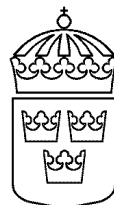


Förslag till riksdagen

1998/99:RR2

Riksdagens revisorers förslag angående primärvården



1998/99
RR2

Riksdagens revisorer anmäler härmed sin granskning av primärvården.

1 Revisorernas granskning

Riksdagens revisorer har granskat primärvården. Granskningen har genomförts på förslag av riksdagens socialutskott. Resultaten av granskningen har redovisats i rapporten 1997/98:5 Primärvårdens resurser. Yttranden har inhämtats över rapporten. Rapporten och en sammanfattning av remissyttrandena bifogas denna skrivelse. I skrivelsen behandlas frågor om granskningens avgränsning, primärvårdens ställning, uppföljning och utvärdering, styrmekanismer, patientströmmar och kvalitet samt målformulering.

Ett antal av remissinstanserna har framfört allmänna synpunkter. *Socialdepartementet* anser att det är väsentligt att följa om de mål som regeringen och riksdagen ställer upp för hälso- och sjukvården uppfylls. *Inrikesdepartementet* anser att rapporten på ett bra sätt belyser de problem men även de möjligheter som finns inom primärvården. *Spri* delar de iakttagelser och bedömningar som redovisas i rapporten. *Landstinget Sörmland* anser att rapporten i huvudsak ger en korrekt verklighetsbeskrivning och att framlagda idéer och förslag bör kunna främja utvecklingen. *Landstingsförbundet* framhåller att rapporten utgör en värdefull kunskapssammanställning över i första hand resursutvecklingen inom primärvården. Vidare framhåller man det angelägna i att primärvården kan leva upp till målet att utgöra basen i det svenska hälso- och sjukvårdssystemet. Därför är det också viktigt att analysera hur väl primärvården förmår leva upp till målen. *Svenska Kommunförbundet* anser att rapportens genomgång begränsas av att inte de kommunala och privata delarna av primärvården tagits med i analysen. Man anser dock att rapporten gjort intressanta iakttagelser och reflektioner vad gäller landstingens verksamhet. *Vårdförbundet* instämmer i stor utsträckning i rapportens syn på utvecklingen av primärvården, men finner att rapporten lägger allt för stor tonvikt på läkarnas roll. *Vårdförbundet* framhåller det positiva i att en utvärdering av detta slag genomförs och önskar att detta sker även inom andra delar av hälso- och sjukvården. *Sveriges läkarförbund* delar i huvudsak rapportens bedömningar och anser att rapporten väl beskriver förhållandena i primärvården.

2.1 Avgränsning av granskningen

Rapporten

I rapporten analyseras utvecklingen inom primärvården. Rapporten har avgränsats till den del av primärvården som bedrivs och finansieras av landstingen och omfattar därmed inte den kommunala hälso- och sjukvården. En ytterligare avgränsning har gjorts genom att tonvikten har lagts på att analysera resursutveckling och principer för resursfördelning.

Remissinstanserna

Socialstyrelsen pekar på att definitionen av primärvård har varierat över tiden och att definitionerna använts på olika sätt inom landstingen. I landstingens statistik ingår inte t.ex. den sjukvård av äldre som efter ädelreformen kommunerna ansvarar för och som utgör en viktig del av primärvården. Socialstyrelsen saknar även en beskrivning av och samverkan med olika specialiteter inom länssjukvården samt en diskussion och analys av variationer i behovet av allmänläkare i förhållande till andra specialister. Socialstyrelsen anser sammantaget att materialet i rapporten enligt gällande definition är ofullständigt när det gäller primärvården.

Svenska Kommunförbundet framhåller att ansvaret att fullgöra primärvårdssuppgifterna ligger på landsting, kommuner och enskilda vårdgivare. Rapporten har valt att enbart belysa landstingets ansvar för primärvården. Svenska Kommunförbundet beklagar detta och menar att avgränsningen minskar värdet av analysen.

Landstingsförbundet noterar att varken samspelet mellan hälso- och sjukvårdens olika delar eller mer specifikt primärvårdens betydelse för systemeffektiviteten i hälso- och sjukvården har studerats. Rapportens koncentration på resursfördelning mellan vårdnivåer utgör en begränsning när det gäller att bedöma genomslaget i riksdagens intentioner. Förbundet pekar på att det pågår ett utvecklingsarbete för att förbättra analysen av bl.a. primärvårdens utveckling, men att det först i en senare etapp kommer att prövas hur systemeffektiviteten kan beskrivas.

Vårdförbundet anser att materialet i rapporten, med den avgränsning som gjorts, inte ger tillräckligt underlag för slutsatserna.

Revisorernas överväganden

Revisorerna är medvetna om att innebörden i begreppet primärvård har förändrats över tiden och redovisar i rapporten utförligt de förändringar som skett under de senaste 10–15 åren. Det finns flera motiv till att revisorerna avgränsat rapporten till den del som rör landstingens verksamhet. Ett första motiv är att de stora förändringarna i sig gjort det nödvändigt att avgränsa granskningen. Breddningen av begreppet primärvård genomfördes så pass sent som år 1995, och en analys av utvecklingen under ett eller två år hade knappast varit meningsfull. Revisorerna valde därför att anknyta till den

tidigare definitionen av primärvård som i huvudsak omfattade landstingen. Ett andra motiv är att kostnaderna för vård och omsorg av äldre numera i olika statistiska sammanhang definieras som social verksamhet, inte som hälso- och sjukvård. Detta förhållande hade framför allt försvårat en internationell jämförelse. Ett tredje motiv är att landstingen är den dominerande aktören inom hälso- och sjukvården. Revisorerna vill vidare peka på att det saknas bredare genomgångar som kunnat utgöra underlag för en helhetsbedömning av primärvården. Socialstyrelsen har t.ex. i sitt primärvårdsprojekt inriktat sig på landstingsdelen av primärvården. Revisorerna kan emellertid instämma i att en bredare genomgång varit värdefull. I den förstudie som utgjorde underlag för granskningen sägs också att granskningen kan generera ytterligare studier från Riksdagens revisorer avseende t.ex. äldreomsorgen.

Vad gäller avgränsningen till resursutvecklingen inom primärvården har revisorerna svårt att förstå de invändningar som framförs av ett par av remissinstanserna. I rapporten analyseras t.ex. även frågor som rör tillgänglighet, prestationer, styrinstrument och utbildning. Begrepp som t.ex. samverkan mellan olika vårdnivåer och primärvårdens effektivitet hade dock inte varit möjliga att analysera eftersom det statistiska underlaget i det närmaste är obefintligt. Det framgår också med all tydlighet av Landstingsförbundets remissvar. Förbundet saknar å ena sidan en analys av primärvårdens betydelse för systemeffektiviteten i hälso- och sjukvården, men pekar å andra sidan på att det utvecklingsarbete som pågår först i ett senare skede kommer att ta upp frågor om systemeffektiviteten.

Mot denna bakgrund valde revisorerna att lägga tonvikten på resursfrågor, vilka också poängterats av riksdag och regering. Riksdag och regering har vid ett flertal tillfällen uttalat sig om att primärvården skall vara basen i hälso- och sjukvården, men samtidigt pekat på att förhållandevis litet hänt vad gäller förskjutningen av resurser mellan primärvård och övrig vård. I t.ex. regeringens proposition om primärvård, privata vårdgivare m.m. (prop. 1994/95:195) konstateras att för att landstingen skall kunna uppfylla sina åligganden enligt HSL och erbjuda alla innevånare i sjukvårdsområdena en god och tillgänglig vård är det nödvändigt att sjukhusens öppenvårdsutbud ur ett resursperspektiv kan omfördelas och användas bl.a. för att utveckla primärvården. Revisorerna vill vidare peka på att det endast finns ett fåtal kvantitativa mål för primärvården och att de i huvudsak rör resursutvecklingen.

2.2 Primärvårdens ställning

Rapporten

Riksdag och regering har sedan länge framhållit att primärvården skall vara basen i det svenska hälso- och sjukvårdssystemet. Numera finns även en konkret målformulering om primärvårdens dimensionering. En läkare per 2 000 innevånare bör vara det genomsnittliga riktvärdet för landet som helhet. I rapporten analyseras bl.a. genomslaget av dessa intentioner när det gäller utvecklingen av primärvården.

I rapporten konstateras att primärvården klarat sig relativt väl under senare år. Sedan år 1992 har primärvårdens resurser mätt i fasta priser i det närm-

aste varit oförändrade, trots att huvudmännens kostnadsvolym minskat i reala termer. Antalet allmänläkare förefaller vidare ha ökat relativt kraftigt sedan slutet av 1980-talet, och riksdagens och regeringens mål om läkartäthet är i det närmaste uppfyllt.

Vid en internationell jämförelse förefaller dock den svenska primärvården fortfarande att vara underdimensionerad. Primärvårdens andel av de renodlade sjukvårdskostnaderna är låg och trots en generellt sett mycket hög läkartäthet är antalet allmänläkare per innevånare i Sverige internationellt sett mycket lågt. I jämförelse med andra länder är antalet läkarbesök per innevånare i primärvården mycket lågt i Sverige. Det gäller även antalet mottagningsbesök per allmänläkare. Internationellt sett förefaller även läkartillgängligheten vara låg i Sverige, dvs. det är relativt svårt att snabbt komma i kontakt med en allmänläkare.

Remissinstanserna

Socialstyrelsen instämmer i rapportens uppfattning att den svenska primärvården i en internationell jämförelse är underdimensionerad. Styrelsen framhåller dock att landstingens och kommunernas ansvar och befogenheter beträffande hälso- och sjukvård framgår av hälso- och sjukvårdslagen (HSL). Varje sjukvårdshuvudman avgör själv utifrån lokala förhållanden hur vården skall organiseras och resurser fördelas för att leva upp till av riksdagen stiftade ramlagar såsom HSL. Socialstyrelsen menar att hänvisningen till uttalanden i propositioner och utredningar om primärvårdens utbyggnad saknar lagligt stöd. Det är först i 1995 års ändring i HSL som det anges att primärvården skall utgöra grunden i hälso- och sjukvården och att alla som är bosatta i Sverige skall kunna välja en fast kontakt med en allmänläkare. Normtalet en läkare per 2 000 innevånare är enligt Socialstyrelsen enbart en rekommendation och har aldrig beslutats av riksdagen. Socialstyrelsen konstaterar att det fram till år 1995 saknats konstitutionellt underlag för riksdagen och dess revisorer att kritisera landstingen för att inte ha avsatt mer resurser till primärvården. Styrelsen noterar vidare att rapporten i sin internationella jämförelse närmare avstår från att diskutera effekter av utformningen av olika sjukvårdsorganisationer bl.a. med hänsyn till varierande ekonomiska incitament som är inbyggda i organisationerna.

Landstingsförbundet ställer sig tveksam till den internationella jämförelsen i rapporten som ger vid handen att primärvården är underdimensionerad och att läkartätheten inom primärvården är förhållandevis låg. Förbundet anser att definitioner och faktiskt innehåll skiljer sig åt mellan länder och även över tiden. Vidare anser man att antal besök per allmänläkare har mer att göra med tradition, arbetssätt och ersättningsystem än effektivitet. Vad gäller att primärvården är underdimensionerad och att antalet allmänläkare är lågt menar förbundet att det kan bero på att sjuksköterskor och barnmorskor i Sverige sköter flera uppgifter som i andra länder är läkaruppgifter. Detta kan vara förklaringen till att det görs färre besök hos allmänläkare i Sverige än i många andra länder.

Spri ställer sig bakom uppfattningen att värdet ökar i en nationell uppföljning om resultaten kan relateras till förhållanden i andra länder. Spri ser det

som en viktig uppgift att fortsätta med utvecklingsarbete och medverka i internationella samarbetsprojekt som kan bidra till att förbättra underlagen för analys och beslut på såväl nationell som lokal nivå.

Revisorernas överväganden

Riksdagens revisorer noterar med viss förvåning Socialstyrelsens uppfattning att riksdagen och dess revisorer fram till år 1995 saknat konstitutionellt underlag att kritisera landstingen för att inte ha avsatt mer resurser till primärvården.

Hälso- och sjukvården är i huvudsak en landstingskommunal angelägenhet där sjukvårdshuvudmännen i allt väsentligt är ansvariga för planering och verkställande. Med all tydlighet framgår av rapporten att innebörden av detta är att revisorerna i praktiken är förhindrade att lägga fram konkreta förslag om hur huvudmännen skall planera och organisera sin verksamhet. De förslag som lades fram i rapporten avgränsades därför till statliga myndigheter. Däremot ansåg sig revisorerna oförhindrade att redovisa iakttagelser och reflexioner som gjorts under granskningen. I samband med detta konstaterades bl.a. att primärvården klarat sig relativt väl i samband med de resursneddragningar som gjorts. Av remissvaren framgår också att varken Landstingsförbundet eller de landsting som ingick som remissinstanser framfört någon kritik mot revisorernas förfarande.

Riksdagens revisorer vill för det andra peka på att revisorerna både kan och bör granska hur nationella mål implementeras på kommunal nivå. I rapporten hänvisas t.o.m. till uttalanden från finansutskottet om vikten av styrning och uppföljning av kommunal verksamhet (1997/98:FiU3). Finansutskottet anför bl.a.: ”Det är enligt utskottets mening viktigt med en tydlig ansvarsfördelning mellan den statliga och den kommunala nivån. En statlig styrning av de kommunala verksamheterna genom lagfästa mål accentuerar behovet av en väl fungerande uppföljning av hur de nationella målen uppfylls. Den bör huvudsakligen ske genom en uppföljning av berörda statliga myndigheter”. Utskottet anser vidare sammanfattningsvis ”att ett fortsatt utvecklingsarbete i syfte att förbättra återföringen till nationell nivå av kunskaper om verksamhetens kostnader, kvalitet och effekter i förhållande till de nationella målen är mycket angeläget”.

Av rapporten framgår att den nationella hälso- och sjukvårdspolitiken framför allt kommer till uttryck genom hälso- och sjukvårdslagen (HSL). I HSL anges de övergripande nationella målen för hälso- och sjukvården. Det konstateras emellertid att explicita målformuleringar om t.ex. primärvårdens omfattning saknas i HSL. HSL ger således inget stöd när det gäller primärvårdens dimensionering. Riksdag och regering har i stället via allmänna uttalanden och riktlinjer i propositioner och utskottsbetänkanden redovisat sin syn på resursfördelningen inom hälso- och sjukvårdsområdet. Som framgått ovan är innebörden av dessa uttalanden bl.a. att primärvården skall vara basen i hälso- och sjukvårdssystemet och att det skall finnas en allmänläkare per 2 000 innevånare. Revisorerna är av den uppfattningen att riksdagen har ett ansvar för övergripande reglering och styrning av sjukvården och att detta inte nödvändigtvis behöver komma till uttryck genom lagstiftning. I samband

med behandlingen av t.ex. propositioner utfärdas allmänna riktlinjer och uttalanden rörande vårdens mål, inriktning och utformning som uttrycker statsmakternas syn på hälso- och sjukvården. Dessa uttalanden etc. kan ses som målformuleringar som är underordnade de nationella målen i HSL, men som av naturliga skäl samspelar med dessa. Enligt revisorernas bedömning är det både naturligt och viktigt att följa upp den här typen av mål. I själva verket bör sådana målanalyser vara en viktig del i resultatanalysen (Socialstyrelsens arbete med resultatanalys berörs i avsnitt 2.3). Revisorernas synsätt kommer också till uttryck i socialutskottets förslag till granskning av primärvården. Där föreslås att revisorerna bör granska genomslaget av regeringens och riksdagens intentioner när det gäller utvecklingen av primärvården. Socialstyrelsen tycks i vissa andra sammanhang även anse att uttalanden i propositioner och betänkanden har karaktären av mål. I Socialstyrelsens primärvårdsprojekt konstateras t.ex. att det saknas drygt 500 läkare i primärvården innan det av riksdagen angivna målet när det gäller läkartäthet är nått. Revisorerna vill också peka på att riksdagens och regeringens intentioner förefaller få genomslag bland sjukvårdshuvudmännen. I de fem landsting som revisorerna besökt under granskningen har intentionerna funnits återgivna i olika måldokument. Den faktiska utvecklingen visar vidare att primärvården klarat sig relativt väl under senare år, trots att huvudmännens kostnadsvolymer minskat i reala termer.

Revisorerna vill även beröra de synpunkter som Socialstyrelsen och Landstingsförbundet riktar mot delar av den internationella jämförelsen. I likhet med Spri anser revisorerna att internationella jämförelser är av stort värde när det gäller att analysera nationell verksamhet. Det är dock i detta fall, liksom inom många andra områden, uppenbart att definitioner och faktiskt innehåll skiljer sig åt mellan länder, och i rapporten redovisas också översiktligt några karakteristika över primärvården i ett antal länder. Det nämns också att det endast är möjligt att göra grova fördelningar och att statistiken är förenad med brister. Huvuddelen av uppgifterna kommer dock från OECD, vilket borgar för ett visst mått av kvalitet. Revisorerna är vidare medvetna om att utformningen av sjukvårdsorganisationen, t.ex. vad gäller ekonomiska incitament, påverkar besöksfrekvens, tillgänglighet etc. I rapporten redovisas därför också att skillnader i lönestruktur, remissystem, patientavgifter etc. kan förklara internationella variationer i t.ex. läkarbesök och läkartillgänglighet. Det poängteras vidare att det i Sverige görs ett stort antal besök hos distriktsköterskor, vilket till en del motsvaras av läkarbesök i andra länder.

2.3 Uppföljning och utvärdering

Rapporten

I rapporten analyseras uppföljnings- och utvärderingsverksamheten inom Socialdepartementet, Inrikesdepartementet och Socialstyrelsen.

Inom regeringen hanteras hälso- och sjukvårdsfrågor av Socialdepartementet, och regleringsbrevet är dess viktigaste styrinstrument. Av rapporten framgår att resursfördelningsfrågor har en begränsad omfattning i Socialde-

partementets regleringsbrev för Socialstyrelsen. Frågor om tillsyn och patientens ställning har haft en betydligt högre prioritet. Det begränsade inslaget av resursfördelningsfrågor avspeglar sig också i regeringens resultatbedömning och slutsatser i budgetpropositionen vad gäller hälso- och sjukvård. I rapporten konstateras vidare att uppföljningen av olika kvantitativa mål är av en relativt låg omfattning och att departementet i vissa fall måste förlita sig på analyser där inblandade i olika projekt själva följer upp och värderar målfyllelse.

