läkemedel m.m. (*Inspektionen för hälsa, vård och omsorg*).

16 a § Läkemedelsverket får efter regeringens bemyndigande meddela föreskrifter om framställning, förvaring, distribution och import av blod och blodkomponenter avsedda att användas som råvara vid tillverkning av läkemedel och tillverkning och import av läkemedel som innehåller blod eller blodkomponenter (*Inspektionen för hälsa, vård och omsorg*).

17 § Läkemedelsverket får besluta om särskilt tillstånd till import av läkemedel.... (*Inspektionen för hälsa, vård och omsorg*).

17 a § Andra stycket. Läkemedelsverket får efter regeringens bemyndigande meddela föreskrifter om undantag från skyldigheten att vid import av läkemedel företa sådan kontroll som avses i första stycket (*Inspektionen för hälsa, vård och omsorg*).

17 b § Om inte regeringen eller, efter regeringens bemyndigande, Läkemedelsverket föreskriver något annat, får resande föra in läkemedel i Sverige, om de är avsedda för medicinskt ändamål och den resandes personliga bruk (*Inspektionen för hälsa, vård och omsorg*).

19 § Andra stycket handlar om radioaktiva läkemedel....om inte Läkemedelsverket för ett visst fall medger något annat (*Inspektionen för hälsa, vård och omsorg*).

20 § Handlar om att vissa beslut av Läkemedelsverket ska fattas inom den tid som regeringen föreskriver (*Inspektionen för hälsa, vård och omsorg*).

22 b § Handlar om att alkoholhaltiga läkemedel eller teknisk sprit inte får lämnas ut om det finns särskild anledning att anta att varan är avsedd att användas i berusningssyfte och att Läkemedelsverket efter regeringens bemyndigande får meddela föreskrifter om utlämnande...(*Inspektionen för hälsa, vård och omsorg*).

23 och 24 §§ Handlar om Läkemedelsverkets tillsyn (*Inspektionen för hälsa, vård och omsorg*).

25 § Första – sjunde styckena handlar om avgifter och hänvisningar sker till Läkemedelsverket (*Inspektionen för hälsa, vård och omsorg*).

25 § Åttonde stycket. Läkemedelsverket får meddela ytterligare föreskrifter om avgifter som inte gäller avgifternas storlek (*Inspektionen för hälsa, vård och omsorg*).

28 § Överklagandebestämmelse. Överklagbara beslut är sådana som Läkemedelsverket meddelat i ett enskilt fall (*Inspektionen för hälsa, vård och omsorg*).

29 § Andra stycket. Regeringen får överlåta till Läkemedelsverket att besluta föreskrifter för att skydda människors eller djurs hälsa eller miljön (*Kunskapsmyndigheten för hälsa, vård och omsorg*).

Läkemedelsförordning (2006:272)

Läkemedelsverket har en mängd uppgifter enligt förordningen. Ordet Läkemedelsverket byts ut i hela förordningen (*Inspektionen för hälsa, vård och omsorg*) med undantag för 4 kap. 5 § som handlar om att Läkemedelsverket får föra hälsodataregister. Ett sådant register får föras för att tillgodose behovet av uppgifter för de ändamål som anges i 9 § läkemedelslagen, dvs. samla in, registrera,

lagra och vetenskapligt utvärdera uppgifter om biverkningar av läkemedel som godkänts för försäljning samt för framställning av statistik och forskning (*Kunskapsmyndigheten för hälsa, vård och omsorg*).

Lag (1992:860) om kontroll av narkotika

1 § Regeringen eller efter regeringens bemyndigande Läkemedelsverket ska upprätta och kungöra förteckningar över narkotika (*Inspektionen för hälsa, vård och omsorg*, som även föreslås få i uppgift att bevaka och utreda behovet av narkotikaklassificering av sådana varor som inte utgör läkemedel).

7 c § Läkemedelsverket får efter regeringens bemyndigande meddela föreskrifter om bl.a. särskilda tillstånd för apotek eller myndigheter att inneha eller släppa ut narkotikaprekursorer på marknaden (*Inspektionen för hälsa, vård och omsorg*).

8 § Första stycket. Läkemedelsverket prövar frågor om tillstånd (*Inspektionen för hälsa, vård och omsorg*).

8 § Andra stycket. Läkemedelsverket är behörig myndighet enligt förordning (EG) nr 273/2004 och förordning (EG)nr 111/2005. Det handlar bl.a. om kontroll och tillsyn i frågor om narkotikaprekursorer (*Inspektionen för hälsa, vård och omsorg*).

9 § Läkemedelsverket ska kunna kontrollera...(*Inspektionen för hälsa, vård och omsorg*).

10 och 11 §§ Handlar om Läkemedelsverkets tillsyn (*Inspektionen för hälsa, vård och omsorg*).

14 §§ Överklagandebestämmelse. Beslut som får överklagas till Läkemedelsverket (*Inspektionen för hälsa, vård och omsorg*).

15 § Läkemedelsverket byts ut mot (*Inspektionen för hälsa, vård och omsorg*).

Förordning (1992:1554) om kontroll av narkotika

Läkemedelsverket byts ut mot (*Inspektionen för hälsa, vård och omsorg*) i hela förordningen även i fråga om Läkemedelsverkets föreskriftsrätt.

Lag (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade

15 a § Kommunen ska lämna ut vissa personuppgifter beträffande enskilda som beviljas insatser till Socialstyrelsen för framställning av officiell statistik (Kunskapsmyndigheten för hälsa, vård och omsorg).

23 § Första stycket...tillstånd av Socialstyrelsen att yrkesmässigt bedriva verksamhet (*Inspektionen för hälsa, vård och omsorg*).

Andra och tredje stycket. Anmälningsskyldighet till Socialstyrelsen (*Inspektionen för hälsa, vård och omsorg*).

23 c § Om den som ansvarar för en personakt anser att akten eller någon del i personakten inte ska lämnas ut ska frågan överlämnas till Socialstyrelsen för prövning, jfr 4 § andra stycket socialtjänstlagen (*Inspektionen för hälsa, vård och omsorg*).

23 d § Socialstyrelsen får besluta att en personakt i enskild verksamhet ska omhändertas och återlämnas, jfr socialtjänstlagen (*Inspektionen för hälsa, vård och omsorg*).

24 f § Anmälan om allvariga missförhållanden till Socialstyrelsen (*Inspektionen för hälsa, vård och omsorg*).

25, 26 a, 26 c, 26 d, 26 f, 26 g, 26 h, 26 i §§ handlar om Socialstyrelsens tillsyn (*Inspektionen för hälsa, vård och omsorg*).