Inrikesdepartementet arbetar med övergripande uppföljning av den kommunala verksamheten som bl.a. omfattar hur verksamheten utvecklas till de nationella mål som statsmakterna satt upp för vissa verksamhetsområden. Av rapporten framgår att departementet återkommande överlämnar skrivelser till riksdagen som bl.a. syftar till att utgöra ett underlag för att bedöma målfyllelsen i de verksamheter där staten har ett helt eller delat finansieringsansvar och där kommuner och landsting ansvarar för genomförandet. När det gäller skrivelsernas analys av hälso- och sjukvården konstateras i rapporten att riksdagens och regeringens intentioner om primärvården inte behandlas. Av rapporten framgår vidare att endast ett antal övergripande och enkla variabler redovisas i syfte att belysa prestationer, kostnader samt kvalitet och målfyllelse inom hälso- och sjukvården.

Socialstyrelsen är central förvaltningsmyndighet för verksamhet som bl.a. rör hälso- och sjukvård. Uppföljnings- och utvärderingsverksamhet bedrivs i huvudsak inom verksamhetsgrenarna Nationell uppföljning och utvärdering samt Aktiv uppföljning. Av rapporten framgår att verksamheten inom den dominerande verksamhetsgrenen för uppföljning och utvärdering – Nationell uppföljning och utvärdering – i huvudsak är inriktad på de uppgifter som anges i regleringsbrevet. En förhållandevis liten del av resurserna förefaller avse primärvården. Ekonomiska och andra former av resursaspekter på hälso- och sjukvården har enligt rapporten inte någon hög prioritet inom styrelsen. Ett liknande förhållande föreligger enligt rapporten för verksamhetsgrenen Aktiv uppföljning där två till tre län åt gången analyseras och ett fastställt tema bildar underlag för genomgången. Endast ett mycket begränsat antal länsvisa studier som berör resursfördelnings- och målstyrningsfrågor har genomförts. Inslaget och inriktningen av studier av primärvården i aktiv uppföljning varierar, bl.a. beroende på vilket tema som väljs. Någon systematisk genomgång av olika variabler som gör det möjligt att jämföra samtliga landsting görs inte.

Remissinstanserna

Socialdepartementet instämmer i att det är väsentligt att följa om de mål som regeringen och riksdagen ställer upp för hälso- och sjukvården uppfylls. Departementet pekar på att det under de närmaste åren i ökad omfattning kommer att ägna tid och resurser åt att stärka inslaget av resultatstyrning inom sitt ansvarsområde. Syftet är bl.a. att målformuleringarna inom de olika verksamhetsområdena successivt skall förbättras vilket ger bättre möjligheter för en utförlig resultatredovisning i budgetpropositionen samt en rationellare styrning av departementets myndigheter. I arbetet med att förbättra resultats-

tyrningen inom departementets områden kommer även behovet av analyser av resurs- och strukturfrågor samt av målanalyser att beaktas. Även användningen av kvantitativa respektive kvalitativa målformuleringar och hur dessa på ett ändamålsenligt sätt kan följas upp kommer att övervägas. Departementet delar också uppfattningen att uppföljning och utvärdering är ett viktigt inslag i överenskommelsen om vissa ersättningar till sjukvårdshuvudmännen (Dagmaröverenskommelserna). Departementet framhåller att Riksdagens revisorers synpunkter i överenskommelsen för år 1999 har beaktats genom att ytterligare medel avsätts för oberoende uppföljning.

Inrikesdepartementet instämmer i att analysen i departementets skrivelse 1996/97:118 av de övergripande målen i hälso- och sjukvården är alldeles för generell för att det skall vara möjligt att dra några meningsfulla slutsatser om sjukvårdens effektivitet. Inrikesdepartementet menar dock att årets skrivelse 1997/98:155 har tagit ett steg i riktningen att utveckla målanalysen samt uppföljningen av produktivitet och effektivitet inom den kommunala verksamheten. Vidare påtalar departementet att regeringen kommer att tillsätta en arbetsgrupp med uppgift att dels utifrån befintlig statistik förbättra underlaget för statens samlade uppföljning av verksamhet i kommuner och landsting, dels lämna förslag till åtgärder för att på längre sikt åstadkomma en väl fungerande uppföljning av måluppfyllelse och resursanvändning.

Socialstyrelsen delar uppfattningen att Landstingsförbundets och landstingens statistikunderlag är bristfälligt och anser att denna osäkerhet motiverar att slutsatser dras med försiktighet. Socialstyrelsen anser det anmärkningsvärt att rapporten kritiserar myndigheten för bristande engagemang i uppföljning. Styrelsens uppföljning har mer fokuserat på innehållet i primärvården än resurserna. Styrelsen har också tagit initiativ till och stött utvecklingsprojekt som syftat till att få fram bättre underlag för uppföljning, utvärdering och jämförelse t.ex. nyckeltalssamarbetet. Socialstyrelsen anser att en förutsättning för att kunna följa upp omstruktureringsarnas effekter och följa utvecklingen inom hälso- och sjukvården är att också landstingen har motsvarande ambition inom sina områden och skapar en kvalitativt godtagbar grund för arbetet. Hittills menar styrelsen att dessa förutsättningar i stor utsträckning saknats. Vidare förstår styrelsen inte kritiken mot verksamhetsgrenen Aktiv uppföljning, ty syftet med detta projekt har enligt Socialstyrelsen aldrig varit att ge underlag för nationella uppföljningar och jämförelser utan i stället att belysa frågeställningar och problem som varit aktuella och relevanta för de enskilda landstingen. För närvarande pågår en utvärdering av Aktiv uppföljning.

Spri anser i likhet med rapporten att det ökade trycket på primärvården ställer stora krav på objektiva analyser av olika slag när det gäller primärvårdens kvalitet och grad av måluppfyllelse i relation till uppställda nationella mål.

Stockholms läns landsting, Landstinget Sörmland, Landstinget Halland, Svenska Kommunförbundet, Landstingsförbundet, Vårdförbundet och Sveriges läkarförbund delar den uppfattning som framförs i rapporten om att det är nödvändigt att uppföljnings- och utvärderingsverksamheten utvecklas.

Revisorerna finner det tillfredsställande att i princip samtliga remissinstanser förespråkar ytterligare utvärderingar av hälso- och sjukvården och i synnerhet primärvården. Den genomgång som redovisas i rapporten visar på ett stort behov av uppföljningar och utvärderingar. I många fall är det fråga om relativt enkla analyser av måloppfyllelse. I andra fall är det fråga om mer kvalificerade effektanalyser. En faktor som förstärker behovet av uppföljningar och utvärderingar är den successiva övergång till mål- och resultatstyrning som skett under flera år. Målstyrningsprocessen förstärker vikten av att metoder och system utvecklas för att följa upp och utvärdera verksamheten och därmed få en bättre grund för omprövning, styrning och utveckling av insatserna. Enligt revisorernas bedömning är kunskapsläget i flera fall otillfredsställande och revisorernas synpunkter på uppföljnings- och utvärderingsverksamheten inom Socialdepartementet, Inrikesdepartementet och Socialstyrelsen redovisas nedan.

Socialdepartementet

Revisorerna finner det tillfredsställande att Socialdepartementet under de närmaste åren kommer att ägna tid och resurser åt att stärka inslaget av resultatstyrning. Av remissvaret framgår att Socialdepartementet avser att ta hänsyn till i princip samtliga synpunkter som lades fram i rapporten när det gäller uppföljning och utvärdering. Innebörden är att målformuleringarna skall förbättras, resultatredovisningen i budgetpropositionen skall bli mer utförlig, behovet av analyser av resurs- och strukturfrågor samt av målanalyser kommer att beaktas och att användningen av kvantitativa respektive kvalitativa målformuleringar kommer att analyseras. Revisorerna välkomnar vidare att synpunkterna i rapporten om oberoende utvärderingar i samband med överenskommelserna om vissa ersättningar till sjukvårdshuvudmännen kommer att beaktas genom att ytterligare medel avsätts för denna typ av utvärdering i samband med 1999 års överenskommelse. Revisorerna vill i detta sammanhang peka på att det är angeläget att de uppföljningar och utvärderingar som görs har hög tilltro och inte utformas så att de kan ifrågasättas av rena objektivitetsskäl. Det är därför viktigt att uppföljningar och utvärderingar utförs på olika håll och att dessa blir föremål för en kritisk granskning. Revisorerna utgår därför ifrån att inslaget av oberoende utvärderingar inte enbart kommer att begränsas till de åtgärder som ingår i överenskommelserna med sjukvårdshuvudmännen.

Inrikesdepartementet

Inrikesdepartementet pekar på att regeringen kommer att tillsätta en arbetsgrupp som skall förbättra uppgiftsinsamling och uppföljningsverksamhet. Revisorerna instämmer i behovet av ett sådant utvecklingsarbete. Inrikesdepartementets hittillsvarande skrivelser till riksdagen om utvecklingen i den kommunala sektorn har inte varit av den karaktären att det gått att dra några meningsfulla slutsatser om sjukvårdens effektivitet. Departementet menar att

årets skrivelse (1997/98:155) till riksdagen utvecklats vad gäller målanalys samt uppföljning av produktivitet och effektivitet. Enligt revisorernas uppfattning har dock primärvården fortfarande en undanskymd roll, liksom resurs- och strukturfrågor. Primärvårdens ställning har betonats i propositioner och utskottsbetänkanden under ca 20 år och får anses som ett mål av stor vikt. I Inrikesdepartementets skrivelse är det dock inte möjligt att få någon klar bild över vilka strukturförändringar som skett inom hälso- och sjukvården. Mål om t.ex. läkartäthet redovisas heller inte. Revisorerna anser det därför angeläget att mål- och strukturanalys ingår i skrivelser till riksdagen där hälso- och sjukvården analyseras. Detta bör riksdagen ge regeringen till känna.

Socialstyrelsen

Enligt revisorernas uppfattning styrs Socialstyrelsens uppföljnings- och utvärderingsverksamhet vad gäller sjukvården i hög grad av de uppgifter som anges i regleringsbrev och i olika regeringsuppdrag. De egna initiativen är av mindre omfattning. Revisorerna har uppmärksammat att Socialstyrelsen på uppdrag av regeringen bedrivit ett primärvårdsprojekt. Det är dock revisorernas bedömning att primärvården har en något undanskymd roll i Socialstyrelsens uppföljnings- och utvärderingsverksamhet.

Detta gäller även resurs- och strukturfrågor. Socialstyrelsens primärvårdsprojekt var t.ex. fokuserat på innehållet i primärvården. En orsak till att t.ex. resursfördelningsfrågor och primärvård har en relativt blygsam omfattning inom styrelsens uppföljnings- och utvärderingsverksamhet kan vara att dessa frågor inte haft någon hög prioritet i regleringsbrev. Socialstyrelsen anser att en förutsättning för att kunna följa utvecklingen inom hälso- och sjukvården är att landstingen har motsvarande ambition och skapar en kvalitativt godtagbar grund för arbetet. Enligt styrelsen har dessa förutsättningar hittills saknats i stor utsträckning. Revisorerna kan delvis instämma i detta och pekar vid ett flertal tillfällen i rapporten på brister i landstingens statistik och annat underlagsmaterial. Samtidigt är Socialstyrelsen enligt revisorernas uppfattning inte bara ett serviceorgan utan också en myndighet som bör ha ett ansvar för att belysa den övergripande utvecklingen inom svensk hälso- och sjukvård. Ett sådant ansvar bör även innebära att ta ytterligare initiativ till statistikförändringar etc. Av Socialstyrelsens instruktion framgår att styrelsen bl.a. skall följa utvecklingen och utvärdera verksamheterna samt att ansvara för officiell statistik.

Revisorerna pekar i rapporten på ett flertal brister i Socialstyrelsens uppföljnings- och utvärderingsverksamhet. Det gäller bl.a. som ovan nämnts att ekonomiska och andra former av resursaspekter på hälso- och sjukvården inte har någon hög prioritet. Vidare pekas t.ex. på brister i statistik och andra former av underlag, förenklade och snävt avgränsade uppföljningar, avsaknad av analyser av framtida personalbehov inom vården samt begränsningar i de regionala analyserna. Enligt revisorernas bedömning är Socialstyrelsens uppföljnings- och utvärderingsverksamhet inom sjukvårdsområdet av en sådan karaktär att den motiverar en översyn. Regeringen bör ta initiativ till

att en sådan kommer till stånd. I en sådan översyn bör det också övervägas om inte den ekonomiska kompetensen vid styrelsen behöver förstärkas.

* Revisorerna föreslår att mål- och strukturanalyser bör ingå i regeringens skrivelser till riksdagen där hälso- och sjukvården analyseras. Regeringen bör vidare ta initiativ till en översyn av Socialstyrelsens uppföljnings- och utvärderingsverksamhet inom sjukvårdsområdet. I en sådan översyn bör det bl.a. övervägas om inte den ekonomiska kompetensen vid styrelsen behöver stärkas.

2.4 Styrmechanismer

Rapporten

Av rapporten framgår att sjukvårdshuvudmännen i allt väsentligt är ansvariga för planering och verkställande av hälso- och sjukvården i Sverige. Staten har emellertid också ett flertal former av instrument till förfogande för att styra utvecklingen inom hälso- och sjukvården. Det kan t.ex. vara fråga om lagstiftning, allmänna riktlinjer, tillståndsgivning, sanktioner och olika former av finansiella styrinstrument.

Ett antal av dessa statliga instrument kan påverka landstingens möjligheter att styra över patientströmmar till primärvården. I rapporten pekas på att nivån på högkostnadsskyddet i hög grad avgör huvudmännens möjligheter att i praktiken få till stånd en effektiv differentiering av patientavgifterna och därmed också möjligheterna att styra patientströmmarna. Ett annat exempel är att utformningen av remisskravet t.ex. kan innebära att landsting med remisskrav har svårare att styra patienter som inte kräver sjukhusens specialiserade resurser till öppna specialistmottagningar utanför sjukhusen. Ett tredje exempel är att konstruktionen av läkarvårdsersättningen till privat verksamma läkare kan påverka styrningen till olika vårdnivåer och även incitamenten att vara verksam i primärvården.

I rapporten pekas vidare på att staten på olika sätt kan påverka primärvårdens attraktionskraft, vilket kan ha betydelse för t.ex. rekryteringen till primärvården. Ett exempel på ett område som kan påverka både primärvårdens status och motivationen är allmänmedicinens ställning inom forskningen och forskarutbildningen. Av rapporten framgår att endast 1 procent av professorerna vid de medicinska fakulteterna avser allmänmedicin och att enbart drygt 2 procent av forskarstuderandena i medicin forskar i allmänmedicin. Merparten av den senare gruppen är fritidsforskare utan studiefinansiering.

Remissinstanserna

Landstinget Halland instämmer i att de olika valmöjligheter i styrinstrument som huvudmännen har att använda utnyttjas i relativt liten omfattning. Landstinget Halland instämmer också i att för att kunna uppfylla riksdagens intentioner om en primärvård som skall vara basen i den svenska hälso- och sjukvården behöver attraktionskraften öka, både för de patienter som söker vård och för den personal som skall arbeta inom primärvården.

Svenska Kommunförbundet anser att arbete i primärvården behöver göras mer attraktivt, ersättningssystemen behöver utformas så att de understödjer verksamhetsmålen och anpassningen av personalstrukturen inom läns- och regionsjukvården behöver genomföras mer konsekvent.

Sveriges läkarförbund anser att de ekonomiska ersättningssystemen måste utformas så att pengarna i större utsträckning följer patienten. Förbundet delar den uppfattning som framförs i rapporten om att instrument som lönebildning och taxekonstruktioner bör kunna utnyttjas i större utsträckning. Sveriges läkarförbund anser också att olika former av remisstvång inte gagnar verksamheten. Förbundet instämmer i att allmänmedicinens ställning inom forskningen måste stärkas.

Revisorernas överväganden

Sjukvårdshuvudmännen har betydande möjligheter att påverka inriktningen av hälso- och sjukvården eftersom de är ansvariga för planeringen och verkställandet av sjukvården. Under många år resulterade detta i en stark betoning av slutna sjukhusvård, medan den öppna vården utvecklades svagt. Som framgått tidigare förefaller emellertid primärvården ha klarat sig relativt väl under senare år. Enligt revisorernas uppfattning måste det dock även fortsättningsvis vara möjligt att styra över patientströmmar till primärvården och verksamheten måste organiseras så att tillgängligheten blir hög. Revisorerna kan konstatera att sjukvårdshuvudmännen i princip har de nödvändiga instrumenten för att åstadkomma en sådan utveckling. Utformningen av vissa instrument beslutas emellertid av statsmakterna. Det kan som ovan nämnts vara fråga om t.ex. högkostnadsskydd, remisskrav och den nationella läkarvårdstaxan. Revisorerna vill, i likhet med några av remissinstanserna, peka på att utformningen av dessa instrument kan påverka både patienternas incitament att besöka primärvården och incitamenten att vara verksam i primärvården. I förlängningen kan således möjligheterna att uppnå målen för primärvården påverkas. Riksdagens revisorer har noterat att regeringen föreslagit en förändring av remissreglerna som kan underlätta för patienterna att besöka specialistmottagningar utanför sjukhusen (prop. 1997/98:189). Revisorerna har inte underlag för att förespråka någon förändring av de instrument som berörts ovan, men vill understryka vikten av att regeringen analyserar hur sjukvårdshuvudmännens handlingsfrihet påverkas i samband med beslut om förändringar av t.ex. högkostnadsskydd, remisskrav och den nationella läkarvårdstaxan. Detta bör riksdagen ge regeringen till känna.

Enligt revisorernas uppfattning är det vidare viktigt att stärka primärvårdens attraktionskraft. Bristen på karriärmöjligheter och andra motivationshöjande inslag kan innebära att primärvården får svårt att rekrytera eller på sikt behålla läkare. Revisorerna är medvetna om att detta i huvudsak är en uppgift för sjukvårdshuvudmännen. Staten har dock ansvar för forskning och utbildning, vilket kan påverka både primärvårdens status och motivationen. Allmänmedicinens ställning inom forskningen och forskarutbildningen är dock mycket svag. Enligt revisorernas bedömning bör regeringen analysera om det finns möjligheter att stärka allmänmedicinens ställning inom forskning och forskarutbildning.

* Revisorerne föreslår att regeringen bör analysera hur sjukvårdshuvudmännens handlingsfrihet påverkas i samband med beslut om förändringar av t.ex. högkostnadsskydd, remisskrav och den nationella läkarvårdstaxan. Revisorerne föreslår vidare att regeringen bör analysera om det finns möjlighet att stärka allmänmedicinens ställning inom forskning och forskarutbildning.

2.5 Patientströmmar och kvalitet

Rapporten

Av rapporten framgår att det inom ett flertal landsting pågår ett arbete för att föra över patientströmmar från den sjukhusanknutna öppna vården till primärvården. I de fyra landsting som analyserats närmare finns uttalade mål att primärvårdens verksamhet skall öka i omfattning samtidigt som den sjukhusanknutna vårdens roll och omfattning skall minska. Vid presentationen av sådana mål finns inga konkreta planer att föra över resurser i motsvarande mån. Snarare är det så att primärvårdens resurser i de fyra landstingen dragits ned något eller varit oförändrade, medan det skett stora neddragningar i läns- och regionsjukvården. Orsaken till detta är i huvudsak det ekonomiska läget som inte tillåter eller tillåtit resursförstärkningar. Samtidigt skall primärvården ta hand om nya och i vissa fall mer vårdkrävande patienter, vilket skall ske genom effektiviseringar. Av rapporten framgår att det är svårt att bedöma hur detta kommer att påverka verksamhetens resultat och kvalitet.

Remissinstanserna

Spri anser att det finns två anledningar till varför primärvårdens uppdrag på senare år starkt utökats. *Spri* framhåller att förutom att landstingen strävar efter att styra över patientströmmar från landstingen till primärvården, tillkommer det behov av insatser från allmänläkarens sida i hemmet och i det kommunala boendet som blir följderna av de allt kortare vårdtiderna vid akutsjukhusen. Enligt *Spri* finns det ett stort behov av att allmänläkaren kan göra besök utanför vårdcentralen, men incitamenten för detta är få. Läkarens arbete mäts t.ex. i första hand i form av besök på vårdcentralen. Vidare anser *Spri* att det ökade trycket på primärvården ställer stora krav på grad av måluppfyllelse i relation till uppställda nationella mål. *Spri* instämmer i att effekterna för patienterna av förändrade patientströmmar och omstruktureringar behöver klargöras.

Landstinget Halland menar att stora ansträngningar under senare tid har gjorts för att möta den stora tillströmningen av delvis nya patienter och uppgifter som tillförts primärvården. Under trycket av de stora reformer som genomförts har verksamheterna dock inte haft utrymme och upplevt sig ha möjlighet att i tillräcklig utsträckning utvecklas och omstrukturera sig.

Enligt revisorernas uppfattning förutsätter en överföring av patienter från den sjukhusanknutna öppna vården till primärvården en god tillgänglighet i primärvården. Annars riskerar förtroendet för primärvården att urholkas och det finns en uppenbar risk för att patienterna även fortsättningsvis söker sig till specialistvården. Det är enligt revisorernas mening svårt att bedöma hur arbetet med att föra över patientströmmar till primärvården kommer att påverka dess resultat och kvalitet. Två alternativa förlopp är tänkbara. Om det finns en effektiviseringspotential med dagens dimensionering av primärvården eller om resurserna inte utnyttjas optimalt, behöver inte de utökade åtagandena innebära försämringar för patienterna. Föreligger ett sådant förlopp är det snarast ett rationellt agerande att föra över mer uppgifter till primärvården utan att tillföra mer resurser och i stället möjliggöra förändringar via effektiviseringar och andra förbättringar av verksamheten. Om det däremot är så att primärvården redan nu (och tidigare) arbetar med fullt kapacitetsutnyttjande och ett effektivt resursutnyttjande går det att ifrågasätta hur de planerade förändringarna av primärvårdens åtagande är möjliga utan resurstillskott. I likhet med t.ex. Spri anser revisorerna att osäkerhetsmomenten är stora och att effekterna behöver klargöras. Enligt revisorernas bedömning bör Socialstyrelsen få i uppdrag av regeringen att analysera hur den pågående omstruktureringen kan komma att påverka primärvårdens resultat och kvalitet. I ett sådant uppdrag bör även ingå en analys av orsakerna till att utbyggnaden av primärvården varierar så kraftigt mellan sjukvårdshuvudmännen.

* Revisorerna föreslår att Socialstyrelsen bör få i uppdrag av regeringen att analysera hur överföringen av patienter till primärvården kan komma att påverka dess resultat och kvalitet. Orsakerna till att utbyggnaden av primärvården varierar så kraftigt mellan sjukvårdshuvudmännen bör även analyseras.

2.6 Målformulering

Rapporten

I rapporten pekas på att riksdag och regering år 1995 för första gången angav en konkret målformulering om primärvårdens dimensionering. Generellt sett borde en läkare per 2 000 innevånare vara det genomsnittliga riktvärdet för landet som helhet. Av rapporten framgår att målet i det närmaste är uppfyllt. Samtidigt pågår som framgått av avsnitt 2.5 en omstrukturering av sjukvårdshuvudmännens verksamhet. Primärvårdens verksamhet skall öka i omfattning samtidigt som den sjukhusanknutna vårdens roll och omfattning skall minska. Primärvården skall ta hand om nya och i vissa fall mer vårdkrävande patienter, vilket i huvudsak skall ske genom effektiviseringar. Utvecklingen kan innebära att målsättningar etc. kan behöva omprövas.

Socialstyrelsen anser att huvudmännen har ett ansvar för att primärvårdens uppdrag tydligare än i dag specificeras med utgångspunkt i riksdagens beslut om primärvården som bas i sjukvårdsorganisationen. Resurser och kompetens skall därefter lokalt anpassas i enlighet med primärvårdens uppdrag och i takt med att uppdraget växer.

Spri anser att primärvården har en för många människor central uppgift i den framtida vårdorganisationen. Den är mer omfattande än tidigare. Det finns ett tydligt och angeläget analys- och utvecklingsbehov när det gäller primärvårdens struktur och organisation. Det är även viktigt att tillgången på läkare i primärvården förbättras. I annat fall finns det risk för ytterligare svårigheter med rekrytering av allmänläkare. *Spri* framhåller i likhet med rapporten att tillgängligheten i många fall fortfarande är låg.

Landstinget Halland anser att primärvården fått göra ett allt större åtagande med en allt mer kvalificerad och omfattande sjukvård, men att läkarresurserna inte överförts i motsvarande grad. För att möta detta är det viktigt att antalet innevånare per allmänläkare reduceras och att det mål som riksdagen angivit snarast uppfylls.

Sveriges läkarförbund understryker vikten av en omprövning av målsättningen en allmänläkare per 2 000 innevånare. Förbundet anser att en väl fungerande primärvård kräver en bemanning med en läkare per ca 1 500 innevånare, dvs. ca 6 000 specialister i allmänmedicin.

Revisorernas överväganden

Flera av remissinstanserna anser att primärvården fått ökade uppgifter och att utvecklingen kan ställa krav på ytterligare resurser. Ett par av remissinstanserna pekar framför allt på att tillgången på läkare behöver förbättras.

Enligt revisorernas uppfattning är det inte osannolikt att det finns en ytterligare effektiviseringspotential inom primärvården. Det finns dock samtidigt en risk för att överföringen av patienter till primärvården kan leda till att tillgängligheten försämras. *Spri* pekar i sitt remissvar på att tillgängligheten till primärvården i många fall är låg redan i dag. Det är också en slutsats som dras i rapporten, även om den bygger på ett något föråldrat siffermaterial. Den låga tillgängligheten kan i sig vara ett tecken på att det går att effektivisera verksamheten, men den kan också innebära att primärvården är underdimensionerad. Ett oroande tecken är att antalet allmänläkare som pensioneras kommer att öka starkt efter år 2000. Den nuvarande vidareutbildningsvolymen i allmänmedicin är otillräcklig för att täcka detta behov.

Revisorerna har i föregående avsnitt föreslagit att Socialstyrelsen bör få i uppdrag att analysera hur den pågående omstruktureringen av sjukvården kan komma att påverka primärvårdens resultat och kvalitet. Enligt revisorernas uppfattning är dock detta inte tillräckligt. Det är inte otänkbart att primärvårdens ökade arbetsuppgifter ställer krav på ytterligare resursförstärkningar och leder fram till att målet om läkartäthet kan behöva omprövas. Enligt revisorernas bedömning bör regeringen därför löpande följa och analysera

dessa frågor och redovisa utvecklingen inför riksdagen. Detta bör riksdagen ge regeringen till känna.

1998/99:RR2

* Revisorerna föreslår att regeringen löpande bör följa och analysera frågor om mål om läkartäthet etc. och redovisa utvecklingen inför riksdagen.

3 Revisorernas förslag

Riksdagens revisorer föreslår

att riksdagen som sin mening ger regeringen till känna vad revisorerna i avsnitt 2.3 anført om uppföljnings- och utvärderingsverksamheten,

att riksdagen som sin mening ger regeringen till känna vad revisorerna i avsnitt 2.4 anført om styrmekanismer,

att riksdagen som sin mening ger regeringen till känna vad revisorerna i avsnitt 2.5 anført om patientströmmar och kvalitet,

att riksdagen som sin mening ger regeringen till känna vad revisorerna i avsnitt 2.6 anført om målformulering.

Detta ärende har avgjorts av revisorerna i plenum. I beslutet har deltagit revisorerna Per Olof Håkansson (s), Anders G Högmark (m), Lars Bäckström (v), Bengt Silfverstrand (s), Anita Jönsson (s), Bengt Kronblad (s), Marianne Carlström (s), Birgitta Hambræus (c), Sverre Palm (s), Karl-Gösta Svenson (m), Bengt Harding Olson (fp) och Ingvar Eriksson (m).

Stockholm den 8 oktober 1998

På Riksdagens revisorers vägnar

Per Olof Håkansson

Mats Johansson

Yttranden över rapporten Primärvårdens resurser har avgetts av expeditionschefen i Socialdepartementet, expeditionschefen i Inrikesdepartementet, Socialstyrelsen, Spri, Stockholms läns landsting, Landstinget Sörmland, Landstinget Halland, Svenska Kommunförbundet, Landstingsförbundet, Vårdförbundet SHSTF, Sveriges läkarförbund och Svenska kommunalarbetsförbundet. Jämtlands läns landsting, Västerbottens läns landsting och Institutet för hälso- och sjukvårdsekonomi (IHE) har beretts tillfälle att yttra sig över rapporten men avstått.

1 Allmänna synpunkter

Socialdepartementet anser att det är väsentligt att följa om de mål som regeringen och riksdagen ställer upp för hälso- och sjukvården uppfylls.

Inrikesdepartementet anser att rapporten på ett bra sätt belyser de problem men även de möjligheter som finns inom primärvården.

Spri delar de iakttagelser och bedömningar som redovisas i rapporten.

Landstinget Sörmland anser att rapporten i huvudsak ger en korrekt verklighetsbeskrivning och att framlagda idéer och förslag bör kunna främja utvecklingen.

Landstingsförbundet framhåller att rapporten utgör en värdefull kunskaps-sammanställning över i första hand resursutvecklingen inom primärvården. Vidare framhåller man det angelägna i att primärvården kan leva upp till målet att utgöra basen i det svenska hälso- och sjukvårdssystemet. Därför är det också viktigt att analysera hur väl primärvården förmår leva upp till målen.

Svenska Kommunförbundet anser att rapportens genomgång begränsas av att inte de kommunala och privata delarna av primärvården tagits med i analysen. Man anser dock att rapporten gjort intressanta iakttagelser och reflektioner vad gäller landstingens verksamhet.

Vårdförbundet instämmer i stor utsträckning i rapportens syn på utvecklingen av primärvården, men finner att rapporten lägger allt för stor tonvikt på läkarnas roll. Vårdförbundet framhåller det positiva i att en utvärdering av detta slag genomförs och önskar att detta sker även inom andra delar av hälso- och sjukvården.

Sveriges läkarförbund delar i huvudsak rapportens bedömningar och anser att rapporten väl beskriver förhållandena i primärvården.

2 Avgränsning

Socialstyrelsen framhåller att definitionen av primärvård har varierat över tiden och att definitionerna använts på olika sätt inom landstingen. I landstingens statistik ingår inte t.ex. den sjukvård av äldre som efter ädelreformen kommunerna ansvarar för och som utgör en viktig del av primärvården.

Socialstyrelsen saknar även en beskrivning av och samverkan med olika specialiteter inom länssjukvården samt en diskussion och analys av variationer i behovet av allmänläkare i förhållande till andra specialister. Socialstyrelsen anser sammantaget att materialet i rapporten är ofullständigt när det gäller primärvården enligt gällande definition.

Svenska Kommunförbundet framhåller att ansvaret att fullgöra primärvårdssuppgifterna ligger på landsting, kommuner och enskilda vårdgivare. Rapporten har valt att enbart belysa landstingets ansvar för primärvården. Svenska Kommunförbundet beklagar detta och menar att avgränsningen minskar värdet av analysen.

Landstingsförbundet noterar att varken samspelet mellan hälso- och sjukvårdens olika delar eller mer specifikt primärvårdens betydelse för systemeffektiviteten i hälso- och sjukvården har studerats. Rapportens koncentration på resursfördelning mellan vårdnivåer utgör en begränsning när det gäller att bedöma genomslaget i riksdagens intentioner. Förbundet pekar på att det pågår ett utvecklingsarbete för att förbättra analysen av bl.a. primärvården, men att det först i en senare etapp kommer att prövas hur systemeffektiviteten kan beskrivas.

Vårdförbundet anser att materialet i rapporten, med den avgränsning som gjorts, inte ger tillräckligt underlag för slutsatserna.

3 Primärvårdens ställning

Socialstyrelsen instämmer i rapportens uppfattning att den svenska primärvården i en internationell jämförelse är underdimensionerad. Styrelsen framhåller dock att landstingens och kommunernas ansvar och befogenheter beträffande hälso- och sjukvård framgår i hälso- och sjukvårdslagen (HSL). Varje sjukvårdshuvudman avgör själv utifrån lokala förhållanden hur vården skall organiseras och resurser fördelas för att leva upp till av riksdagen stiftade ramlagar såsom HSL. Socialstyrelsen menar att rapportens hänvisning till uttalanden i propositioner och utredningar om primärvårdens utbyggnad saknar lagligt stöd. Det är först i 1995 års ändring i HSL som det anges att primärvården skall utgöra grunden i hälso- och sjukvården och att alla som är bosatta i Sverige skall kunna välja en fast kontakt med en allmänläkare. Normtalet en läkare per 2 000 innevånare är enligt Socialstyrelsen enbart en rekommendation och har aldrig beslutats av riksdagen. Socialstyrelsen konstaterar att det fram till år 1995 saknats konstitutionellt underlag för riksdagen och dess revisorer att kritisera landstingen för att inte ha avsatt mer resurser till primärvården. Styrelsen noterar vidare att rapporten i sin internationella jämförelse närmare avstår från att diskutera effekter av utformningen av olika sjukvårdsorganisationer bl.a. med hänsyn till varierande ekonomiska incitament som är inbyggda i organisationerna.

Stockholms läns landsting fattade beslut om att tillsätta en parlamentarisk utvärdering med anledning av att nya riktlinjer för primärvården fastställdes. Granskningen går ut på att studera om primärvården utvecklats på det sätt som avsågs och om verksamheten fått de förutsättningar som uppdraget kräver. Frågeställningar som skall belysas är bl.a. tillgänglighet, valfrihet, resursfördelning, produktivitet utveckling m.m. För Stockholm läns lands-

ting har samverkansfrågorna för närvarande hög prioritet både inom och utanför den egna organisationen.

Spri ställer sig bakom rapportens uppfattning att värdet ökar i en nationell uppföljning om resultaten kan relateras till förhållanden i andra länder. *Spri* ser det som en viktig uppgift att fortsätta med utvecklingsarbete och medverkan i internationella samarbetsprojekt som kan bidra till att förbättra underlagen för analys och beslut på såväl nationell som lokal nivå.

Landstinget Halland menar att det under de senaste åren över hela landet har kommit signaler att de anställda inom primärvården arbetar under en ständigt ökande arbetsbelastning. Landstinget Halland anser att ädelreformen och husläkarreformen upptog mycket kraft och energi att införa och sedan att avveckla. Detta medförde att organisationen hamnade i en organisationströtthet.

Landstingsförbundet ställer sig tveksam till den internationella jämförelsen rapporten gör vilken ger vid handen att primärvården är underdimensionerad och att läkartätheten inom primärvården är förhållandevis låg. Förbundet anser att definitioner och faktiskt innehåll skiljer sig åt mellan länder och även över tiden. Vidare anser man att antal besök per allmänläkare har mer att göra med tradition, arbetssätt och ersättningssystem än effektivitet. Vad gäller att primärvården är underdimensionerad och att antalet allmänläkare är lågt menar förbundet att det kan bero på att sjuksköterskor och bammorskor i Sverige sköter flera uppgifter som i andra länder är läkaruppgifter. Detta kan vara förklaringen till att det görs färre besök hos allmänläkare i Sverige än i många andra länder.

Svenska kommunalarbetsförbundet anser att nuvarande primärvårdsorganisation bör kompletteras med specialistutbildade psykiatriker som på ett odramatiskt sätt kan erbjuda personer med psykiatriska problem hjälp i deras närmiljö.