27 § Första stycket. Beslut av bl.a. Socialstyrelsen får överklagas (*Inspektionen för hälsa, vård och omsorg*).

Tredje stycket. Överklagande av Socialstyrelsens beslut om utlämnande av personakt enligt 23 c (*Inspektionen för hälsa, vård och omsorg*).

28 c § Förvaltningsrätten prövar efter ansökan av Socialstyrelsen frågor om kommuner eller landsting ska åläggas betala en särskild avgift, t.ex. om en insats inte tillhandahålls inom skälig tid (*Inspektionen för hälsa, vård och omsorg*).

28 f, 28 g, 28 i §§ En nämnd har rapporteringsskyldighet till Socialstyrelsen om gynnande nämndbeslut m.m. (*Inspektionen för hälsa, vård och omsorg*).

Tobakslag (1993:581)

16–18 b §§ Handlar om produktkontroll.

16 § Tillverkare eller importör av tobaksvara ska, i den utsträckning som föreskrivs av regeringen, till Statens folkhälsoinstitut lämna uppgifter om ingredienser och kvantiteter av dessa i tobaksvaror samt om deras effekter på hälsan (*Inspektionen för hälsa, vård och omsorg*).

18 b § Tillverkare, partihandlare och importörer av tobaksvaror ska till Statens folkhälsoinstitut lämna uppgifter om de kostnader som de har haft för reklam, annan marknadsföring och sponsring för sådana varor (*Inspektionen för hälsa, vård och omsorg*).

19 § 2 Statens folkhälsoinstitut har den centrala tillsynen över att lagen och anslutande föreskrifter följs när det gäller

- a) miljöer som avses i 2 § och som inte är upplåtna enbart för personal,
- b) lokaler som avses i 4 §,
- c) varningstexter m.m. enligt 9, 10 och 11 §§,
- d) handel m.m. enligt 12–12 d §§,
- e) produktkontroll m.m. enligt 16–18 §§, och
- f) uppgifter om kostnader för marknadsföring enligt 18 b §, över vissa frågor (*Inspektionen för hälsa, vård och omsorg*).

19 a § Följdändring. Statens folkhälsoinstitut byts ut (*Inspektionen för hälsa, vård och omsorg*).

20 § Statens folkhälsoinstitut får meddela de förelägganden och förbud som behövs... (*Inspektionen för hälsa, vård och omsorg*).

25 § Överklagandebestämmelse (*Inspektionen för hälsa, vård och omsorg*).

Tobaksförordning (2001:312)

Orden Statens folkhälsoinstitut byts ut i hela förordningen (*Inspektionen för hälsa, vård och omsorg*).

Lag (1993:584) om medicintekniska produkter

Inga följändringar behövs då lagen inte pekar ut någon myndighet.

Förordning (1993:876) om medicintekniska produkter

2–6 §§ Läkemedelsverket bemyndigas att meddela föreskrifter om bl.a. vad som avses med en medicinteknisk produkt (*Inspektionen för hälsa, vård och omsorg*).

10 § Läkemedelsverket och Socialstyrelsen får meddela föreskrifter i fråga om uppgiftsskyldighet enligt 10 § lagen (1993:584) om medicintekniska produkter (*Inspektionen för hälsa, vård och omsorg*).

11 § Läkemedelsverket har tillsyn...Socialstyrelsen har dock tillsyn i fråga om fabrikssteriliserade engångsartiklar och preventivmedel som inte har CE märkning (*Inspektionen för hälsa, vård och omsorg får all tillsyn*).

12 § Hänvisar till Läkemedelsverkets åtgärder med anledning av en anmälan om klinisk prövning... (*Inspektionen för hälsa, vård och omsorg*).

13 § Första stycket hänvisar till Läkemedelsverkets åtgärder i samband med registrering....(*Inspektionen för hälsa, vård och omsorg*).

13 § Andra stycket. Läkemedelsverket bemyndigas att meddela föreskrifter om skyldighet för en näringsidkare att betala avgifter som täcker kostnader för verkets åtgärder i samband med provtagning och undersökning av prover (*Inspektionen för hälsa, vård och omsorg*).

16 § Första stycket. Anmälning- eller ansökningsavgift....betalas inom den tid och på det sätt som Läkemedelsverket bestämmer (*Inspektionen för hälsa, vård och omsorg*).

16 § Andra stycket. Läkemedelsverket får göra vissa undantag (*Inspektionen för hälsa, vård och omsorg*).

Lag (1997:191) med anledning av Sveriges tillträde till Haagkonventionen om skydd av barn och samarbete vid internationella adoptioner

2 § Myndigheten för internationella adoptionsfrågor (MIA) är centralmyndighet..... (*Inspektionen för hälsa, vård och omsorg*).

Lag (1997:192) om internationell adoptionsförmedling

Enligt lagen avgör Myndigheten för internationell adoptionsförmedling (MIA) frågor om auktorisation och har tillsyn över de auktoriserade sammanslutningarna. MIA byts ut till (*Inspektionen för hälsa, vård och omsorg*).

Lag (1998:1214) om överlämnande av vissa förvaltningsuppgifter till Hjälpmedelsinstitutet, ideell förening

Enligt förordningen får regeringen överlämna till Hjälpmedelsinstitutet, ideell förening, att pröva frågor om fördelning av sådant bidrag och annat stöd som gäller verksamhet med hjälpmedel för personer med funktionshinder, och som skall lämnas till sjukvårdshuvudman, handikapporganisationer eller andra organisationer som företräder brukarnas intressen, företag med verksamhet inom hjälpmedelsområdet eller andra med sådan verksamhet (*Kunskapsmyndigheten för hälsa, vård och omsorg*).

Lag (1999:42) om förbud mot vissa hälsofarliga varor

Inga följdändringar.

Förordning (1999:58) om förbud mot vissa hälsofarliga varor

Statens folkhälsoinstitut får meddela tillstånd och föreskrifter samt utöva tillsyn m.m. (*Inspektionen för hälsa, vård och omsorg*).

Förordning (2001:100) om den officiella statistiken

Enligt förordningen är Socialstyrelsen statistikansvarig myndighet för hälso- och sjukvård. I bilagan till förordningen byts ordet Socialstyrelsen ut mot (*Kunskapsmyndigheten för hälsa, vård och omsorg*).

Socialtjänstlag (2001:453)**2 a kap.**

11 § Socialstyrelsen prövar ansökningar om överflyttning av ärende som avser vård m.m. om en enskild person till annan kommun. (*Inspektionen för hälsa, vård och omsorg*).

7 kap.