4 Uppföljning och utvärdering

Socialdepartementet anser att det är väsentligt att följa om de mål som regeringen och riksdagen ställer upp för hälso- och sjukvården uppfylls. Departementet kommer under de närmaste åren att i ökad omfattning ägna tid och resurser åt att stärka inslaget av resultatstyrning inom sitt ansvarsområde. Syftet är bl.a. att målformuleringarna inom de olika verksamhetsområdena successivt skall förbättras vilket ger bättre möjligheter för en utförlig resultatredovisning i budgetpropositionen samt en rationellare styrning av departementets myndigheter. I arbetet med att förbättra resultatstyrningen inom departementets områden kommer även behovet av analyser av resurs- och strukturfrågor samt av målanalyser att beaktas. Även användningen av kvantitativa respektive kvalitativa målformuleringar och hur dessa på ett ändamålsenligt sätt kan följas upp kommer att övervägas. Departementet delar också rapportens uppfattning att uppföljning och utvärdering är ett viktigt inslag i överenskommelsen om vissa ersättningar till sjukvårdshuvudmännen (Dagmar). I Dagmaröverenskommelsen för år 1998 anges att uppföljning och utvärdering skall prioriteras. I överenskommelsen för 1999 har rapportens

synpunkter beaktats genom att ytterligare medel avsätts för oberoende uppföljning.

Inrikesdepartementet instämmer i rapportens uppfattning att analysen i departementets skrivelse 1996/97:118 av de övergripande målen i hälso- och sjukvården är alldeles för generell för att det skall vara möjligt att dra några meningsfulla slutsatser om sjukvårdens effektivitet. Inrikesdepartementet menar dock att årets skrivelse 1997/98:155 har tagit ett steg i riktningen att utveckla målanalysen samt uppföljningen av produktivitet och effektivitet inom den kommunala verksamheten. Vidare påtalar man att regeringen kommer att tillsätta en arbetsgrupp med uppgift att dels utifrån befintlig statistik förbättra underlaget för statens samlade uppföljning av verksamhet i kommuner och landsting, dels lämna förslag till åtgärder för att på längre sikt åstadkomma en väl fungerande uppföljning av måluppfyllelse och resursanvändning.

Socialstyrelsen delar uppfattningen att Landstingsförbundets och landstingens statistikunderlag är bristfälligt och anser att denna osäkerhet motiverar att slutsatser dras med försiktighet. Socialstyrelsen anser det anmärkningsvärt att rapporten kritiserar myndigheten för bristande engagemang i uppföljning. Styrelsens uppföljning har mer fokuserat på innehållet i primärvården än resurserna. Styrelsen har också tagit initiativ till och stött utvecklingsprojekt som syftar till att få fram bättre underlag för uppföljning, utvärdering och jämförelse t.ex. nyckeltalssamarbetet. Socialstyrelsen anser att en förutsättning för att kunna följa upp omstruktureringsarnas effekter och följa utvecklingen inom hälso- och sjukvården är att också landstingen har motsvarande ambition inom sina områden och skapar en kvalitativt godtagbar grund för arbetet. Hittills menar man att dessa förutsättningar i stor utsträckning saknats. Vidare förstår man inte kritiken mot verksamhetsgrenen Aktiv uppföljning ty syftet med detta projekt har enligt Socialstyrelsen aldrig varit att ge underlag för nationella uppföljningar och jämförelser utan i stället att belysa frågeställningar och problem som varit aktuella och relevanta för de enskilda landstingen. För närvarande pågår en utvärdering av Aktiv uppföljning.

Spri anser i likhet med rapporten att det ökade trycket på primärvården ställer stora krav på objektiva analyser av olika slag när det gäller primärvårdens kvalitet och grad av måluppfyllelse i relation till uppställda nationella mål.

Stockholms läns landsting delar rapportens uppfattning att uppföljning och utvärdering av primärvårdsarbetet bör förbättras. I detta landsting pågår ett projekt för att ta fram en verksamhetsbeskrivning och ett arbete med att förbättra och utveckla formerna för den löpande verksamhetsuppföljningen, nyckeltal m.m. I samband med den föreslagna översynen av Socialstyrelsens uppföljnings- och utvärderingsarbete understryker man vikten av att ett sådant utvecklingsarbete sker i nära samråd med huvudmännen för att undvika dubbelarbete när det gäller registrering och dokumentation.

Landstinget Sörmland delar uppfattningen att en förbättrad uppföljning av kostnader, kvalitet och effekter är angelägen. Särskilt angeläget uppfattar landstinget Sörmland det vara att belysa effekterna av t.ex. en primärvårdsutbyggnad. Man anser att t.ex. Socialstyrelsen bör ha ett särskilt ansvar för

att bistå huvudmännen med att utveckla relevanta, accepterade och jämförbara effektmått.

Landstinget Halland anser att det är ett allvarligt problem att det finns brister i statistiken och det på så sätt blir problematiskt att utföra uppföljningar och jämförelser på nationell nivå. Uppföljningarna skall som bekant utgöra underlag för politiska beslut om den framtida dimensioneringen av vårdutbudet. För landstinget Halland har uppgifterna emellertid varit kända under lång tid.

Svenska Kommunförbundet delar rapportens kritik av den offentliga statistiken inom vård- och omsorgsområdet samt uppfattningen att staten bör ange tydliga och uppföljningsbara mål. Dessa bör i huvudsak vara resultatmål. Förbundet delar rapportens uppfattning att staten i högre grad borde rikta sitt intresse mot strukturella frågor, resursanvändning samt resultat av vård och omsorg. Svenska Kommunförbundet understryker att utvecklingsarbetet vad gäller effektmätning bör intensifieras. Vidare har förbundet inget att erinra mot de synpunkter rapporten framlägger beträffande Regeringskansliets och Socialstyrelsens arbetssätt.

Även *Landstingsförbundet* delar rapportens uppfattning att tillgänglig statistik på nationell nivå avseende svensk primärvård inte ger ett tillförlitligt underlag för analys och bedömningar av primärvårdens utveckling i Sverige. Tillsammans med några landsting bedriver Landstingsförbundet ett utvecklingsarbete i syfte att ta fram en modell som gör det möjligt att göra rättvisande kostnads- och prestationsjämförelser samt att beskriva produktivitetens utvecklingen. I ett senare skede är avsikten att pröva hur systemeffektiviteten kan beskrivas.

Vårdförbundet och *Sveriges läkarförbund* delar rapportens uppfattning att det är nödvändigt att uppföljnings- och utvärderingsverksamheten utvecklas.

Sveriges läkarförbund anser att metoder och instrument för uppföljning och utvärdering bör finnas på alla nivåer inom hälso- och sjukvården. Kraven på verksamhetsredovisning och beskrivning av innehållet i arbetet kommer att öka. Förbundet anser att detta kräver engagemang i att definiera ändamålsenliga verksamhetsmått och redovisa resultaten av verksamheten.

5 Måluppfyllelse och styrmekanismer

Landstinget Sörmland är negativt till den av rapporten föreslagna analysen huruvida ekonomiska styrmedel skulle öka statens möjligheter att få en önskvärd utveckling. En detaljreglering minskar möjligheterna att hantera utvecklingen på lokal nivå på ett sätt som har legitimitet hos befolkningen. Aktuella ställningstaganden måste göras av den politiska instans som har det direkta ansvaret.

Landstinget Halland instämmer i att de olika valmöjligheter i styrinstrument som huvudmännen har att använda utnyttjas i relativt liten omfattning. Vidare instämmer man i att det bör finnas en potential för överföring av t.ex. läkarresurser. Landstinget Halland anser i likhet med rapporten att för att kunna uppfylla riksdagens intentioner om en primärvård som skall vara basen i den svenska hälso- och sjukvården behöver attraktionskraften öka,

både för de patienter som söker vård och för den personal som skall arbeta inom primärvården.

Svenska Kommunförbundet understryker angelägenheten i rapportens uppfattning att läkare verksamma inom läns- och regionsjukvården i ökad utsträckning borde stimuleras att söka sig till primärvården. Arbete i primärvården behöver göras mer attraktivt, ersättningssystemen behöver utformas så att de understödjer verksamhetsmålen och anpassningen av personalstrukturen inom läns- och regionsjukvården behöver genomföras mer konsekvent.

Sveriges läkarförbund anser att framtidens primärvård måste anpassas till befolkningens aktiva läkarval. De ekonomiska ersättningssystemen måste utformas på så sätt att pengarna i större utsträckning följer patienten. Förbundet delar rapportens uppfattning att instrument som lönebildning och taxekonstruktioner bör kunna utnyttjas i större utsträckning. Förbundet instämmer också i att olika former av remisstvång inte gagnar verksamheten. Vidare menar man att primärvården skall ha ett tydligt uppdrag som beskriver vad som skall utföras och vilken resurs som står till förfogande. Hur uppdraget skall genomföras bör dock primärvården själv avgöra.

Sveriges läkarförbund delar rapportens uppfattning att allmänmedicinens ställning inom forskningen måste stärkas. Det är av stor vikt att allmänläkarkåren ges betydligt större möjligheter att bedriva forskning och hålla sig à jour med den medicinska utvecklingen.

6 Vidareutbildning av läkare

Socialdepartementet påtalar att Socialstyrelsen fått i uppdrag att redovisa hur ett nationellt planeringsstöd bör utformas för att kunna underlätta lokal och regional planering av den framtida tillgången på läkare med specialistkompetens m.m. Departementet anser att det vore fördelaktigt om planeringen börjar i de enskilda sjukvårdsområdena och utmynnar i en central analys. Man bör också ta hänsyn till strukturförändringar inom hälso- och sjukvården och förväntade medicinska landvinningar. Socialdepartementet instämmer i rapportens uppfattning att det nationella planeringsstödet uppgifter och inriktning bör utformas så att störningar i möjligaste mån minimeras.

Socialstyrelsen anser i likhet med rapporten att den svenska primärvården i internationell jämförelse är underdimensionerad och att nuvarande vidareutbildningsvolym av allmänläkare är otillräcklig. Man anser att ökningen bör ske såväl genom ett ökat antal ST-tjänster i allmänmedicin som genom omskolning av andra specialister. Vad gäller kritiken att styrelsen inte följt utvecklingen av vidareutbildade läkare påtalar Socialstyrelsen att den 1990 beslöt att avstå från fortsatt uppföljning av personalutvecklingen, då landstingen ej visat något intresse för denna redovisning. Regeringen och Landstingsförbundet informerades om detta beslut varför Socialstyrelsen inte anser kritiken berättigad. Socialstyrelsen instämmer dock i att analyser över det framtida behovet av läkare är viktiga att göra.

I *Stockholm läns landsting* inleddes under 1997 ett kartläggnings- och utredningsarbete när det gäller det framtida behovet av läkare. Arbetet innebär bl.a. ett uppdrag till hälso- och sjukvårdsnämnden att vidareutveckla den specialitetsvisa planeringen av läkarförsörjningen med hänsyn till bl.a. struk-

turförändringar och krav på effektiviseringar samt en planering för de stora pensionsavgångarna som inleds efter år 2005.

Landstinget Halland anser att på grund av det faktum att ett allt större antal läkare går tidigare i pension och det under senaste år skett en ökning av antalet "utbrända" och sjukskrivna specialister i allmänmedicin torde det verkliga behovet vara större än den kalkylerade ökningen på ca 700 specialister i allmänmedicin. Detta om det skall finnas en rimlig chans att ta emot den patientström som enligt riksdagens intentioner styrs från sjukhusvården till primärvården.

Svenska Kommunförbundet anser att staten har en viktig uppgift att ta fram planeringsunderlag och verka för att styrningen genom utbildning och forskning ligger i linje med de inriktningsbeslut som riksdagen lagt fast dvs. att primärvården skall förstärkas och utgöra basen i hälso- och sjukvården.

Vårdförbundet anser att mot bakgrund av debatten om tillgången på sjuksköterskor som blivit allt mer intensiv och att dessa tillsammans med barnmorskor sköter flera uppgifter som i andra länder är läkaruppgifter hade det varit en fördel om revisorerna granskat även deras utbildning.

7 Patientströmmar och kvalitet

Spri anser att det finns två anledningar till varför primärvårdens uppdrag på senare år starkt utökats. *Spri* framhåller att förutom att landstingen strävar efter att styra över patientströmmar från landstingen till primärvården, tillkommer det behov av insatser från allmänläkarens sida i hemmet och i det kommunala boendet som blir följderna av de allt kortare vårdtiderna vid akutsjukhusen. Enligt *Spri* finns det ett stort behov av att allmänläkaren kan göra besök utanför vårdcentralen, men incitamenten för detta är få. Läkarens arbete mäts t.ex. i första hand i form av besök på vårdcentralen. Vidare anser *Spri* att de ökade trycket på primärvården ställer stora krav på grad av måluppfyllelse i relation till uppställda nationella mål. *Spri* instämmer i att effekterna för patienterna av förändrade patientströmmar och omstruktureringar behöver klargöras.

Landstinget Halland menar att stora ansträngningar under senare tid har gjorts för att möta den stora tillströmningen av delvis nya patienter och uppgifter som tillförts primärvården. Under trycket av de stora reformer som genomförts har verksamheterna dock inte haft utrymme och upplevt sig ha möjlighet att i tillräcklig utsträckning utvecklas och omstrukturera sig.

8 Målformulering

Socialstyrelsen anser att huvudmännen har ett ansvar för att primärvårdens uppdrag tydligare än i dag specificeras med utgångspunkt i riksdagens beslut om primärvården som bas i sjukvårdsorganisationen. Resurser och kompetens skall därefter lokalt anpassas i enlighet med primärvårdens uppdrag och i takt med att uppdraget växer.

Spri anser att primärvården har en för många människor central uppgift i den framtida vårdorganisationen. Den är mer omfattande än tidigare. Det finns ett tydligt och angeläget analys- och utvecklingsbehov när det gäller

primärvårdens struktur och organisation. Det är även viktigt att tillgången på läkare i primärvården förbättras. I annat fall finns det risk för ytterligare svårigheter med rekrytering av allmänläkare. Spri framhåller i likhet med rapporten att tillgängligheten i många fall fortfarande är låg. Spri har nyligen gjort en uppföljning av klagomål till landets förtroendenämnder där bl.a. långa väntetider är ett stort problem.

Landstinget Halland anser att primärvården fått göra ett allt större åtagande med en allt mer kvalificerad och omfattande sjukvård, men att läkarresurserna inte överförts i motsvarande grad. För att möta detta är det viktigt att antalet innehavare per allmänläkare reduceras och att det mål som riksdagen angivit snarast uppfylls.

Sveriges läkarförbund understryker vikten av en omprövning av målsättningen en allmänläkare per 2 000 innehavare. Förbundet anser att en väl fungerande primärvård kräver en bemanning med en läkare per ca 1 500 innehavare dvs. ca 6 000 specialister i allmänmedicin.



Rapport 1997/98:5

Primärvårdens resurser

Riksdagens revisorer presenterar härmed sin revisionsrapport om primärvårdens resurser. Beslut om rapporten har fattats av revisorerna i plenum den 19 mars 1998. Rapporten sänds nu på remiss. Revisorernas slutliga ställningstaganden och förslag kommer därefter att utformas i en skrivelse till riksdagen.

Revisorernas beslut att genomföra en granskning av primärvården har sitt ursprung i ett förslag från riksdagens socialutskott om en granskning av genomslaget av regeringens och riksdagens intentioner när det gäller utvecklingen av primärvården.

Granskningen inleddes under våren/sommaren 1997 och har utförts av revisorernas första avdelning. I första avdelningen ingår riksdagsledamöterna Lars Bäckström (v), ordförande, Marianne Carlström (s), vice ordförande, Bengt Silfverstrand (s), Margit Gennser (m), Sverre Palm (s), Monica Widnemark (s), Ulf Kristersson (m) och Siw Persson (fp).

Inom revisorernas kansli har revisionsdirektör Mats Johansson varit ansvarig för utredningsarbetet.¹ Kanslichef Åke Dahlberg och utredningschef Margaretha Stålfors har även deltagit i arbetet.

Professor Bengt Jönsson och ek. dr. Magnus Tambour, Handelshögskolan i Stockholm, har på revisorernas uppdrag genomfört en studie av primärvården.

¹ Jag är tacksam för kommentarer och synpunkter från Mats Ribacke, Socialstyrelsen, Ulf Schöldström och Robert Wahren, Sveriges läkarförbund, Lena Bäckström, Landstingsförbundet, samt Bengt Jönsson och Magnus Tambour, Handelshögskolan i Stockholm.

Förord	27
Innehållsförteckning	29
Sammanfattning.....	31
1 Granskningens bakgrund och inriktning	38
2 Hälsa- och sjukvårdens mål och organisation.....	40
2.1 Mål och struktur.....	40
2.2 Organisation.....	41
3 Sjukvårdens resurser och finansiering	44
3.1 Kostnader.....	44
3.2 Personal.....	47
3.3 Landstingens ekonomi	49
3.4 Finansiering	50
3.5 Internationell jämförelse	51
3.5 Sammanfattning.....	54
4 Primärvårdens utveckling	56
4.1 Några utvecklingstendenser	57
4.2 Riksdagens och regeringens intentioner.....	58
4.3 Personal.....	59
4.4 Kostnader.....	70
4.5 Verksamhet och prestationer.....	72
4.6 Internationell jämförelse	81
4.7 Sammanfattning	89
5 Variationer mellan landstingen	90
5.1 Variationer mellan sjukvårdshuvudmännen	90
5.2 Prioriteringar inom sjukvården	94
5.3 Resursfördelningssystem och andra styrinstrument	101
5.4 Sammanfattning	103
6 Några styrinstrument i landstingen	105
6.1 Styrinstrument som kan påverka utbudet av läkare.....	105
6.2 Styrinstrument som kan påverka patientströmmar	109
6.3 Andra former av styrinstrument	114
6.4 Sammanfattning.....	114
7 Statliga instrument för att styra och följa upp hälso- och sjukvården .	116
7.1 Medel att styra verksamheten	116
7.2 Uppföljningsverksamhet	120
7.3 Publicerade och pågående utredningar.....	128
7.4 Sammanfattning.....	130
8 Planeringen av läkarutbildningen	132
8.1 Utbildningen av läkare.....	132
8.2 Några konsekvenser	137
8.3 Beslutade förändringar.....	139
8.4 Effekter av regleringar	141
8.5 Efterfrågan	145
8.6 Sammanfattning.....	147

9 Revisorernas bedömningar	149	1998/99:RR2
9.1 Allmänt	150	Bilaga
9.2 Sjukvårdshuvudmännens verksamhet	152	
9.3 Statens verksamhet.....	157	
Referenser.....	167	

Riksdag och regering har sedan lång tid framhållit att primärvården skall vara basen i det svenska hälso- och sjukvårdssystemet. Numera finns också en konkret målformulering om att det skall finnas en allmänläkare per 2 000 innevånare.