1 § Socialstyrelsen hanterar ärenden om tillstånd att bedriva enskild verksamhet och anmälningsskyldighet för sådan verksamhet. (*Inspektionen för hälsa, vård och omsorg*)

3 § ...enskild verksamhet som står under Socialstyrelsens tillsyn (*står under tillsyn av Inspektionen för hälsa, vård och omsorg*).

4 § Första stycket...står under Socialstyrelsens tillsyn (*står under tillsyn av Inspektionen för hälsa, vård och omsorg*).

4 § Andra stycket. Socialstyrelsen prövar frågan om utlämnande av en personakt i enskild verksamhet när den som ansvarar för akten anser att den inte bör lämnas ut. (*Inspektionen för hälsa, vård och omsorg*).

5 § Socialstyrelsen beslutar om omhändertagande och återlämnande av personakt i enskild verksamhet (*Inspektionen för hälsa, vård och omsorg*).

12 kap.

9 § Socialnämnden har anmälningsskyldighet till Statens folkhälsoinstitut i fråga om iakttagelser av missbruk av nya och kända medel (*Inspektionen för hälsa, vård och omsorg* eftersom vi föreslår att den myndigheten får i uppgift att utreda narkotikaklassificeringar av hälsofarliga varor).

13 kap.

Hela kapitlet handlar om Socialstyrelsens tillsyn (*Inspektionen för hälsa, vård och omsorg*).

14 kap

7 § Socialnämnden, den som bedriver enskild verksamhet eller Statens institutionsstyrelsens ledning har skyldighet att anmäla allvarliga missförhållanden etc. till Socialstyrelsen (*Inspektionen för hälsa, vård och omsorg*).

16 kap

4 § Överklagandebestämmelse.

Första stycket. Socialstyrelsens beslut får överklagas i ärenden om överklagande av tillstånd, omhändertagande av personakt, föreläggande och återkallelse av tillstånd och förbud och överflyttning av ärende till annan kommun (*Inspektionen för hälsa, vård och omsorg*).

Andra stycket. Handlar om att vissa bestämmelser i offentlighets- och sekretesslagen gäller i tillämpliga delar i fråga om överklagande av Socialstyrelsens beslut i ärende om utlämnande av personakt i enskild verksamhet. Tredje stycket.

Fjärde stycket. Beslut av Socialstyrelsen.....gäller omedelbart (*Inspektionen för hälsa, vård och omsorg*).

6 § Allmänt åtal får väckas endast efter medgivande av Socialstyrelsen (*Inspektionen för hälsa, vård och omsorg*).

6 c § Frågor om särskild avgift (när en kommun inte inom skälig tid tillhandahållit bistånd) prövas efter ansökan av Socialstyrelsen (*Inspektionen för hälsa, vård och omsorg*).

6 f §, 6 g § och 6 i § handlar om rapporteringsskyldighet till Socialstyrelsen m.m. och om gynnande nämndbeslut som inte har verkställts ... (*Inspektionen för hälsa, vård och omsorg*).

Socialtjänstförordning (2001:937)**1 kap.**

2 § ...står under Socialstyrelsens tillsyn (*Inspektionen för hälsa, vård och omsorg*).

3 kap.

11 § Särskild bestämmelse om att föreståndaren på ett hem för vård eller boende ska meddela Socialstyrelsen om vad som gäller i fråga om inskrivning (*Inspektionen för hälsa, vård och omsorg*).

19 och 20 §§ Handlar om tillsyn. Ordet Socialstyrelsen byts ut mot (*Inspektionen för hälsa, vård och omsorg*).

4 kap.

1, 1 a, 3 §§ Handlar om tillstånds- och anmälningsplikt. Ordet Socialstyrelsen byts ut mot (*Inspektionen för hälsa, vård och omsorg*).

3 a § Socialstyrelsen ska föra ett register över de som har tillstånd...och de som har anmält verksamhet. Ordet Socialstyrelsen byts ut mot (*Inspektionen för hälsa, vård och omsorg*).

4 § ...står under Socialstyrelsens tillsyn (*Inspektionen för hälsa, vård och omsorg*).

5 § Handlar om skyldighet att anmäla nedlagd verksamhet till Socialstyrelsen (*Inspektionen för hälsa, vård och omsorg*).

7 kap.

1 § ...Socialstyrelsen fastställer ett formulär för förteckningen... (*Inspektionen för hälsa, vård och omsorg*).

8 kap.

1 § Socialstyrelsen får meddela föreskrifter inom socialtjänsten som behövs till skydd för enskilds liv, personliga säkerhet eller hälsa i verksamhet som avser....(*Kunskapsmyndigheten för hälsa, vård och omsorg*).

2 § Socialstyrelsen får meddela sådana föreskrifter som behövs till skydd för enskildas liv, personliga säkerhet eller hälsa i verksamhet vid sådana hem som avses i 6 kap. 3 § socialtjänstlagen.....(*Kunskapsmyndigheten för hälsa, vård och omsorg*).

5 § Socialstyrelsen får meddela de ytterligare föreskrifter som behövs för verkställigheten av socialtjänstlagen (2001:453), lagen (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga och lagen (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall samt denna förordning (*Inspektionen för hälsa, vård och omsorg*).

Förordning (2001:526) om de statliga myndigheternas ansvar för genomförandet av handikappolitiken

Enligt 3 § ska myndigheterna, när det finns anledning till det, samråda med Myndigheten för handikappolitisk samordning om hur insatser enligt denna förordning skall utformas. Byt ut mot (*Kunskapsmyndigheten för hälsa, vård och omsorg*).

Förordning (2001:707) om patientregister hos Socialstyrelsen

I förordningen framkommer att registret är ett s.k. hälsodataregister och att Socialstyrelsen är personuppgiftsansvarig. Bland Socialstyrelsens uppgifter ingår en möjlighet att utfärda föreskrifter om hur uppgiftsskyldighet ska fullgöras. Ordet Socialstyrelsen byts ut i hela förordningen (*Kunskapsmyndigheten för hälsa, vård och omsorg*). Observera 5 § som eventuellt behöver omformuleras.

Förordning (2001:708) om medicinskt födelseregister hos Socialstyrelsen

I förordningen framkommer att registret är ett s.k. hälsodataregister och att Socialstyrelsen är personuppgiftsansvarig. Bland Socialstyrelsens uppgifter ingår en möjlighet att utfärda föreskrifter om hur uppgiftsskyldighet ska fullgöras. Ordet Socialstyrelsen byts ut i hela förordningen (*Kunskapsmyndigheten för hälsa, vård och omsorg*). Observera 5 § som eventuellt behöver omformuleras.