Granskningen har i huvudsak inriktats mot att analysera genomslaget av riksdagens och regeringens intentioner när det gäller utvecklingen av primärvården. Tonvikten har lagts på att analysera resursutvecklingen och principer för resursfördelning. Även läkarutbildningen har studerats, liksom olika former av styrinstrument och den uppföljningsverksamhet som bedrivs.

Revisorernas bedömningar

Allmänt

Rent allmänt kan revisorerna konstatera att sjukvården i Sverige i ett internationellt perspektiv förefaller ha förhållandevis gott om resurser. I och för sig avsätter Sverige en mindre andel av BNP till sjukvård än många andra länder, men utnyttjas olika mått på reala resurser som t.ex. personal blir bilden annorlunda. Trots de senaste årens besparingsprogram i landstingen är läkartätheten i Sverige bland världens högsta, och även när det gäller sjuksköterskor ligger Sverige på en hög nivå. Det senare gäller även den samlade sysselsättningen i hälso- och sjukvårdssektorn.

Sjukvårdshuvudmännens ekonomi har sedan början av 1990-talet försämrats relativt kraftigt, och det anses inte ha funnits utrymme att förstärka primärvården genom traditionella resursförstärkningar. Riksdagens revisorer kan mot bakgrund av dessa restriktioner, och med reservation för brister i statistiken, konstatera att primärvården klarat sig relativt väl under senare år. Sedan år 1992 har primärvårdens resurser mätt i fasta priser i det närmaste varit oförändrade, trots att huvudmännens kostnadsvolym minskat i reala termer. Neddragningarna har drabbat läns- och regionsjukvården samt övrig verksamhet. Innebörden är att primärvården ökat sin andel av hälso- och sjukvårdskostnaderna, dock på bekostnad av övrig vård.

Antalet allmänläkare förefaller vidare ha ökat relativt kraftigt sedan slutet av 1980-talet. Detta har inneburit att antalet innevånare per allmänläkare har sjunkit från drygt 4 000 till drygt 2 200 år 1996. Bristen uppgick till närmare 500 heltidsarbetande läkare år 1996, eller drygt 12 procent. Osäkra beräkningar för år 1997 pekar på att läkartätheten ökat ytterligare. Bristen är nu väsentligt mindre och kan uppgå till 200–300 allmänläkare, eller ca 6 procent. Riksdagens och regeringens mål är därmed i det närmaste uppfyllt. De regionala variationerna är dock fortfarande betydande.

Det är dock inte helt enkelt att avgöra om landstingens prioritering av primärvården skett mot bakgrund av uttalanden från riksdag och regering, av besparingsskäl eller av en övertygelse om effektivitetsvinster. Sjukvårdshuvudmännens fokusering på primärvården i termer av resurser har framför allt skett i samband med att ekonomin försämrats. Variationerna mellan huvudmännen är dessutom betydande. Landstingen har vidare endast haft ett be-

gränsat inflytande över ett antal faktorer som kan ha bidragit till att påverka utbudet av allmänläkare, t.ex. husläkarreformen, neddragningen av företags- hälsovården och det försämrade arbetsmarknadsläget för läkare.

Vid en internationell jämförelse förefaller dock den svenska primärvården fortfarande att vara underdimensionerad. Primärvården omfattar fortfarande inte mer än ca 18 procent av landstingens kostnader för den renodlade sjukvården, vilket är en internationellt sett låg siffra. Trots en generellt sett mycket hög läkartäthet är antalet allmänläkare per innevånare i Sverige internationellt sett mycket lågt.

I jämförelse med andra länder är antalet läkarbesök per innevånare i primärvården mycket lågt i Sverige. Detta gäller även antalet mottagningsbesök per allmänläkare. Internationellt sett förefaller även läkartillgängligheten vara låg i Sverige, dvs. det är relativt svårt att snabbt komma i kontakt med en allmänläkare.

Samtidigt pågår det ett arbete inom flertalet landsting för att föra patientströmmar från den sjukhusanknutna vården till primärvården. Primärvården skall ta hand om nya och i vissa fall mer vårdkrävande patienter, vilket skall ske genom effektiviseringar. Hur detta kommer att påverka verksamhetens resultat och kvalitet är svårt att bedöma.

Sjukvårdshuvudmännens verksamhet

Riksdagens revisorer är i praktiken förhindrade att lägga konkreta förslag om hur sjukvårdshuvudmännen skall planera och organisera sin verksamhet. Det hindrar emellertid inte att revisorerna redovisar iakttagelser och reflektioner som gjorts under granskningen.

- Det inte är möjligt att ge en helt rättvisande eller exakt bild av primärvården eller andra verksamhetsformer på grund av brister i bl.a. Landstingsförbundets och landstingens statistik. Dessa begränsningar gör det inte möjligt att långsiktig bedöma vilken genomslagskraft riksdagens och regeringens intentioner haft. Denna statistik utgör till viss del underlag för politiska beslut om den framtida dimensioneringen och inriktningen av vårdutbudet. Ett korrekt beslutsunderlag är nödvändigt i dessa sammanhang. Revisorerna kan emellertid med tillfredsställelse konstatera att det tagits ett flertal initiativ för att förbättra statistiken.
- Ett allmänt intryck är enligt revisorerna att sjukvårdshuvudmännens uppföljnings- och utvärderingsverksamhet är mindre utvecklad än inom den statliga verksamheten där det finns ett formaliserat system för resultatanalys. Relevanta mått som belyser vårdens effekter borde rimligtvis vara en förutsättning för den omstrukturering som pågår. Med nuvarande inriktning är det svårt och i de flesta fall inte möjligt att följa upp och bedöma behandlingar och olika insatsers kostnadseffektivitet. Det är mot denna bakgrund inte heller lätt att avgöra om sjukvårdsinsatserna utförs på rätt vårdnivå.
- Revisorerna vill betona att sjukvårdshuvudmännen själva i huvudsak förfogar över de instrument som är nödvändiga för en omstrukturering.

Huvudmännen kan själva i relativt hög grad påverka resursfördelning, primärvårdens attraktionskraft och patientströmmarna. En restriktion är naturligtvis den ekonomiska utvecklingen som sätter gränser för hur instrumenten kan utnyttjas. Under 1980-talet var dock uppenbarligen dessa restriktioner av mindre betydelse, men någon avsevärd utbyggnad av primärvården kom ändå inte till stånd.

- Vissa instrument, t.ex. taxekonstruktioner och lönebildning, tycks enligt revisorernas bedömning endast utnyttjas i begränsad omfattning. Andra instrument förefaller överutnyttjas. Det senare gäller t.ex. de huvudmän som kombinerar remisskrav och differentierade patientavgifter som i grund och botten är två olika medel för att uppnå samma mål. Kombinerade remisskrav och differentierade patientavgifter har det senare instrumentet förlorat en stor del av sin betydelse som styrinstrument och kan då mer ses som en allmän finansieringskälla som leder till ökade kostnader för patienten.
- Enligt revisorernas uppfattning kan också utformningen av ersättningssystemen till läkare påverka incitamentsstrukturen i en mindre önskvärd riktning. I bilagan till rapporten ges exempel på system som styr patienter och resurser till fel vårdnivå. Andra exempel rör ersättningen till offentliga vårdcentraler etc. Offentligt anställda allmänläkare ersätts med månadslön, men det är inte ovanligt att vårdcentralen eller motsvarande ersätts i form av kapitations- och prestationsersättning. Kopplingen till den enskilde läkaren är därmed låg eller obefintlig.
- Inom ett flertal landsting pågår ett arbete för att föra över patientströmmar från den sjukhusanknutna öppna vården till primärvården. I konsultrapporten redovisas att det i de fyra landsting som analyserats finns uttalade mål att primärvårdens verksamhet skall öka i omfattning samtidigt som den sjukhusanknutna vårdens roll och omfattning skall minska. Vid presentationen av sådana mål finns inga konkreta planer att föra över resurser i motsvarande mån. Snarare är det så att primärvårdens resurser dragits ned något eller varit oförändrade, medan det skett stora neddragningar i läns- och regionsjukvården. Orsaken till detta är i huvudsak det ekonomiska läget som inte tillåter eller tillåtit resursförstärkningar. Samtidigt skall primärvården ta hand om nya och i vissa fall mer vårdkrävande patienter, vilket skall ske genom effektiviseringar, t.ex. förbättrat samarbete och kommunikation mellan läns- och regionsjukvård och primärvård. Hur detta kommer att påverka verksamhetens resultat och kvalitet är svårt att bedöma.
- Utbyggnaden av primärvården varierar relativt kraftigt mellan huvudmännen. Samtidigt fastslås i hälso- och sjukvårdslagen (HSL) att målet för hälso- och sjukvården är en god hälsa och *en vård på lika villkor för hela befolkningen*. Enligt HSL skall landstinget organisera primärvården så att *alla som är bosatta inom landstinget får tillgång till och kan välja en fast läkarkontakt*. Revisorerna kan inte inom ramen för denna granskning ta ställning till om dessa målsättningar uppfyllts. De stora variationerna mellan landstingen väcker dock frågan om hur stora skillnader som

kan accepteras inom ramen för en till stora delar skattefinansierad verksamhet. Variationerna mellan landstingen kan också ses om ett uttryck för en potential för effektivitetsförbättringar.

Statens verksamhet

Sjukvårdshuvudmännen är i allt väsentligt ansvariga för planeringen och verkställandet av hälso- och sjukvården. Staten har emellertid också ett inte obetydligt inflytande över verksamheten. Det gäller ett flertal instrument som kan utnyttjas för att styra eller påverka utvecklingen inom hälso- och sjukvården. Revisorernas förslag är i korthet följande (förslagen redovisas i detalj i kapitel 9).

Uppföljning och utvärdering

Socialdepartementet

- Regleringsbrevens är departementets viktigaste styrinstrument och bör kunna utgöra ett viktigt medel för att få information om hälso- sjukvården i Sverige. Resursfördelningsfrågor har haft en begränsad omfattning bland de uppgifter och uppdrag som angetts. Enligt revisorernas bedömning bör dessa frågor i högre utsträckning uppmärksammas av departementet och ges en konkret utformning i regleringsbrevet till t.ex. Socialstyrelsen.
- Det begränsade inslaget av resursfördelningsfrågor avspeglar sig också i regeringens resultatbedömning och slutsatser i budgetpropositionen vad gäller hälso- och sjukvård. Redogörelsen skall bl.a. utgöra ett underlag så att riksdagen kan få en bild av huruvida målen är uppfyllda. Enligt revisorernas bedömning är den nuvarande redogörelsen inte av den karaktären att en sådan bedömning är möjlig. Revisorerna bedömer det därför som angeläget att resurs- och strukturfrågor samt olika former av målanalyser får en större omfattning i resultatbedömningen.
- Regeringen har fastställt kvantitativa mål för ett antal områden inom sjukvården. Det gäller t.ex. målet om en allmänläkare per 2 000 innevånare och målet om tillgänglighet i primärvården. Något uppföljningsprogram är inte fastställt för vårdgarantin, och det finns brister i uppföljningen av målet om läkartäthet. Enligt revisorernas uppfattning är det av stor vikt att kvantitativa mål av den här typen löpande följs upp. När det gäller t.ex. vårdgarantin tvingas regeringen också i hög grad förlita sig på de uppföljningar som görs av Landstingsförbundet. Enligt revisorernas mening är det angeläget att de uppföljningar och utvärderingar som görs har hög tilltro och inte utformas så att de kan ifrågasättas av rena objektivitetsskäl. Enligt revisorernas bedömning bör Socialdepartementet initiera studier som gör det möjligt att löpande följa om kvantitativa mål uppfylls.

- Liknande problem gäller också arbetet med uppföljning och utvärdering av överenskommelsen om vissa ersättningar till sjukvårdshuvudmännen (Dagmar). Där fastslås att en del av uppföljningen kan genomföras via s.k. självvärdering där de i projektet inblandade själva följer upp och värderar måluppfyllelse. Revisorerna kan instämma i fördelarna med decent-ralisering, men samtidigt får det inte innebära att arbetet med en objektiv analys av måluppfyllelsen försummas. Som framgått ovan är det enligt revisorernas mening av stor vikt med oberoende uppföljningar och utvär-deringar. Enligt revisorernas bedömning bör dessa synpunkter beaktas i samband med den kommande överenskommelsen för år 1999.

Inrikesdepartementet

- Inrikesdepartementet arbetar med övergripande uppföljning av den kommunala verksamheten. Uppföljningen omfattar bl.a. hur verksamhet-en utvecklas i förhållande till de nationella mål som statsmakterna satt upp för vissa verksamhetsområden. Som ett led i detta arbete överläm-nade regeringen i april år 1997 en skrivelse till riksdagen om utveckling-en inom den kommunala sektorn. Skrivelsen behandlar dock inte alls riksdagens och regeringens intentioner om primärvården och innehåller endast en begränsad diskussion om målen i hälso- och sjukvårdslagen uppfylls. Revisorerna anser det angeläget att analyser av primärvårdens ställning ingår i skrivelser till riksdagen där hälso- och sjukvårdens ut-veckling redovisas. Enligt revisorernas bedömning är vidare analysen av de övergripande målen i hälso- och sjukvården i regeringens skrivelse alldeles för generell för att det skall vara möjligt att dra några menings-fulle slutsatser om sjukvårdens effektivitet. Revisorerna förutsätter att det utvecklingsarbete som pågår inom Regeringskansliet leder till att målana-lysen utvecklas.

Socialstyrelsen

- Revisorerna kan allmänt konstatera att Socialstyrelsens uppföljnings- och utvärderingsverksamhet vad gäller sjukvården i hög grad förefaller styras av de uppgifter som anges i regleringsbrev och i olika regeringsuppdrag, medan de egna initiativen är av mindre omfattning. Primärvården och olika former av resursfördelningsfrågor har en något undanskymd roll i Socialstyrelsens uppföljnings- och utvärderingsverksamhet.
- Enligt revisorernas bedömning är Socialstyrelsens uppföljnings- och utvärderingsverksamhet inom sjukvårdsområdet av en sådan karaktär att den motiverar en översyn. Regeringen bör ta initiativ till att en sådan kommer till stånd. I en sådan översyn bör det också övervägas om inte den ekonomiska kompetensen vid styrelsen behöver stärkas. Revisorerna grundar detta ställningstagande på ett flertal iakttagelser under gransk-ningen.

- Det är inte möjligt att ge någon entydig förklaring till landstingens prioritering av primärvården. Den kan ha skett mot bakgrund av uttalanden från riksdag och regering, av besparingsskäl eller av en övertygelse om effektivitetsvinster. Även i framtiden kommer det emellertid att ställas krav på prioriteringar. Ett exempel på detta är att antalet pensionsavgångar kommer att öka starkt samtidigt som den nuvarande vidareutbildningsvolymen för allmänläkare är otillräcklig för att täcka detta behov. Det bör fortfarande finnas en potential för överföring av läkarresurser. Antalet läkare i läns- och regionsjukvården är t.ex. fortfarande i det närmaste oförändrat trots de relativt kraftiga nedskärningarna. Revisorerna kan inte bedöma behovet eller storleken på en sådan överföring, men en viss överföring torde vara nödvändig om målet om läkartäthet i primärvården skall uppnås före år 2000. Huruvida en sådan förstärkning kommer att ske är naturligtvis svårt att bedöma. Det kan finnas skäl att diskutera ekonomiska styrmedel för att påskynda en sådan process. Revisorerna anser att möjligheterna att via ekonomiska styrmedel söka påverka sjukvårdshuvudmännens resursfördelning bör analyseras.
- Det är dock inte bara själva resurstilldelningen i sig som är av betydelse. Primärvården måste också fyllas med ett kvalitetsmässigt högt innehåll. Det måste vara möjligt att styra över patientströmmar till denna vårdnivå, och verksamheten måste organiseras så att tillgängligheten blir hög. Revisorerna har redan tidigare konstaterat att sjukvårdshuvudmännen i princip har de nödvändiga instrumenten för att åstadkomma en sådan utveckling. Utformningen av vissa instrument beslutas emellertid av statsmakterna och kan påverka huvudmännens möjligheter att styra till olika vårdnivåer. Revisorerna har inte underlag för att förespråka någon förändring av dessa instrument, men vill understryka vikten av att regeringen analyserar hur sjukvårdshuvudmännens handlingsfrihet påverkas i samband med beslut om förändringar av t.ex. remisskrav och den nationella läkarvårdstaxan.
- Det kan i detta sammanhang också finnas skäl att analysera hur primärvårdens attraktionskraft och karriärmöjligheter kan stärkas. Revisorerna har t.ex. pekat på allmänmedicinens svaga ställning inom forskningen.

Vidareutbildning av läkare

- Det nuvarande systemet för vidareutbildning kommer att förändras fr.o.m. den 1 juli år 1998. Revisorerna har inga invändningar mot förändringarna i stort. För att underlätta den långsiktiga bedömningen kommer emellertid ett nationellt planeringsstöd att inrättas och Socialstyrelsen tilldelas rollen som central instans för detta planeringsstöd. Även om detaljutformningen av det nationella planeringsstödet i dagsläget är oklar vill revisorerna avråda från ett alltför reglerat system. Det är ett välkänt faktum att regleringar kan leda till snedvridningar och ineffektiviteter och

därmed ökade kostnader. Erfarenheterna från det hårt reglerade system som tillämpades under 1980-talet är inte goda. Enligt revisorernas bedömning bör det nationella planeringsstödet uppgifter och inriktning utformas så att störningar i möjligaste mån minimeras.

- Ett led i denna verksamhet bör vara att förstärka uppföljnings- och utvärderingsverksamheten så att det finns ett korrekt underlag för att bedöma den här typen av frågor. Enligt revisorernas bedömning saknas ett sådant underlag i dagsläget. Revisorerna utgår från att Socialstyrelsen som central instans för det nationella planeringsstödet kommer att utföra analyser av vidareutbildningsvolymerna etc. Dessa bör också kompletteras med analyser av framtida utbud och efterfrågan på läkare.