Förordning (2001:709) om cancerregister hos Socialstyrelsen

I förordningen framkommer att registret är ett hälsodataregister och att Socialstyrelsen är personuppgiftsansvarig. Bland Socialstyrelsens uppgifter ingår en möjlighet att utfärda föreskrifter om hur uppgiftsskyldighet ska fullgöras. Ordet Socialstyrelsen byts ut i hela förordningen mot (*Kunskapsmyndigheten för hälsa, vård och omsorg*). Observera 5 § som eventuellt behöver omformuleras.

Lag (2002:160) om läkemedelsförmåner m.m.

7 §, 7 a, § 7 b §, 9–14 §§, 16 §, 26 och 27 §§ anger Tandvårds- och läkemedelsförmånsverkets uppgifter, bl.a. att besluta om ett läkemedel eller en vara ska ingå i läkemedelsförmåner (*Kunskapsmyndigheten för hälsa, vård och omsorg*).

Rubriken före 7 § ändras till (*Kunskapsmyndigheten för hälsa, vård och omsorg*).

18 § 2 och 19 §...som Socialstyrelsen förklarar behörig därtill (...som *Inspektionen för hälsa, vård och omsorg förklarar behörig därtill*).

24 § Läkemedelsverket ska på begäran av Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket lämna uppgifter om ett läkemedel till myndigheten om uppgifterna behövs för prövning enligt denna lag.

(*Inspektionen för hälsa, vård och omsorg ska på begäran av Kunskapsmyndigheten för hälsa, vård och omsorg lämna uppgifter om*

ett läkemedel till myndigheten om uppgifterna behövs för prövning enligt denna lag eftersom Inspektionen för hälsa, vård och omsorg ansvarar för läkemedelsgodkännanden och Kunskapsmyndigheten för hälsa, vård och omsorg för prisreglering av läkemedelsförmånerna.)

25 § Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket har tillsyn över efterlevnaden av denna lag..... (*Inspektionen för hälsa, vård och omsorg*).

26 och 27 §§ handlar om att överklagande m.m. av Tandvårds- och läkemedelsförmånsverkets beslut (*omarbetas då utredningens förslag innebär att Inspektionen för hälsa, vård och omsorg beslutar om tillsyn och Kunskapsmyndigheten för hälsa, vård och omsorg beslutar om ett läkemedel ska ingå i läkemedelsförmånerna*).

Förordning (2002:687) om läkemedelsförmåner m.m.

4 a § Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket får meddela föreskrifter om hur inköpspris och försäljningspris...ska fastställas (*Kunskapsmyndigheten för hälsa, vård och omsorg*).

5 § Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket får meddela föreskrifter om förutsättningarna för att ett visst receptfritt läkemedel eller en viss grupp av sådana läkemedel ska ingå i läkemedelsförmånerna (*Kunskapsmyndigheten för hälsa, vård och omsorg*).

6 § Andra stycket. Läkemedelsverket skall upprätta en förteckning över de livsmedel som omfattas av prisnedsättningen. Verket skall också ange vilken specialistkompetens som skall krävas för att läkare skall vara behöriga att förskriva sådana livsmedel (*Inspektionen för hälsa, vård och omsorg*).

9 § Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket ska meddela beslut inom 180 dagar....(*Kunskapsmyndigheten för hälsa, vård och omsorg*).

10 § Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket ska offentliggöra en förteckning över de läkemedel som ingår i läkemedelsförmånerna....(*Kunskapsmyndigheten för hälsa, vård och omsorg*).

12 § Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket får meddela föreskrifter om utbyte av läkemedel....(*Kunskapsmyndigheten för hälsa, vård och omsorg*).

19 § Läkemedelsverket ska, efter samråd med Tandvårds- och Läkemedelsförmånsverket och landstingen, fastställa blanketter (*Kunskapsmyndigheten för hälsa, vård och omsorg*).

21 § Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket får meddela ytterligare föreskrifter om verkställighet av lagen (2002:160) om läkemedelsförmåner m.m. Socialstyrelsen får dock meddela föreskrifter om arbetsplatskoder samt om verkställighet av 18 § 2 och 19 § samma lag (*Kunskapsmyndigheten för hälsa, vård och omsorg som tar över både TLV:s och Socialstyrelsens uppgifter*).

Lag (2002:297) om biobanker i hälso- och sjukvården m.m.

Socialstyrelsens uppgifter enligt lagen är bl.a. att ta emot anmälningar, meddela tillstånd, utöva tillsyn och meddela föreskrifter i frågor om biobanker. Ordet Socialstyrelsen byt ut i hela lagen (*Inspektionen för hälsa, vård och omsorg*).

2 kap. 6 § Socialstyrelsen ska föra ett automatiserat register över biobanker. Registret skall användas för tillsyn, i forskningen och för framställning av statistik (*Inspektionen för hälsa, vård och omsorg*).

Förordning (2002:746) om biobanker i hälso- och sjukvården m.m.

Socialstyrelsen har olika uppgifter enligt förordningen, bl.a. får socialstyrelsen meddela föreskrifter om hur länge vävnadsprover skall bevaras i biobanker och ytterligare föreskrifter om förfarandet vid anmälan till myndigheten enligt 2 kap. 5 § lagen (2002:297) om biobanker i hälso- och sjukvården m.m. om att en biobank har inrättats. En bedömning måste bl.a. göras i vilka fall föreskrifterna ska meddelas av *Inspektionen för hälsa, vård och omsorg* eller *Kunskapsmyndigheten för hälsa, vård och omsorg*.

Smittskyddslag (2004:168)**1 kap.**

7 § Socialstyrelsen ansvarar för samordning av smittskyddet på nationell nivå och skall ta de initiativ som krävs för att upprätthålla ett effektivt smittskydd. Socialstyrelsen ska följa och vidareutveckla smittskyddet.

Smittskyddsinstitutet skall som expertmyndighet följa och analysera det epidemiologiska läget nationellt och internationellt och föreslå åtgärder för att landets smittskydd ska fungera effektivt. (*Kunskapsmyndigheten för hälsa, vård och omsorg* får hela ansvaret.)

2 kap.

5 § ...anmäla fall av allmänfarlig sjukdom bl.a. till Smittskyddsinstitutet (*Kunskapsmyndigheten för hälsa, vård och omsorg*).

7 § Socialstyrelsen har efter regeringens bemyndigande rätt att meddela föreskrifter i fråga om anmälan av sjukdomsfall (*Kunskapsmyndigheten för hälsa, vård och omsorg*).

3 kap.

8 och 10 §§ Socialstyrelsen får besluta i frågor om extraordinära skyddsåtgärder (*Kunskapsmyndigheten för hälsa, vård och omsorg*).

6 kap.

9 § 2står under tillsyn av Socialstyrelsen (...*står under tillsyn av Inspektionen för hälsa, vård och omsorg*).

8 kap.

1 § Tredje och fjärde styckena handlar om överklagande av Socialstyrelsens beslut om undantag från beslut om avspärrning av visst område (*Kunskapsmyndigheten för hälsa, vård och omsorg*).

7 § Socialstyrelsen ska för viss tid förordna särskilda sakkunniga att bistå rätten i mål om isolering m.m. (*Kunskapsmyndigheten för hälsa, vård och omsorg*).

12 § Andra stycket. Polismyndigheten ska lämna biträde på begäran av Socialstyrelsen för att spärra av områden m.m. (*Kunskapsmyndigheten för hälsa, vård och omsorg*).

9 kap.

1 § Socialstyrelsen har tillsyn...(*Inspektionen för hälsa, vård och omsorg*).

Smittskyddsförordning (2004:255)

Socialstyrelsen har föreskriftsrätt, bl.a. i fråga om anmälan av sjukdomsfall, och andra uppgifter enligt förordningen, se **5, 7 och 12 §§** (*Kunskapsmyndigheten för hälsa, vård och omsorg*).

6 § Smittskyddsinstitutet ska fortlöpande sammanställa och utvärdera anmälningar till institutet enligt 2 kap. 5 § smittskyddslagen (2004:168) och på begäran från Socialstyrelsen eller andra myndigheter inom smittskyddet tillhandahålla sådan information. (*Bestämmelsen bör ses över eftersom Kunskapsmyndigheten för hälsa, vård och omsorg får ansvar för både Smittskyddsinstitutets och Socialstyrelsens uppgifter.*)

Förordning (2005:363) om läkemedelsregister hos Socialstyrelsen

I förordningen framkommer att registret är ett hälsodataregister och att Socialstyrelsen är personuppgiftsansvarig. Ingen föreskriftsrätt. Ordet Socialstyrelsen byts ut i hela förordningen mot (*Kunskapsmyndigheten för hälsa, vård och omsorg*).

Förordning (2006:11) om skyldighet för Rättsmedicinalverket att lämna uppgifter till Socialstyrelsens dödsorsaksregister

Ordet Socialstyrelsen byts ut i hela förordningen mot (*Kunskapsmyndigheten för hälsa, vård och omsorg*).

Förordning (2006:94) om register hos Socialstyrelsen över insatser inom den kommunala hälso- och sjukvården

I förordningen framkommer att registret är ett hälsodataregister och att Socialstyrelsen är personuppgiftsansvarig. Bland Socialstyrelsens uppgifter ingår en möjlighet att efter samråd med Sveriges kommuner och landsting utfärda föreskrifter om hur uppgiftsskyldighet ska fullgöras. Ordet Socialstyrelsen byts ut i hela förordningen mot (*Kunskapsmyndigheten för hälsa, vård och omsorg*).

Lag (2006:323) om utbyte av sprutor och kanyler

Socialstyrelsen meddelar tillstånd till sprututbytesverksamhet m.m. Ordet Socialstyrelsen byts ut i hela lagen (*Inspektionen för hälsa, vård och omsorg*).

Lag (2006:496) om blodsäkerhet

18 § Första stycket. Socialstyrelsen ska.....föra ett register över dem som har tillstånd att bedriva blodverksamhet (*Inspektionen för hälsa, vård och omsorg*).

18 § Tredje stycket. Socialstyrelsen är personuppgiftsansvarig för registret (*Inspektionen för hälsa, vård och omsorg*).

18 a § Socialstyrelsen ska, snarast efter att ha fått kännedom om att en allvarlig biverkan har observerats hos en patient i samband med en transfusion, lämna information till samtliga blodcentraler..... (*Inspektionen för hälsa, vård och omsorg*).

19 § ...Uppgifter ska lämnas till Socialstyrelsen som är nödvändiga för att registret enligt 18 § ska lämnas (*Inspektionen för hälsa, vård och omsorg*).

Förordning (2006:497) om blodsäkerhet

2 och 3 §§ Både Socialstyrelsen och Läkemedelsverket beslutar om tillstånd och utöver tillsyn (Bestämmelserna omarbetas p.g.a. utredningen föreslår en tillstånds- och tillsynsmyndighet *Inspektionen för hälsa, vård och omsorg*).

4 § Ansökan om tillstånd....om något förhållande som omfattas av en tidigare ansökan ändras, ska detta omgående anmälas till Socialstyrelsen respektive Läkemedelsverket (*Inspektionen för hälsa, vård och omsorg*).

6 § Handlar om att Socialstyrelsen och Läkemedelsverket ska samverka med varandra i vissa frågor vid tillsynen. Bestämmelsen upphör p.g.a. endast en tillsynsmyndighet.

7 § Socialstyrelsens register.....(*Inspektionen för hälsa, vård och omsorg*).

7 a och b §§ Socialstyrelsen och Läkemedelsverket får meddela föreskrifter bl.a. om vilka uppgifter register enligt 16 § lagen om blodsäkerhet ska innehålla (*Inspektionen för hälsa, vård och omsorg*).

8 § Upphör p.g.a. endast en tillsynsmyndighet.

9 § Andra stycket. Socialstyrelsen och Läkemedelsverket får meddela föreskrifter om avgifter....(*Inspektionen för hälsa, vård och omsorg*).

10 § Första stycket. Socialstyrelsen och Läkemedelsverket får meddela ytterligare föreskrifter om blodverksamhet som behövs till skydd för liv eller hälsa.....(*Kunskapsmyndigheten för hälsa, vård och omsorg*).

10 § Andra stycket. Socialstyrelsen och Läkemedelsverket får meddela ytterligare föreskrifter om verkställigheten av lagen... (*Inspektionen för hälsa, vård och omsorg*).

Förordning (2006:942) om krisberedskap och höjd beredskap

I bilagan till förordningen pekas bl.a. Socialstyrelsen och Smittskyddsinstitutet ut som ansvariga myndigheter för samverkansområdet Farliga ämnen. För samverkansområdet Skydd undsättning och vård pekas bl.a. Socialstyrelsen ut som ansvarig myndighet (*Kunskapsmyndigheten för hälsa, vård och omsorg*).

Förordning (2006:1119) om omvandling av fängelse på livstid

7 § Rätten får inhämta yttrande från Socialstyrelsen över en utredning om risken för återfall i brottslighet....(*Inspektionen för hälsa, vård och omsorg*).

8 § följdändring (*Inspektionen för hälsa, vård och omsorg*).

Lag (2006:1570) om skydd mot internationella hot mot människors hälsa

5, 10–12 §§, 13 och 16 §§ Ordet Socialstyrelsen byts ut (*Kunskapsmyndigheten för hälsa, vård och omsorg*).