Patientströmmar och kvalitet

- Inom ett flertal landsting pågår ett arbete för att föra över patientströmmar från den sjukhusanknutna vården till primärvården. Primärvården skall ta hand om nya och i vissa fall mer vårdkrävande patienter, vilket skall ske genom effektiviseringar inom ramen för oförändrade och i vissa fall krympande resurser. Hur detta kommer att påverka verksamhetens resultat och kvalitet är svårt att bedöma. Det kan t.ex. komma att påverka tillgängligheten inom primärvården och därmed leda till att patienter även fortsättningsvis i första hand söker sig till specialistvården. Enligt revisorernas bedömning är osäkerhetsmomenten stora, och Socialstyrelsen bör därför få i uppgift att analysera hur denna omstrukturering kan komma att påverka primärvårdens resultat och kvalitet. I ett sådant uppdrag bör även ingå en analys av de stora variationerna mellan sjukvårdshuvudmännen.

Målformulering

- Riksdag och regering angav år 1995 för första gången en konkret målformulering om primärvårdens dimensionering. Generellt sett borde en läkare per 2 000 innevånare vara det genomsnittliga riktvärdet för landet som helhet. Som framgått ovan har detta mål ännu inte uppnåtts fullt ut. Av skäl som utvecklats ovan i avsnittet om "Patientströmmar och kvalitet" kan huvudmännens omstruktureringsarbete komma att påverka primärvårdens resultat och kvalitet. Det är inte otänkbart att primärvårdens ökade arbetsuppgifter ställer krav på ytterligare resursförstärkningar och leder fram till att målet om läkartäthet kan behöva omprövas. Enligt revisorernas bedömning bör regeringen därför löpande följa och analysera dessa frågor och redovisa utvecklingen inför riksdagen.

1 Granskningens bakgrund och inriktning

1998/99:RR2
Bilaga

Riksdagens revisorer genomförde under 1990/91 en bred granskning av den svenska hälso- och sjukvården (förs. 1990/91:17). Granskningen inriktades mot följande frågor:

- Statens styrning och tillsyn av hälso- och sjukvården.
- Olikheter i hälsoförhållanden, vårdbehov, vårdutbud och vårdkvalitet.
- Helhetssyn inom hälso- och sjukvården.
- Läkarresurserna i hälso- och sjukvården.

Granskningen omfattade bl.a. primärvården och denna del inriktades t.ex. på frågor om resursfördelning, ekonomisk effektivitet, huvudmannafrågor och alternativa driftsformer.

Revisorernas beslut att ånyo genomföra en granskning av primärvården har sitt ursprung i en framställan från riksdagens socialutskott om en granskning av genomslaget av regeringens och riksdagens intentioner när det gäller utvecklingen av primärvården.² Regering och riksdag har sedan länge framhållit att primärvården skall vara basen i det svenska hälso- och sjukvårdssystemet. I samband med regeringens proposition om primärvård, privata vårdgivare m.m. (prop. 1994/95:195) betonades detta återigen. I propositionen angavs också för första gången en konkret målformulering om primärvårdens dimensionering. Enligt propositionen bör en läkare per 2 000 innevånare vara det genomsnittliga riktvärdet för landet som helhet. Socialutskottet ställde sig bakom regeringens förslag (bet. 1994/95:SoU24).

Innebörden i begreppet primärvård har förändrats över tiden, vilket gjort det nödvändigt att avgränsa granskningen. Begreppet primärvård betecknar numera en vårdnivå som skall kunna tillgodose befolkningens basala behov av hälso- och sjukvård (prop. 1994/95:195). Primärvård som vårdnivå innefattar därmed även kommunal hälso- och sjukvård, privatpraktiserande specialister i allmän medicin och privatpraktiserande sjukgymnaster. Granskningen har avgränsats till den del som bedrivs och finansieras av landstingen och omfattar därmed inte den kommunala hälso- och sjukvården. Kostnaderna för vård och omsorg av äldre definieras numera som social omsorg. Landstingen delar vidare upp verksamheten i öppen och sluten primärvård. Granskningen har avgränsats till vad som betecknas som öppen primärvård. Den slutna primärvården avser i huvudsak olika former av sjukhem och har till stora delar överförs till primärkommunerna i samband med Ädelreformen.

Granskningen har i huvudsak inriktats mot att analysera genomslaget av riksdagens och regeringens intentioner när det gäller utvecklingen av primärvården. Tonvikten har lagts på att analysera resursutvecklingen och principer för resursfördelning.³ Även läkarutbildningens dimensionering har studerats,

² Bakgrund och inriktning redovisas mer i detalj i Riksdagens revisorer (1997).

³ Det betyder att andra mål som t.ex. närhet, helhetssyn och kontinuitet inte analyseras.

liksom olika former av styrinstrument och den uppföljningsverksamhet som bedrivs.

En viktig del av granskningsarbetet har varit att studera vilka principer som styr landstingens fördelning av resurser till primärvården. I detta syfte har revisorernas kansli besökt fem landsting.

Professor Bengt Jönsson och ek. dr. Magnus Tambour, Handelshögskolan i Stockholm, har på revisorernas uppdrag genomfört en studie av primärvården. Studien avser en analys av fyra av de ovan nämnda fem landstingen.

Rapporten är disponerad enligt följande. Inledningsvis i kapitel 2 ges en kort översikt över hälso- och sjukvårdens mål och organisation. I kapitel 3 redovisas hälso- och sjukvårdens resurser och finansiering. Kapitel 4 innehåller en genomgång av riksdagens och regeringens intentioner vad gäller primärvården och en analys av hur primärvårdens resurser utvecklats. I kapitel 5 analyseras variationer mellan huvudmännen och hur resursfördelningen fungerar i fyra utvalda landsting. I kapitel 6 förs en diskussion om landstingens styrinstrument och hur dessa kan tänkas påverka utbudet av läkare och patientströmmar. I kapitel 7 redovisas statliga styrinstrument och den uppföljningsverksamhet som bedrivs. Kapitel 8 innehåller en genomgång av läkarutbildningen och de planeringssystem som tillämpas. Avslutningsvis redovisas revisorernas överväganden i kapitel 9.

2 Hälso- och sjukvårdens mål och organisation

1998/99:RR2
Bilaga

I kapitlet ges en översiktlig bild av målen, strukturen och organisationen för hälso- och sjukvården.

I avsnitt 2.1 redovisas hälso- och sjukvårdens mål och struktur, med viss betoning på primärvården. Avsnitt 2.2 innehåller en översiktlig bild av organisationen.

2.1 Mål och struktur

Den nationella hälso- och sjukvårdspolitiken kommer framför allt till uttryck genom hälso- och sjukvårdslagen (HSL). Av HSL framgår att målet för hälso- och sjukvården är en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen.

Hälso- och sjukvården skall bedrivas så att den uppfyller kraven på god vård. Detta innebär att den särskilt skall:

1. vara av god kvalitet och tillgodose patientens behov av trygghet i vården och behandlingen,
2. vara lätt tillgänglig,
3. bygga på respekt för patientens självbestämmande och integritet,
4. främja goda kontakter mellan patienten och hälso- och sjukvårdspersonalen.

Vården och behandlingen skall så långt det är möjligt utformas och genomföras i samråd med patienten.

Av HSL framgår att varje landsting skall erbjuda en god hälso- och sjukvård åt dem som är bosatta inom landstinget. Det innebär inte att landstingen själva behöver producera vården. Ett landsting får sluta avtal med någon annan att utföra de uppgifter som landstinget skall ansvara för enligt HSL.

I HSL definieras och anges betydelsen av olika sjukvårdsbegrepp. Där anges att för hälso- och sjukvård som kräver intagning i vårdinrättning skall det finnas sjukhus. Vård som ges under sådan intagning benämns *sluten vård*. Annan hälso- och sjukvård benämns *öppen vård*.

Av speciellt intresse i detta sammanhang är den öppna vården. Tidigare saknades i lagstiftningen en precisering av begreppet primärvård. Den ingick som en del av den öppna vården. I juni 1995 antog riksdagen en ändring av hälso- och sjukvårdslagen som anger uppgifterna för den del av hälso- och sjukvården som benämns primärvård. Primärvården anges lagtekniskt som en del av landstingens och de landstingsfria kommunernas hälso- och sjukvård. Detta innebär inte att primärvården enbart består av landstingens hälso- och sjukvårdspersonal. Primärvården är inte i första hand ett organisatoriskt begrepp. I primärvården kan ingå även privata vårdgivare med den inriktning som anges som primärvårdens uppgifter.

Enligt regeringens proposition om primärvård, privata vårdgivare m.m. (prop. 1994/95:195) bör begreppet primärvård beteckna en vårdnivå (observera att en snävare avgränsning görs i rapporten, se kapitel 1). Öppenvård är

ett vidare begrepp som med hänsyn till verksamhetens inriktning och innehåll bör delas upp i:

- primärvård, som omfattar basal medicinsk behandling, omvårdnad, förebyggande arbete och rehabilitering utan avgränsning vad gäller sjukdomar, ålder eller patientgrupp och
- övrig öppenvård som med grund i den specialiserade sjukvården utgår från insatser som görs av andra specialistläkare än specialister i allmän medicin såväl inom offentlig verksamhet som i privata driftformer. Övrig öppenvård hör därmed till den sekundära vårdnivån.

I HSL anges primärvårdens uppgifter. Primärvården skall som en del av den öppna vården utan avgränsning vad gäller sjukdomar, ålder eller patientgrupper svara för befolkningens behov av sådan grundläggande medicinsk behandling, omvårdnad, förebyggande arbete och rehabilitering som inte kräver sjukhusens medicinska och tekniska resurser eller annan särskild kompetens. I primärvården skall således inte finnas särskilda specialiteter för olika sjukdomar eller kroppsdelar.

Landstinget skall organisera primärvården så att alla som är bosatta inom landstinget får tillgång till och kan välja en fast läkarkontakt. Hur organisationen närmare skall se ut och hur valet av fast läkarkontakt skall ske anges inte. Det är landstingets sak att avgöra dessa frågor.

2.2 Organisation

Ansvar för att medborgarna får en god hälso- och sjukvård åvilar landstingen och de landstingsfria kommunerna (sjukvårdshuvudmännen). Huvuddelen av den svenska hälso- och sjukvården bedrivs också i offentlig regi av landsting eller landstingsfria kommuner. Den privata hälso- och sjukvården är av begränsad omfattning och består till övervägande del av verksamhet som utförs på entreprenad för landstingen eller på annat sätt är finansierad av dessa.

Landstingen har som regel hela länet som verksamhetsområde. Tre kommuner, Gotland, Göteborg och Malmö, svarar själva för den verksamhet som annars lyder under landstingen.⁴

Vissa medicinska specialiteter kräver större patientunderlag än ett enda län. För vården inom sådana specialiteter är riket indelat i sex hälso- och sjukvårdsregioner.

Vården bedrivs i form av olika vårdtyper och vid olika anläggningar. *Riks-sjukvård* avser flerregional hälso- och sjukvård i samverkan för den högspecialiserade vård som inte kan eller bör bedrivas inom hälso- och sjukvårdsregionerna.

⁴ Den regionala indelningen kommer att förändras fr.o.m. den 1 januari 1999. Skåne läns landsting bildas genom en sammanläggning av Kristianstads läns landsting, Malmöhus läns landsting och landstingsverksamheten i Malmö kommun. Västra Götalands läns landsting bildas genom en sammanläggning av Göteborgs och Bohus läns landsting, Skaraborgs läns landsting (utom Habo och Mullsjö kommuner), Älvsborgs läns landsting och landstingsverksamheten i Göteborgs kommun.

Regionsjukvård bedrivs vid högt specialiserade regionsjukhus (totalt 9 st) som har resurser för läns-, region- och i vissa fall rikssjukvård. Den avser hälso- och sjukvård i samverkan inom en sjukvårdsregion för speciellt svår-
bemästrade och/eller sällan förekommande sjukdomstillstånd som kräver hög specialisering och/eller särskild utrustning.

Länssjukvård avser specialistvård, såväl öppen som sluten vård, inom ett sjukvårdsområde som kräver kvalificerat omhändertagande. Vården bedrivs vid länssjukhus (svarar för sjukvårdsområdets behov av länssjukvård, totalt 26 st) och länsdelssjukhus (svarar för en begränsad del av sjukvårdsområdets behov av viss länssjukvård, totalt 56 st). Där bedrivs somatisk sjukvård dels på vårdavdelningar (sluten vård), dels på mottagningar (öppen vård) inom de flesta specialiteter. Till länssjukvården hör också den psykiatriska vården.

Primärvården avser den icke specialiserade och ej sjukhusanslutna vården. Till primärvården hör läkarstationer/vårdcentraler, hemsjukvård i särskilt boende, sjukvård i hemmet, distriktssköterskemottagningar samt mödra- och barnavårdscentraler. Några data om primärvården redovisas nedan.

Tablå 2.1 Några grundläggande uppgifter om primärvården

Primärvården utgör en del av den öppna vården utan avgränsning vad gäller sjukdomar, ålder eller patientgrupper. Primärvården skall svara för befolkningens behov av sådan grundläggande medicinsk behandling, omvårdnad, förebyggande arbete och rehabilitering som inte kräver sjukhusens medicinska och tekniska resurser eller annan särskild kompetens. Primärvårdens huvuduppgifter kan sägas vara diagnos och behandling, hemsjukvård, vård i särskilt boende (enbart läkarinsatser), rehabilitering och förebyggande arbete. Primärvården har vidare ansvar för att föra patienten rätt i sjukvårdssystemet.

De huvudprinciper som skall vägleda primärvården kan sägas vara:

- Närhet
- Tillgänglighet
- Helhetssyn
- Kontinuitet

Landstinget skall organisera primärvården så att alla som är bosatta inom landstinget får tillgång till och kan välja en fast läkarkontakt. En sådan läkare skall ha specialistkompetens i allmänmedicin.

Verksamheten bedrivs vid vårdcentraler (motsvarande), distriktssköterskemottagningar och mödra- och barnvårdscentraler. År 1996 fanns ca 900 vårdcentraler i offentlig regi och ca 270 i privat regi, dvs. totalt ca 1 170 vårdcentraler.

Primärvården skall erbjuda ett brett utbud av hälso- och sjukvårdstjänster där olika yrkeskategorier samverkar. Någon exakt uppgift över antalet anställda i den öppna primärvården finns dock inte. Inom landstingen (exklusive de landstingsfria kommunerna och privat verksamhet) uppgick antalet anställda (årsarbetare) till drygt 24 000 personer år 1996. De största personalgrupperna framgår nedan.

Personalkategori	Antal
Sjuksköterska	8 700
Undersköterska	3 700
Läkare	3 900
Sjukgymnast	1 400

Totalt görs drygt 10 miljoner läkarbesök i primärvården. Dessutom görs ett stort antal besök hos andra personalkategorier, främst distriktssköterskor, sjukgymnaster samt verksamma inom mödra- och barnhälsovård.

Kostnaderna för den öppna primärvården uppgick till närmare 17 miljarder kronor år 1996.

Primärvården är en del av den samlade hälso- och sjukvården och dess utveckling är i hög grad beroende av vilka resurser som står och har stått till främst sjukvårdshuvudmännens förfogande. Det kan därför vara befogat att inför de kommande kapitlen redovisa utvecklingen av sjukvårdens resurser. Möjligheten och förmågan att prioritera är naturligtvis av minst lika stor betydelse, men detta diskuteras mer i detalj i kapitel 4 och 5.

I kapitlet redovisas relativt översiktligt vissa uppgifter om hälso- och sjukvårdens kostnader, personal och finansiering. I möjligaste mån görs internationella jämförelser. Det bör påpekas att det är svårt att få en enhetlig bild av t.ex. kostnader och personalresurser. Detta beror bl.a. på att det finns olika statistikkällor och att avgränsningarna av t.ex. vilka kostnader som ingår varierar. Det förekommer dessutom olika begrepp i redovisningarna.

I avsnitt 3.1 redovisas hälso- och sjukvårdens kostnader. I avsnitt 3.2 analyseras personalutvecklingen. Avsnitt 3.3 innehåller en kort genomgång av landstingens ekonomi. I avsnitt 3.4 redovisas en översiktlig beskrivning av finansieringssystemet. Avsnitt 3.5 innehåller en internationell jämförelse av vissa begränsade data. Avslutningsvis sammanfattas kapitlet i avsnitt 3.5.

3.1 Kostnader

Totalt uppgick kostnaderna för hälso- och sjukvården till 123 miljarder kronor år 1995, vilket motsvarar drygt 7 procent av BNP. Merparten, eller drygt 60 procent, avsåg offentligt finansierad konsumtion, ungefär 17 procent privat konsumtion hos läkare och tandläkare, 17 procent läkemedelssubventioner till apoteken och subventioner till privatpraktiserande läkare och tandläkare samt 5 procent investeringar.

Tabell 3.1 Hälso- och sjukvårdens totala kostnader år 1995

	Miljarder kr	Procent
Privat konsumtion	21,2	17,2
Offentlig konsumtion	75,3	61,2
Subventioner	17,0	13,8
Vårdavtal med privata vårdgivare	3,8	3,1
Investeringar	5,8	4,7
Summa	123,1	100,0

Källa: Statistiska centralbyrån, Nationalräkenskaperna.

Under 1970- och 1980-talen ökade sjukvårdens resurser i reala termer med ett par procent per år och i fasta priser steg de totala utgifterna med ca 70 procent under perioden 1970–1991. 1990-talet uppvisar däremot en stagnerande utgiftsutveckling, och under något enstaka år har utgifterna till och med minskat (tabell 3.2). Nedgången beror dock främst på statistikomläggningar. Genom den s.k. Ädelreformen överfördes år 1992 ansvaret för sjukhemmen från landstingen till primärkommunerna. Detta motsvarar ca 1,1 procentenheter av BNP, eller ca 14 miljarder kronor i fasta priser. Om hän-

syn tas till denna förändring har de totala sjukvårdskostnaderna i fasta priser legat på en relativt stabil nivå. År 1995 var sjukvårdskostnaderna (exklusive Ädelreformen) t.o.m. något högre än år 1990.

1998/99:RR2
Bilaga

Tabell 3.2 Sjukvårdskostnadernas utveckling

	1990	1991	1992	1993	1994	1995
Löpande priser, mdr SEK	117	122	109	111	118	125
Fasta priser, mdr SEK	117	118	100	99	104	108
Köpkraftspariteter, mdr USD	12,5	12,2	11,3	11,3	11,9	12,1
Andel av BNP, procent	8,6	8,4	7,6	7,7 ¹	7,7	7,6 ¹

¹BNP-andelar har justerats något mot bakgrund av att nationalräkenskaperna har reviderats.

Källa: Arvidsson och Jönsson (1997).

Kostnadsredovisningen i tabell 3.2 pekar på en svag uppgång av sjukvårdskostnaderna efter ett par års nedgång och på en i princip återställd kostnadsnivå. Denna samlade kostnadsbild, dvs. kostnader för tandvård, läkemedel, sjukhus etc., visar inte om det skett omfördelningar mellan olika delar av hälso- och sjukvården. Det är inte möjligt att ge någon exakt bild av hur olika delar av sjukvården utvecklats, men eftersom huvuddelen av sjukvården bedrivs av landstingen och de landstingsfria kommunerna är det möjligt att få ett grepp om hur de renodlade sjukvårdskostnaderna utvecklats (exklusive tandvård och läkemedel).

Som framgår av tabell 3.3 uppvisar sjukvårdskostnaderna efter Ädelreformen en svag ökning i löpande priser. Mätt i fasta priser har däremot kostnaderna minskat med 6–7 procent (Ädelreformen genomfördes något senare för vissa huvudmän, varför tabellen inte ger en exakt bild av kostnadsminskningen). I princip är neddragningarna koncentrerade till driftkostnaderna. Investeringarna ligger på en relativt stabil nivå.

Tabell 3.3 Sjukvårdshuvudmännens kostnader för hälso- och sjukvård (exklusive tandvård)

1996 års priser, miljarder kronor

	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996
<i>Löpande priser</i>							
Driftkostnader	98,8	103,4	90,2	86,2	91,0	92,5	94,1
Investeringar	4,1	3,6	3,9	3,8	3,9	4,2	4,3
Summa	102,9	107,0	94,1	90,0	94,9	96,7	98,4
<i>Fasta priser</i>							
Driftkostnader	125,4	123,8	104,8	99,1	100,9	97,3	94,1
Investeringar	5,2	4,3	4,5	4,3	4,3	4,4	4,3
Summa	130,6	128,1	109,3	103,4	105,2	101,7	98,4

Källor: Landstingsförbundets bokslutsstatistik och egna beräkningar.

Samtidigt som de mer renodlade sjukvårdskostnaderna minskat har läkemedelskostnaderna stigit kraftigt. Enligt SCB:s nationalräkenskaper steg kostnaderna i löpande priser från ca 9,6 miljarder kronor år 1990 till ca 17,4 miljarder kronor år 1995. I fasta priser innebär detta en ökning med ca 50 procent. Detta motsvarar ungefär nedgången i de renodlade sjukvårdskostnaderna och förklarar till stor del varför de totala sjukvårdskostnaderna i det närmaste varit oförändrade reallt sett. Neddragningarna inom sjukvården har balanserat ökningen av bl.a. läkemedelskostnaderna.

Det finns flera orsaker till den kraftiga kostnadsökningen för läkemedel. Arvidsson och Jönsson (1997) pekar på att en viktig förklaring till att läkemedelskostnaderna ökat är att det introducerats ett stort antal nya läkemedel, både inom nya behandlingsmetoder och som ersättning till äldre läkemedel. Samtidigt har aktiviteten i sjukvården ökat till följd av incitamenten till produktivitetsoökningar, vilket också drivit på läkemedelsanvändningen. I budgetpropositionen för år 1998 (prop. 1997/98:1) pekas bl.a. på den demografiska utvecklingen med en ökande andel äldre människor samt att en allt större andel av läkemedlen skrivs ut i öppenvård till följd av vårdens strukturförändringar.

Landstingen bedriver även ett flertal andra verksamheter än sjukvård och kostnaderna för dessa verksamheter uppgick till drygt 26 miljarder kronor år 1996. Det kan t.ex. vara fråga om tandvård, kollektivtrafik och utbildning. På grund av olika huvudmannaskapsförändringar är det svårt att få en klar bild över kostnadsutvecklingen, men rent generellt verkar besparingarna ligga på en högre nivå än inom sjukvården. Det förefaller främst vara inom områdena social verksamhet, central förvaltning och omsorger om psykiskt utvecklingsstörda som de mest markanta neddragningarna gjorts. Den mycket kraftiga nedgången av omsorger om psykiskt utvecklingsstörda förklaras dock av att huvuddelen av verksamheten har överfört till primärkommunerna fr.o.m. år 1996.

Tabell 3.4 Kostnader för landstingens övriga verksamheter
1996 års priser, miljarder kronor

	1992	1993	1994	1995	1996
Tandvård	6,1	6,2	5,9	5,9	5,8
Social verksamhet	1,9	1,5	1,5	0,8	0,7
Omsorger om psykiskt utvecklingsstörda	13,7	13,4	13,3	8,4	0,9
Utbildning och kultur	7,2	6,7	6,8	6,8	6,5
Diverse verksamheter	10,7	10,3	9,6	9,0	9,7
Central förvaltning	3,6	4,3	4,0	2,7	2,5
Summa	43,2	42,4	41,1	33,6	26,1

Källor: Landstingsförbundets bokslutsstatistik och egna beräkningar.

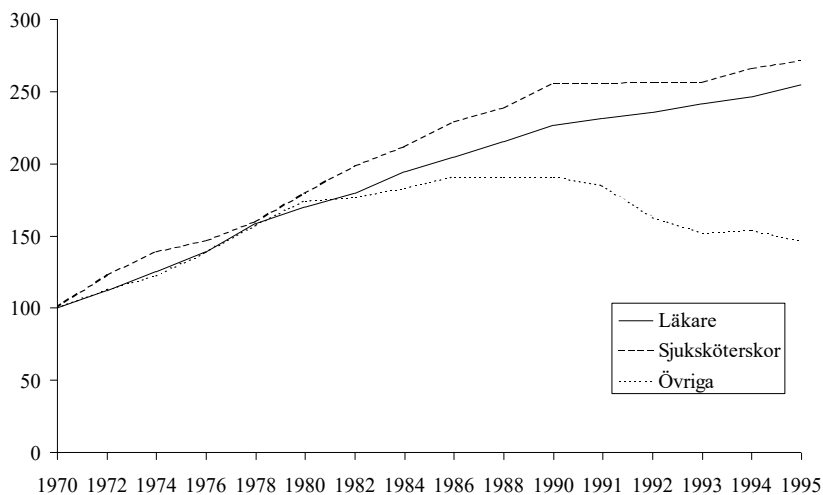
Antalet anställda inom hälso- och sjukvården i landstingen och de landstingsfria kommunerna uppgick till drygt 250 000 personer år 1995. Till detta kommer över 10 000 anställda hos privata vårdgivare och ca 50 000–60 000 personer med hälso- och sjukvårdsuppgifter i primärkommunerna.

Totalt fanns år 1995 ca 27 000 läkare, 95 000 sjuksköterskor och ca 150 000 övrig sjukvårdspersonal. Den senare gruppen består av undersköterskor, biträden, kuratorer, sjukgymnaster, arbetsterapeuter och annan personal med direkt patientkontakt. Dessutom tillkommer personal som inte har direkt patientkontakt.

Utvecklingen och sammansättningen av hälso- och sjukvårdens samlade personalresurser har förändrats i betydligt högre grad än kostnaderna. Antalet läkare har ökat kraftigt och i det närmaste tredubblats sedan år 1970. År 1970 fanns ca 10 000 läkare och år 1995 ca 27 000. Antalet sjuksköterskor har utvecklats på liknande sätt med en ökning från ca 35 000 år 1970 till 95 000 år 1995. Övrig vårdpersonal ökade i samma takt som läkare och sjuksköterskor fram till början av 1980-talet, för att därefter mattas av och börja minska från och med år 1990. År 1970 uppgick denna grupp till 103 000 personer, år 1990 till 196 000 och år 1995 till 150 000.

Figur 3.1 Utvecklingen av läkare, sjuksköterskor och annan vårdpersonal 1970-1995 (inklusive äldrevård och privat vård)

Index (basår = 1970)



Källa: Anell och Persson (1996).

De senaste årens besparingsprogram har således avsett övrig personal och inte minskat antalet läkare och sjuksköterskor. Minskningen av övrig personal kan inte tillskrivas Ädelreformen eftersom sjukvårdspersonal i primärkommunerna ingår i figuren. Arbetsinsatsen har förmodligen inte reducerats lika mycket som personalminskningen. Sjukfrånvaron hos personalen har t.ex. minskat kraftigt.

Personalsammansättningen har förändrats i riktning mot en större andel kvalificerad personal, vilket till stor del förklaras av förändringar i vårdstrukturen. Delar av vården har flyttats från slutna till öppna vårdformer och läkemedelskonsumtionen har ökat. Antalet vårdplatser och vård dagar har minskat, vilket lett till att medelvårdtiderna har sjunkit (förändringarna redovisas mer i detalj i kapitel 4). Ökad kostnadspress och teknologisk utveckling är också bidragande faktorer.

I figuren ovan ingår även sjukvårdspersonal i primärkommunal äldrevård, vilken inte omfattas av denna rapport. Det kan därför också vara av intresse att redovisa utvecklingen av anställda i landstingen (Landstingsförbundets statistik omfattar inte de landstingsfria kommunerna). Totalt minskade antalet anställda i landstingen med ca 188 000 under åren 1991–1996. Av denna minskning beror 119 000 på verksamhetsöverföringar till andra organ och en mindre del, eller 69 000, på den strukturomvandling som genomförts i samband med landstingens besparingar (Landstingsförbundet, 1997a).

Antalet anställda inom landstingens hälso- och sjukvård ökade kontinuerligt fram till och med 1990. Under åren 1991–1996 sjönk antalet anställda från 370 000 till 217 000, dvs. med 153 000 personer. En relativt stor del av denna nedgång beror på verksamhetsöverföringar till primärkommunerna. Exempelvis innebar Ädelreformen att antalet anställda minskade med 70 000. Den renodlade sjukvårdspersonalen har minskat med ca 75 000 personer under åren 1991–1995 (från 274 000 till 177 000). Nedgången blir betydligt lägre om Ädelreformen exkluderas. Rensat från Ädelreformen är bilden av personalstrukturen ungefär densamma som i figur 3.1. Nedgången berör övrig personal, medan antalet läkare och sjuksköterskor inte har minskat.

Tabell 3.5 Anställda inom landstingen

	1990	1995	1996
Landstingen totalt	434 500	273 200	247 000
Verksamhetsområdet hälso- och sjukvård	370 500	229 400	216 600
Sjukvårdspersonal	274 000	177 000	-

Källor: Landstingsanställd personal i olika årgångar samt Anell och Persson (1996).

Det är sannolikt att denna utveckling fortsätter. I de framskrivningar av personalstrukturen som gjorts av Landstingsförbundet (1996a) pekas på att de fortsatta neddragningarna förmodligen kommer att omfatta övriga anställda, medan antalet läkare och sjuksköterskor förblir oförändrat.

Nedgången i antalet anställda inom landstingen har varit betydligt större än minskningen av kostnaderna. Detta kan delvis förklaras av den förändrade personalsammansättningen. De grupper av anställda som har minskat sina andelar har i genomsnitt haft lägre lön och lägre medelarbets tid än övriga grupper. Närvaron har vidare ökat. En annan bidragande orsak är att effekterna av personalneddragningarna inte blir omedelbara utan kommer med en

3.3 Landstingens ekonomi

Landstingen har haft en svag ekonomisk utveckling sedan början av 1990-talet och sektorns finansiella situation har försämrats kraftigt. Trots att landstingens kostnadsvolym minskade med ca 6,5 procent realt under perioden 1992–1996 (rensat för huvudmannaskapsförändringar) redovisade de flesta landsting ett underskott för åren 1994–1996. För landstingen totalt uppgick underskotten till 5,3, 2,7 och 3,7 miljarder kronor för respektive år.

Kommittén om hälso- och sjukvårdens finansiering och organisation (HSU 2000) har i ett delbetänkande (SOU 1996:163) analyserat de framtida behoven och resurserna inom hälso- och sjukvården. Analyserna tar sin utgångspunkt i en s.k. baskalkyl. I denna antas landstingens framtida utgifter för vård motsvara de krav på resurser som följer av den demografiska utvecklingen fram till år 2010. Baskalkylen innehåller också en prognos om hur det reala utrymmet för landstingen kan komma att utvecklas fram till år 2010. Denna prognos baseras i huvudsak på regeringens antaganden om den ekonomiska tillväxten och kravet på en kommunal ekonomi i balans före sekelskiftet. Det sistnämnda innebär att landstingen behöver minska sin kostnadsvolym med ca 6 procent realt under perioden 1994–2000 (efter den tidpunkten finns ett visst utrymme att åter öka konsumtionen).

En demografisk framskrivning innebär att kraven på resurser för landstingens hälso- och sjukvård ökar med 5–6 procent fram till år 2010. Ställs de demografiskt betingade kraven på resurser mot det beräknade utrymmet för landstingskommunal konsumtion uppstår successivt ett gap mellan behov och resurser. Gapet är störst omkring sekelskiftet – omkring 8 procent eller 7 miljarder kronor. Under perioden 2001–2010 beräknas gapet sjunka med knappt 1 miljard kronor. Det bör påpekas att kalkylerna är osäkra och känsliga för förändringar i olika antaganden. Exempelvis kan andra antaganden om tillväxt och resursbehov påverka utfallet högst väsentligt.

Kommittén gör den bedömningen att det inte är realistiskt att förlita sig på att problemet med de växande gapen mellan behov och resurser före sekelskiftet skall kunna lösas enbart genom organisatoriska förändringar och verksamhetsutveckling även om förutsättningarna varierar mellan olika landsting. Utvecklingen efter sekelskiftet bestäms i hög grad av den samhällsekonomiska utvecklingen och de beslut om de ekonomiska förutsättningarna för kommuner och landsting som regering och riksdag fattar.

Kalkylerna och bedömningarna är i viss mån inaktuella eftersom landstingen numera tillförts mer resurser. År 1997 höjdes statsbidragen med drygt 1 miljard kronor och fr.o.m. år 1998 tillförs landstingen ytterligare drygt 1 miljard kronor i statsbidrag (prop. 1996/97:150). I budgetpropositionen för 1998 aviseras ytterligare förstärkningar av statsbidragen (prop. 1997/98:1). Statsbidragen föreslås ökas med 1,6 miljarder år 1999 och med ytterligare 1,6 miljarder kronor år 2000. Rimligtvis bör detta leda till att besparingskra-

ven i landstingen minskar väsentligt och att möjligheterna att uppnå ekonomisk balans förbättras.

Ekonomisk balans i budgeten är för övrigt ett lagstadgat krav som gäller för landstingen fr.o.m. år 2000 (prop. 1996/97:52, bet. 1996/97:FiU15). Innebörden är bl.a. att landstingen varje år skall upprätta budgeten så att intäkterna överstiger kostnaderna, dvs. att resultatet är positivt. Om ett negativt resultat uppstår skall detta regleras i budgeten senast två år efter det år det negativa resultatet uppkom. Endast om synnerliga skäl föreligger kan undantag från regleringskravet göras. Det är dock landstinget självt som bestämmer om skälen för att inte följa lagens balanskrav väger tillräckligt tungt.

Sammanfattningsvis har landstingen genomlevt en period där ekonomin utvecklats svagt och där besparingar varit nödvändiga. Även om ekonomin förbättras genom bl.a. höjda statsbidrag återstår sannolikt fortsatta besparingskrav. Enligt Landstingsförbundets (1997c) senaste prognos i december år 1997 behöver landstingen minska kostnaderna i nuvarande pris- och löneläge med 0,6 procent per år, eller totalt med ca 2 procent (ca 2 miljarder i 1997 års priser) under åren 1998–2000 för att uppnå balans i ekonomin år 2000. Enligt en schablonmässig kalkyl beräknas minskningen av antalet anställda uppgå till ca 7 000 under åren 1998–2000. Det framtida utrymmet för en real konsumtionsökning är således begränsat och eventuella förstärkningar av olika verksamhetsområden måste förmodligen ske genom omprioriteringar.

Samtidigt kan också neddragningarna relateras till produktivitetsutvecklingen inom hälso- och sjukvården. Studier av Expertgruppen för studier i offentlig ekonomi (ESO) pekar på att produktiviteten inom hälso- och sjukvårdssektorn sjönk under 1970- och 1980-talen för att öka något 1991 och 1992 (Ds 1994:24). Enligt beräkningar av Landstingsförbundet (1995) ökade produktiviteten 1992 och 1993. En särskild analys av produktivitetsutvecklingen inom läns- och regionsjukvården pekar på en produktivitetsökning för åren 1992–1994. Några senare beräkningar föreligger inte, men resultaten ger en antydning om att resursneddragningarna inte lett till motsvarande minskning i sjukvårdsproduktionen, dvs. vi har fått mer vård för varje insatt krona.

Det bör dock poängteras att relativt enkla produktivetsmått inte säger något om effektiviteten inom sjukvården. För att detta skall vara möjligt krävs mer sofistikerade mått (detta diskuteras något mer utförligt i kapitel 5).

3.4 Finansiering

Hälso- och sjukvården i Sverige finansieras i huvudsak inom den offentliga sektorn. Drygt 80 procent av verksamheten är offentligt finansierad.⁵ Landstingsskatten är den huvudsakliga inkomstkällan och svarar för ungefär tre fjärdedelar av finansieringen av de offentliga kostnaderna. Resterande delar av de offentliga kostnaderna finansieras av staten genom generella statsbi-

⁵ Patientavgifter i den öppna vården svarar för ett par procent av inkomsterna.

drag, specialdestinerade statsbidrag och ersättningar från sjukförsäkringen för t.ex. läkemedel.

Statens bidrag till den kommunala sektorn har förändrats sedan mitten av 1980-talet. De specialdestinerade statsbidragen har minskats kraftigt och det har skett en övergång till mer generella statsbidrag. Detta innebär också att de medel som omfattas av den s.k. Dagmaröverenskommelsen (se kapitel 8), som genomfördes första gången år 1985, successivt har reducerats och inordnats i det generella statsbidraget till landstingen.