26 § Socialstyrelsen har tillsyn över efterlevnaden.....(*Inspektionen för hälsa, vård och omsorg*).

Förordning (2007:156) om skydd mot internationella hot mot människors hälsa

Socialstyrelsen har uppgifter enligt lagen bl.a. får Socialstyrelsen meddela närmare föreskrifter om vilka misstänkta eller konstaterade fall av sjukdomar som skall rapporteras till Socialstyrelsen

enligt 10 § första stycket lagen (2006:1570) om skydd mot internationella hot mot människors hälsa. Socialstyrelsen byts ut mot i hela förordningen mot (*Kunskapsmyndigheten för hälsa, vård och omsorg*).

Lag (2008:145) om statligt tandvårdsstöd

3 kap. 3 § Andra stycket. Vårdgivaren ska till Socialstyrelsen lämna uppgifter om sina patienters tandhälsa. I tredje stycket anges att regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer får meddela föreskrifter om vårdgivarens uppgiftsskyldighet i förhållande till Försäkringskassan och Socialstyrelsen och om den information som vårdgivaren ska lämna till en patient. (enligt Karnov syftar uppgiftsskyldigheten till att ge underlag för registrering i ett nytt tandhälsoregister som inrättas hos Socialstyrelsen. Socialstyrelsen är personuppgiftsansvarigt för detta register. Personuppgifter i tandhälsoregistret får behandlas för framställning av statistik, kvalitetssäkring, uppföljning och utvärdering inom tandvårds- och tandhälsoområdet samt för forskning och epidemiologiska undersökningar (*Kunskapsmyndigheten för hälsa, vård och omsorg*).

Förordning (2008:193) om statligt tandvårdsstöd

2, 5, 19 a och 22 §§ Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket får meddela föreskrifter i olika frågor (*Kunskapsmyndigheten för hälsa, vård och omsorg*).

21 § Socialstyrelsen får meddela föreskrifter om vårdgivarens uppgiftsskyldighet enligt 3 kap. 3 § andra stycket lagen (2008:145) om statligt tandvårdsstöd (*Kunskapsmyndigheten för hälsa, vård och omsorg*).

Förordning (2008:194) om tandhälsoregister hos Socialstyrelsen

I förordningen framkommer att registret är ett s.k. hälsodata-register och att Socialstyrelsen är personuppgiftsansvarig. Bland Socialstyrelsens uppgifter ingår en möjlighet att utfärda föreskrifter om hur uppgiftsskyldighet ska fullgöras. Ordet Socialstyrelsen byts ut i hela förordningen (*Kunskapsmyndigheten för hälsa, vård och omsorg*).

Lag (2008:286) om kvalitets- och säkerhetsnormer vid hantering av mänskliga vävnader och celler

23 § Socialstyrelsen ska...föra ett register över dem som har tillstånd att bedriva en vävnadsinrättning. Registret har till ändamål att ge offentlighet åt vilka vävnadsinrättningar som har tillstånd och för vilken verksamhet dessa har beviljats tillstånd. Registret får också användas för tillsyn, forskning och statistik (*Inspektionen för hälsa, vård och omsorg*).

24 § Följdändringar (*Inspektionen för hälsa, vård och omsorg*).

Förordning (2008:414) om kvalitets- och säkerhetsnormer vid hantering av mänskliga vävnader och celler

Såväl Socialstyrelsen som Läkemedelsverket beslutar om tillstånd, utövar tillsyn samt får meddela föreskrifter på olika områden.

2–4, 6–9 och 11 §§ Orden Socialstyrelsen och Läkemedelsverket byts ut (*Inspektionen för hälsa, vård och omsorg*).

5 § Paragrafen kan utgå då någon samverkan mellan myndigheterna inte behövs.

10 § kan utgå då någon uppgiftsskyldighet mellan Läkemedelsverket och Socialstyrelsen inte behövs.

12 § Socialstyrelsen får meddela föreskrifter om vävnadsinrättningar och hanteringen av mänskliga vävnader och celler som behövs till skydd för liv och hälsa....(*Kunskapsmyndigheten för hälsa, vård och omsorg*).

Patientdatalag (2008:355)

8 kap. 2 § andra stycket och 4 §, 9 kap. 1–3 §§ samt 10 kap. 2 § Socialstyrelsen får enligt lagen besluta i olika frågor som rör journalhandlingar/patientjournaler, se. liknande bestämmelser om personakter finns i socialtjänstlagen och lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade (*Inspektionen för hälsa, vård och omsorg*).

Patientdataförordning (2008:360)

I förordningen finns ett antal bemyndiganden för Socialstyrelsen att meddela föreskrifter i olika frågor (*Inspektionen för hälsa, vård och omsorg*).

Förordning (2008:1239) om statsbidrag till auktoriserade adoptionsammanslutningar och till riksorganisationer för adopterade

Enligt förordningen får myndigheten för internationella adoptionsfrågor ange villkoren för statsbidraget m.m. Myndigheten för internationella adoptionsfrågor byts ut (*Inspektionen för hälsa, vård och omsorg*).

Lag (2009:366) om handel med läkemedel

Läkemedelsverket meddelar tillstånd och utövar tillsyn m.m. Alla Bestämmelser i lagen som pekar ut Läkemedelsverket (*Inspektionen för hälsa, vård och omsorg*).

Förordning (2009:659) om handel med läkemedel

7 § Avgifter enligt denna förordning ska betalas till Läkemedelsverket (*Inspektionen för hälsa, vård och omsorg*).

14 och 15 §§ Läkemedelsverket får meddela föreskrifter om utformningen av lokaler m.m. (*Inspektionen för hälsa, vård och omsorg*).

Det finns även bestämmelser om uppgiftsskyldighet till Apotekens Service Aktiebolag i 11 och 12 §§ för att bolaget ska kunna föra statistik (*Infrastrukturmyndigheten för hälsa, vård och omsorg*).

Offentlighets- och sekretesslag (2009:400)**25 kap.**

8 § Sekretess gäller hos Socialstyrelsen för uppgift om en enskilds hälsotillstånd eller andra personliga förhållanden i anmälan i ärende om klagomål mot hälso- och sjukvården eller dess personal enligt 7 kap. patientsäkerhetslagen (2010:659).....(*Inspektionen för hälsa, vård och omsorg*).

8 a § Första stycket. Sekretess gäller hos Socialstyrelsen i ärende om legitimation, särskilt förordnande att utöva yrke, bevis som kompetens som Europaläkare...(*Inspektionen för hälsa, vård och omsorg*).

Andra stycket. Sekretess gäller hos Socialstyrelsen i ärende om klagomål eller i initiativärende enligt 7 kap. patientsäkerhetslagen...(*Inspektionen för hälsa, vård och omsorg*).

18 § Tredje stycket. Den tystnadsplikt som följer av 8 § inskränker rätten att meddela och offentliggöra uppgifter, när det är fråga om uppgift i anmälan till Socialstyrelsen....(*Inspektionen för hälsa, vård och omsorg*).

Offentlighets- och sekretessförordning (2009:641)

I förordningen görs ett antal undantag från OSL för olika myndigheter i olika frågor, bl.a. Socialstyrelsen, Läkemedelsverket, Myndigheten för vårdanalys, Statens folkhälsoinstitut. En genomgång och bedömning måste göras.

Patientsäkerhetslag (2010:659)

1 kap.

1 § Sjätte strecksatsen. I lagen finns bestämmelser om Socialstyrelsens tillsyn (7 kap.). (*Tillsyn som utövas av Inspektionen för hälsa, vård och omsorg*).

4 § 5 Med hälso- och sjukvårdspersonal avses i denna lag personal vid Giftinformationscentralen som lämnar råd och upplysningar (personal vid Giftinformationscentralen, *Kunskapsmyndigheten för hälsa, vård och omsorg*, som lämnar råd och upplysningar).

2 kap.

1 § Den som avser att bedriva verksamhet som omfattas av Socialstyrelsens tillsyn ska anmäla detta till Socialstyrelsen.... (*...omfattas av den tillsyn som utövas av Inspektionen för hälsa, vård och omsorg ska anmäla detta till Inspektionen*).

2 § Om verksamheten helt eller till väsentlig del förändras eller flyttas, ska detta anmälas till Socialstyrelsen inom en månad efter genomförandet. Om verksamheten läggs ned, ska det snarast anmälas till Socialstyrelsen (*...anmälas till Inspektionen för hälsa, vård och omsorg*).

4 § Handlar om att Socialstyrelsen ska föra ett register över verksamheter som anmälts enligt detta kapitel (*Inspektionen för hälsa, vård och omsorg*).

3 kap.

Rubriken före 5 §. Anmälningsskyldighet till Socialstyrelsen (*Inspektionen för hälsa, vård och omsorg*).

5–7 §§ Handlar om vårdgivarens anmälningsskyldighet till Socialstyrelsen. Ordet Socialstyrelsen byts ut (*Inspektionen för hälsa, vård och omsorg*).

8 § 3 Ordet Socialstyrelsen byts ut (*Inspektionen för hälsa, vård och omsorg*).

4 kap.

10 § Ansökningar om legitimation...prövas av Socialstyrelsen (*Inspektionen för hälsa, vård och omsorg*).

6 kap.

11 § Handlar om att det ska anmälas till Socialstyrelsen om en legitimerad yrkesutövares förskrivning av narkotiska läkemedel m.m. befaras stå i strid med vetenskap och beprövad erfarenhet (*Inspektionen för hälsa, vård och omsorg*).

15 § 4 Hänvisar till Socialstyrelsens råd för vissa rättsliga, sociala och medicinska frågor....(*Inspektionen för hälsa, vård och omsorg*).

7 kap.

Handlar om Socialstyrelsens tillsyn. Ordet Socialstyrelsen byts ut i rubriken och i hela kapitlet (*Inspektionen för hälsa, vård och omsorg*).

8 kap.

Inga förändringar föreslås vad gäller Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd.

2 § Förslag till prøvotidsplan upprättas av Socialstyrelsen (*Inspektionen för hälsa, vård och omsorg*).

9 kap.

1 och 17 §§ Ordet Socialstyrelsen byts ut (*Inspektionen för hälsa, vård och omsorg*).

10 kap.

1 och 8 §§, 11 § 1 och 13–15 §§. Ordet Socialstyrelsen byts ut (*Inspektionen för hälsa, vård och omsorg*).

Patientsäkerhetsförordning (2010:1369)

Socialstyrelsen har en mängd uppgifter enligt förordningen, bl.a. att meddela föreskrifter i olika frågor om legitimation, specialistkompetens, yrkeskvalifikationer m.m. Ordet Socialstyrelsen byts i hela förordningen ut (*Inspektionen för hälsa, vård och omsorg*) utom i 7 kap. 4 § som ger Socialstyrelsen möjlighet att meddela föreskrifter om skyldigheter för hälso- och sjukvårdspersonalen som behövs till skydd för människors liv, personliga säkerhet eller hälsa (*Kunskapsmyndigheten för hälsa, vård och omsorg*).

Alkohollag (2010:1622)

2 kap.

1 § Andra och tredje styckena handlar om att destillationsapparat endast får tillverkas för, överlåtas till eller innehas av den som har rätt att tillverka sprit och att Statens folkhälsoinstitut får medge undantag från detta (*Inspektionen för hälsa, vård och omsorg*).

9 kap.

1 § Folkhälsoinstitutet har med vissa begränsningar tillsyn över efterlevnaden av lagen och anslutande föreskrifter ... (*Inspektionen för hälsa, vård och omsorg*).

7 §, 12 § tredje stycket och 16 § handlar om att olika aktörer ska anmäla, underrätta m.m. olika frågor till Statens folkhälsoinstitut ... (*Inspektionen för hälsa, vård och omsorg*).

10 kap.

1 § Statens folkhälsoinstituts beslut får överklagas... (*Inspektionen för hälsa, vård och omsorg*).

13 kap.

1 § Statens folkhälsoinstitut ska föra ett centralt register för tillsyn, uppföljning och utvärdering..... (*Inspektionen för hälsa, vård och omsorg*).

Alkoholförordning (2010:1636)

Ordet Statens folkhälsoinstitut byts ut i hela förordningen (*Inspektionen för hälsa, vård och omsorg*).

Förordning (2011:306) om behandling av personuppgifter i Tandvårds- och läkemedelsförmånsverkets verksamhet i fråga om det statliga tandvårdsstödet

I förordningen framkommer att Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket är personuppgiftsansvarigt för behandlingen av personuppgifter.... Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket byts ut i hela förordningen (*Kunskapsmyndigheten för hälsa, vård och omsorg*).

Förordning (2011:926) om EU:s förordningar om pris- och marknadsreglering av jordbruksprodukter

9 § Statens folkhälsoinstitut utövar tillsyn och annan kontroll(*Inspektionen för hälsa, vård och omsorg*).

11 § Tredje stycket 2. Innan Jordbruksverket meddelar föreskrifter om tillsyn och annan kontroll med stöd av första stycket 1 ska det inhämta ett yttrande från Statens folkhälsoinstitut, om föreskrifterna avser Statens folkhälsoinstituts tillsyn eller kontroll (*Inspektionen för hälsa, vård och omsorg*).

12 § Statens folkhälsoinstitut får meddela föreskrifter om bl.a. att den som hanterar vinetanol som används för tekniskt, industriellt, medicinskt, vetenskapligt eller annat likartat ändamål, ska utöva kontroll av verksamheten och om hur kontrollen ska utövas och hantering av vissa följedokument, register och lager- och produktionsdeklarationer (*Inspektionen för hälsa, vård och omsorg*).

13 § Jordbruksverket och Statens folkhälsoinstitut får meddela föreskrifter om avgifter för tillsynen (*Statens folkhälsoinstitut byts ut mot Inspektionen för hälsa, vård och omsorg*).

15 § Statens folkhälsoinstitut får meddela föreskrifter om bl.a. skyldighet för näringsidkare som tar befattning med sådana vinprodukter som avses i bilaga 1, del XII, till rådets förordning (EG) nr 1234/2007 att lämna uppgifter om produktion, inköp, försäljning, import och export (*Inspektionen för hälsa, vård och omsorg*).

16 § Statens folkhälsoinstitut ska till Jordbruksverket lämna de uppgifter (*Inspektionen för hälsa, vård och omsorg*).

Statens offentliga utredningar 2012

Kronologisk förteckning

1. Tre blir två! Två nya myndigheter inom utbildningsområdet. U.
2. Framtidens högkostnadsskydd i vården. S.
3. Skatteincitament för riskkapital. Fi.
4. Kompletterande regler om personuppgiftsbehandling på det arbetsmarknadspolitiska området. A.
5. Högskolornas föreskrifter. U.
6. Åtgärder mot fusk och felaktigheter med assistansersättning. S.
7. Kunskapsläget på kärnavfallsområdet 2012 – långsiktig säkerhet, haverier och global utblick. M.
8. Skadeståndsansvar och försäkringsplikt vid sjötransporter – Atenförordningen och försäkringsdirektivet i svensk rätt. Ju.
9. Förmån och fälla – nyanländas uttag av föräldrapenning. A.
10. Läsarnas marknad, marknadens läsare – en forskningsantologi. Ku.
11. Snabbare betalningar. Ju.
12. Penningtvätt – kriminalisering, förverkande och dispositionsförbud. Ju.
13. En sammanhållen svensk polis. Ju.
14. Ekonomiskt värde och samhällsnytta – förslag till en ny statlig ägarförvaltning. Fi.
15. Plan för framtagandet av en strategi för långsiktigt hållbar markanvändning. M.
16. Att angöra en kulturbrygga – för stöd till nyskapande kultur. Ku.
17. Psykiatri och lagen – tvångsvård, straffansvar och samhällsskydd. S.
18. Så enkelt som möjligt för så många som möjligt. – den mjuka infrastrukturen på väg. N.
19. Nationella patent på engelska? N.
20. Kvalitetssäkring av forskning och utveckling vid statliga myndigheter. U.
21. Här finns mer att hämta – it-användningen i småföretag. N.
22. Mål för rovdjuren. M.
23. Mindre våld för pengarna. Ku.
24. Likvärdig utbildning – riksrekryterande gymnasial utbildning för vissa ungdomar med funktionsnedsättning. U.
25. Enklare för privatpersoner att hyra ut sin bostad med bostadsrätt eller äganderätt. S.
26. En ny brottsskadelag. Ju.
27. Färdplan för framtiden – en utvecklad flygtrafiktjänst. N.
28. Längre liv, längre arbetsliv. Förutsättningar och hinder för äldre att arbeta längre. S.
29. Sveriges möjligheter att ta emot internationellt stöd vid kriser och allvarliga händelser i fredstid. Fö.
30. Vital kommunal demokrati. Fi.
31. Sänkta trösklar – högt i tak Arbete, utveckling, trygghet. A.
32. Upphandlingsstödet framtid. S.
33. Gör det enklare! S.

Statens offentliga utredningar 2012

Systematisk förteckning

Justitiedepartementet

Skadeståndsansvar och försäkringsplikt vid sjötransporter – Atenförordningen och försäkringsdirektivet i svensk rätt. [8]

Snabbare betalningar. [11]

Penningtvätt – kriminalisering, förverkande och dispositionsförbud. [12]

En sammanhållen svensk polis. [13]

En ny brottskadelaag. [26]

Försvarsdepartementet

Sveriges möjligheter att ta emot internationellt stöd vid kriser och allvarliga händelser i fredstid. [29]

Socialdepartementet

Framtidens högstnadsskydd i vården. [2]

Åtgärder mot fusk och felaktigheter med assistansersättning. [6]

Psykiatri och lagen – tvångsvård, straffansvar och samhällsskydd. [17]

Enklare för privatpersoner att hyra ut sin bostad med bostadsrätt eller äganderätt. [25]

Längre liv, längre arbetsliv. Förutsättningar och hinder för äldre att arbeta längre. [28]

Upphandlingsstödet framtid. [32]

Gör det enklare! [33]

Finansdepartementet

Skatteincitament för riskkapital. [3]

Ekonomiskt värde och samhällsnytta – förslag till en ny statlig ägarförvaltning. [14]

Vital kommunal demokrati. [30]

Utbildningsdepartementet

Tre blir två! Två nya myndigheter inom utbildningsområdet. [1]

Högskolornas föreskrifter. [5]

Kvalitetssäkring av forskning och utveckling vid statliga myndigheter. [20]

Likvärdig utbildning

– riksrekryterande gymnasial utbildning för vissa ungdomar med funktionsnedsättning. [24]

Miljödepartementet

Kunskapsläget på kärnavfallsområdet 2012 – långsiktig säkerhet, haverier och global utblick. [7]

Plan för framtagandet av en strategi för långsiktigt hållbar markanvändning. [15]

Mål för rovdjuren. M. [22]

Näringsdepartementet

Så enkelt som möjligt för så många som möjligt – den mjuka infrastrukturen på väg. [18]

Nationella patent på engelska? [19]

Här finns mer att hämta – it-användningen i småföretag. N. [21]

Färdplan för framtiden – en utvecklad flygtrafikjänst. [27]

Kulturdepartementet

Läsarnas marknad, marknadens läsare – en forskningsantologi. [10]

Att angöra en kulturbygga – för stöd till nyskapande kultur. [16]

Mindre våld för pengarna. [23]

Arbetsmarknadsdepartementet

Kompletterande regler om personuppgiftsbehandling på det arbetsmarknadspolitiska området [4]

Förmån och fälla – nyanländas uttag av föräldraperning. [9]

Sänkta trösklar – högt i tak Arbete, utveckling, trygghet. [31]