3.5 Internationell jämförelse

Kostnader

Internationellt sett förefaller Sverige avsätta mindre resurser till hälso- och sjukvård än andra länder. År 1995 uppgick sjukvårdskostnaderna till 7,5 procent av BNP och det var endast ett fåtal länder inom OECD-området som uppvisade lägre BNP-andelar (tabell 3.6). I merparten av länderna uppgick sjukvårdskostnaderna till 7,5–9 procent av BNP. Att USA uppvisar så höga sjukvårdskostnader är i hög grad en fråga om höga relativpriser, dvs. hög prisnivå på sjukvårdstjänster.

Tabell 3.6 Totala sjukvårdskostnader som andel av BNP, urval av OECD-länder
Procent av BNP

	1980	1985	1990	1995
USA	9,1	10,7	12,7	14,2
Tyskland	8,1	8,5	8,2	10,4
Frankrike	7,6	8,5	8,9	9,9
Schweiz	7,3	8,1	8,4	9,8
Kanada	7,3	8,4	9,2	9,7
Nederländerna	7,9	7,9	8,3	8,8
Australien	7,3	7,7	8,2	8,6
Island	6,2	7,3	8,0	8,2
Portugal	5,8	6,3	6,5	8,2
Belgien	6,6	7,4	7,6	8,0
Norge	7,0	6,6	7,8	8,0
Österrike	7,9	6,7	7,1	7,9
Finland	6,5	7,3	8,0	7,7
Italien	7,0	7,1	8,1	7,7
Spanien	5,7	5,7	6,9	7,6
Sverige	9,4	9,0	8,8	7,5 ¹
Japan	6,4	6,7	6,0	7,2
Nya Zeeland	6,0	5,3	7,0	7,1
Luxemburg	6,2	6,1	6,6	7,0
Storbritannien	5,6	5,9	6,0	6,9
Danmark	6,8	6,3	6,5	6,4
Irland	8,8	7,8	6,6	6,4
Grekland	3,6	4,0	4,2	5,8

¹ BNP-andelen för 1995 har justerats på grund av att BNP har reviderats.

Källa: OECD (1997).

Sveriges internationellt sett låga nivå har en högst naturlig eller begriplig förklaring. Flera studier visar att sjukvårdsutgifterna per person är mycket

starkt relaterade till bruttonationalprodukten per person (Arvidsson och Jönsson, 1997; OECD, 1995⁶). Nivån på sjukvårdskostnaderna blir då den som kan förväntas med hänsyn till bruttonationalprodukten. Eftersom flertalet västländer numera har en högre BNP-nivå än Sverige avspeglas detta också i sjukvårdskostnaderna. Detta innebär naturligtvis inte att "behovet"⁷ av sjukvård minskar om BNP faller. Som redan antytts ovan är det snarare så att inkomstelasticiteten för tjänster av typen sjukvård enligt flertalet studier är positiv och relativt hög (denna form av elasticitet mäter inkomstförändringens effekt på konsumtionen). Är inkomstelasticiteten positiv så ökar konsumtionen vid en inkomstökning. I det motsatta fallet, dvs. vid en inkomstsänkning, faller konsumtionen.

Långsiktigt förefaller sjukvårdskostnaderna ha ökat som andel av BNP i flertalet OECD-länder. Sverige utgör ett av de få länder som uppvisar en sjunkande BNP-andel. Så sent som år 1980 hade Sverige den högsta BNP-andelen och år 1985 var det enbart USA som satsade mer resurser. Som framgått tidigare i avsnittet så förklaras dock en stor del av den svenska nedgången av huvudmannaskapsförändringar, främst Ädelreformen (detta är således inte beaktat i OECD:s statistik). En jämförelse mellan länderna försvåras också av att det många gånger föreligger osäkerhet om vilka verksamheter som omfattas i det mått på sjukvårdskostnaderna som redovisas.

Personal

Mått som BNP-andelar kan ge en skev bild av sjukvårdens faktiska resurser. Olika mått på reala resurser kan vara bättre indikatorer på sjukvårdens ställning. Sjukvårdens personalresurser är ett sådant användbart mått. En jämförelse av personalresurserna mellan olika länder kan ge en uppfattning om huruvida de stora skillnaderna i BNP-andelar har en real bakgrund eller om de också är resultatet av t.ex. skillnader i relativpriser.

Den internationella statistiken är dock relativt bristfällig i vissa avseenden. Ett betydande problem är att definitioner och statistik kan skilja sig mellan olika länder. Med reservation för sådana begränsningar visar statistik som sammanställts av OECD (1997) att Sverige i jämförelse med andra länder förefaller ha relativt gott om personalresurser i sjukvården. Framför allt gäller det läkare. År 1960 var läkartätheten i Sverige lägre än i flertalet OECD-länder. Sedan dess har läkarresurserna successivt ökat och läkarkåren i princip tredubblats (tabell 3.7). Läkartätheten i Sverige är numera bland världens högsta (i länder som t.ex. Spanien och Grekland är antalet sjuksköterskor per innevånare betydligt lägre än i Sverige, vilket bör beaktas vid en jämförelse).

⁶ I denna rapport redovisas ett stort antal studier.

⁷ Försök att definiera någon form av absolut "behov" är mindre meningsfullt. Begreppet är oändligt tänjbart och att försöka tillgodose varje önskemål skulle snabbt uttömma samhällets samtliga resurser.

Tabell 3.7 Antal läkare per 10 000 innevånare, urval av OECD-länder

	1960	1970	1980	1990	1995
Spanien	11,6	13,4	23,1	38,2	-
Belgien	12,9	-	23,1	34,4	-
Grekland	12,5	16,2	24,3	34,0	-
Tyskland	14,3	16,4	22,6	30,9	33,6
Sverige	9,5	13,1	22,0	28,7	30,7
Portugal	8,4	9,7	19,7	28,4	29,9
Schweiz	13,6	14,4	23,6	29,8	-
Frankrike	9,6	12,6	19,7	26,5	29,4
Island	11,6	14,2	21,4	28,5	-
Norge	11,9	13,8	19,7	31,2	28,0
Danmark	12,1	14,0	21,7	27,8	-
Finland	5,7	9,4	17,4	24,2	27,7
Österrike	14,0	13,6	16,4	22,2	26,6
Nederländerna	11,2	12,5	19,1	25,1	-
USA	13,7	15,5	19,9	23,7	-
Luxemburg	10,1	11,3	17,1	20,1	22,3
Kanada	-	14,6	18,0	21,4	21,5
Nya Zeeland	10,8	-	15,5	18,8	21,1
Irland	-	-	13,1	15,5	17,2
Japan	10,3	10,9	12,7	16,5	-
Italien	5,3	7,8	12,0	15,4	-
Storbritannien	-	-	12,8	14,8	-

Källa: OECD (1997).

Även när det gäller sjuksköterskor ligger Sverige på en mycket hög nivå (OECD, 1997). Inom OECD-området är det endast Finland, Kanada, Norge och Schweiz som uppvisar högre nivåer. År 1995 fanns det ca 100 sjuksköterskor per 10 000 innevånare i Sverige, vilket kan jämföras med ca 85 i Österrike, ca 70 i Danmark, ca 70 i USA, ca 55 i Frankrike och ca 50 i Tyskland (uppgifterna om sjuksköterskor måste tolkas med försiktighet eftersom definitionerna kan variera mellan länderna).

När det gäller övriga personalgrupper i sjukvården är statistiken mycket bristfällig. Ett alternativt mått kan vara den samlade sysselsättningen i hälso- och sjukvårdssektorn. Även om den i vissa fall omfattar omsorgs- och andra verksamheter som normalt inte ingår i sjukvården visar statistiken att Sverige har gott om personalresurser. Av OECD-länderna är det endast Norge som uppvisar ett högre antal sysselsatta per 10 000 innevånare, ca 450 jämfört med ca 390 i Sverige. I Finland uppgår motsvarande tal till ca 385, i USA till ca 300, i Tyskland till ca 285, i Nederländerna till ca 240, i Danmark till drygt 210 och i Storbritannien till ca 200.

Sammanfattningsvis förefaller tillgången på vårdpersonal vid en internationell jämförelse vara relativt god i Sverige, åtminstone torde detta gälla kvalificerad personal. Trots de ekonomiska neddragningarna tycks det finnas relativt omfattande personalresurser i sjukvården. Analysen av personalresurserna ger således en något annorlunda bild än rangordningen av BNP-andelar. Tänkbara förklaringar till detta är att personalresurserna endast utgör en del av totalkostnaderna och att de anställdas löner (relativpriserna) skiljer sig mellan länderna.

Den offentliga finansieringen av hälso- och sjukvården i Sverige har sjunkit från drygt 92 procent år 1980 till drygt 82 procent 1995 (tabell 3.8). Internationellt sett har emellertid Sverige fortfarande en hög andel offentligt finansierad sjukvård och ligger över genomsnittet för OECD-länderna.

Tabell 3.8 Offentlig andel av totala sjukvårdskostnader 1980–1995

Procent	1980	1985	1990	1994	1995
Luxemburg	92,8	89,2	98,5	-	-
Norge	98,4	96,5	94,5	94,5	-
Belgien	83,4	81,8	88,9	87,9	87,8
Storbritannien	89,4	85,8	84,1	84,1	-
Island	88,2	87,0	86,8	84,0	84,1
<i>Sverige</i>	<i>92,5</i>	<i>90,2</i>	<i>89,7</i>	<i>83,4</i>	-
Danmark	85,2	84,4	82,3	83,0	-
Japan	71,3	70,7	77,1	79,1	-
Frankrike	78,8	76,9	74,5	78,4	78,4
Spanien	79,9	81,1	78,7	78,6	78,2
Nederländerna	74,7	75,1	72,4	77,6	77,5
Nya Zeeland	83,6	86,3	82,2	76,9	-
Irland	82,2	77,4	74,7	76,0	-
Grekland	82,2	81,0	84,2	-	-
Finland	79,0	78,6	80,9	75,2	-
Tyskland	75,0	73,6	71,8	73,5	73,5
Kanada	75,1	75,1	74,6	71,8	-
Schweiz	67,5	66,1	68,4	71,8	-
Italien	80,4	77,1	78,1	70,6	70,0
Australien	62,9	71,7	68,1	68,5	-
Österrike	68,8	66,7	66,1	63,4	-
Turkiet	27,3	50,2	35,6	58,1	-
Portugal	64,3	54,6	54,6	55,8	56,0
USA ¹	42,4	40,7	40,8	44,3	48,4
OECD Europa	78,4	77,5	77,1	76,2 ²	-
OECD totalt	76,1	75,7	75,3	74,4	-

¹Värdena för USA är underskattade.

²Ovägt medeltal, exklusive Grekland och Luxemburg.

Källa: Arvidsson och Jönsson (1997).

3.5 Sammanfattning

Kapitlet har huvudsakligen behandlat sjukvårdens och landstingens resurser. Sammanfattningsvis visar kapitlet följande:

- Landstingen har genomlevt en period där ekonomin utvecklats svagt och där besparingar varit nödvändiga. Även om ekonomin förbättras genom bl.a. höjda statsbidrag återstår sannolikt fortsatta besparingskrav. Det framtida utrymmet för en real konsumtionsökning är begränsat och eventuella förstärkningar av olika verksamhetsområden måste förmodligen ske genom omprioriteringar.

- Trots landstingens försämrade ekonomi har de totala sjukvårdskostnaderna under senare år närmast varit oförändrade reallt sett. Detta förklaras av en förändrad sammansättning av kostnaderna. De renodlade sjukvårdskostnaderna har minskat med 6–7 procent mätt i fasta priser. Nedgången uppvägs dock av en motsvarande ökning av läkemedelskostnaderna.
- Internationellt sett avsätter Sverige en mindre andel av BNP till sjukvård än många andra länder. I huvudsak förklaras den minskande BNP-andelen av huvudmannaskapsförändringar, t.ex. den överföring av äldreomsorgen till primärkommunerna som skedde i samband med Ädelreformen. Nivån på de svenska sjukvårdskostnaderna är den som kan förväntas med hänsyn till bruttonationalprodukten.
- De senaste årens besparingsprogram i landstingen har inte avsett läkare och sjuksköterskor utan övriga personalgrupper. Detta har medfört att personalsammansättningen har förändrats i riktning mot en större andel kvalificerad personal.
- Sverige förefaller trots neddragningarna ha gott om personalresurser i sjukvården jämfört med andra länder. Läkartätheten i Sverige är bland världens högsta och även när det gäller sjuksköterskor ligger Sverige på en mycket hög nivå.
- Produktiviteten inom hälso- och sjukvården sjönk under 1970- och 1980-talen. Beräkningar tyder på att produktiviteten ökat under perioden 1991–1994. Resursneddragningarna har således inte lett till motsvarande minskning i sjukvårdsproduktionen. Samtidigt säger dock produktivitetetsmättet inte något om utvecklingen av effektiviteten inom sjukvården.

4 Primärvårdens utveckling

1998/99:RR2
Bilaga

Hälso- och sjukvårdslagen (HSL) utgör som tidigare framgått av kapitel 2 den centrala lagstiftningen inom hälso- och sjukvårdssystemet. HSL är en ramlag som huvudsakligen innehåller mål och riktlinjer och inte detaljregleringar. I allt väsentligt är sjukvårdshuvudmännen därför ansvariga för planering och verkställande av hälso- och sjukvården i Sverige.

Vad gäller primärvården anges i HSL i princip enbart dess uppgifter och att landstingen skall organisera primärvården så att alla som är bosatta inom landstinget får tillgång till och kan välja en fast läkarkontakt. Några explicita målformuleringar om t.ex. primärvårdens omfattning och organisation saknas därför i HSL.

Riksdagen har emellertid ett ansvar för övergripande reglering och styrning av hälso- och sjukvården som bl.a. kommer till uttryck vid behandlingen av regeringens propositioner. I dessa sammanhang utfärdas allmänna riktlinjer och uttalanden rörande vårdens mål, inriktning och utformning som uttrycker statsmakternas syn på hälso- och sjukvården. Ett centralt inslag i granskningen är att analysera vilket genomslag dessa uttalanden fått i praktiken.

För att en sådan ansats skall bli meningsfull bör också utvecklingen relateras till de ekonomiska restriktioner som föreligger. Vi har redan sett av kapitel 3 att landstingens kostnadsvolym minskat reallt sett och att det framtida utrymmet för en real konsumtionsökning är begränsat. Det har således under senare år inte funnits ekonomiskt utrymme att förstärka primärvården genom traditionella resursförstärkningar, utan eventuella förstärkningar bör endast ha varit möjliga genom omprioriteringar från andra områden inom huvudmännens verksamhet. För att få någon form av ytterligare jämförelsenorm redovisas därför i möjligaste mån utvecklingen inom läns- och regionsjukvården eller alternativt den slutna vården. Det finns dock en bristande enhetlighet mellan huvudmännen om vad som räknas till primärvård och hur data över kostnader skall tolkas. Detta gör det svårt att följa och jämföra kostnader, personal och prestationer över tiden, liksom mellan olika huvudmän och organisationsformer.

Inledningsvis ges i avsnitt 4.1 en kort beskrivning av de väsentligaste förändringarna av primärvården under senare år. I avsnitt 4.2 redovisas riksdagens och regeringens nuvarande intentioner när det gäller utvecklingen av primärvården. Avsnitt 4.3 innehåller en analys av personalutvecklingen. I avsnitt 4.4 görs en motsvarande analys av utvecklingen av kostnaderna. Avsnitt 4.5 innehåller en genomgång av några verksamhets- och prestationsmått samt även en diskussion om vårdgarantin eftersom den rör tillgängligheten och numera också innehåller målformuleringar för primärvården. I avsnitt 4.6 redovisas en internationell jämförelse av vissa begränsade data. Avslutningsvis i avsnitt 4.7 sammanfattas kapitlet.

Statsmakterna har under lång tid prioriterat primärvården. Grunderna för primärvårdens mål och organisation lades fast i ett antal utredningar, propositioner och riksdagsbeslut under 1970- och 1980-talen.⁸

Det viktigaste av dessa policydokument var propositionen 1984/85:81 om utvecklingslinjer för hälso- och sjukvården m.m. Där betonades att primärvården var basen⁹ i hälso- och sjukvårdssystemet och en fortsatt utbyggnad bedömdes som mycket angelägen. I de riktlinjer som preciserades i propositionen angavs att "Primärvården har ett förstahandsansvar för befolkningens behov av professionell vård inom ett begränsat geografiskt område, i regel motsvarande en kommun eller en kommunedel. Primärvården bör genom egna resurser kunna tillhandahålla all sjukvårdsservice och all individuell hälsovård som inte av medicinska skäl bör vara förlagd till länssjukvården eller som tillhandahålls genom t.ex. företagshälsovård och skolhälsovård. För att utvecklas till den bas för hela hälso- och sjukvården som förutsätts i propositionen om hälso- och sjukvårdslagen är det nödvändigt att primärvården kan tillhandahålla ett brett serviceutbud anpassat till befolkningens behov".

Grundtanken var att behovet av primärvård skulle tillgodoses genom att vårdcentralerna fick ett helhets- och samordningsansvar för befolkningen inom ett geografiskt område. Målsättningen med prioriteringen av primärvården var bl.a. att förbättra närhet, tillgänglighet, kontinuitet och samordning och öka inslagen av preventiva insatser. Den organisatoriska grunden för primärvården (även sjukhusen) innebar oftast att ett avgränsat geografiskt område angavs som vårdcentralens upptagningsområde. Patienter hade därmed begränsade möjligheter att välja någon annan vårdcentral.

Successivt kom emellertid diskussioner om ett mer rättighetsorienterat system att dominera debatten. Utgångspunkten var den enskildes möjligheter att själv bedöma sina vårdbehov och fritt välja vårdgivare (vilka borde konkurrera inbördes för att ge denna service). Ett steg i denna riktning var Landstingsförbundets rekommendation år 1989 där det bl.a. framgick att "inom sina egna landsting bör människor kunna välja vid vilken vårdcentral de ska få vård" (gällde även annan hälso- och sjukvård). Rekommendationen fick ett kraftigt genomslag och olika former av regionala och lokala organisatoriska system genomfördes.

I samband med dessa reformer i riktning mot inslag av större befolkningsansvar genomfördes också vissa förändringar i huvudmannaskap. År 1992 genomfördes den s.k. Ädelreformen som innebar att kommunerna fick ett samlat ansvar för hela äldreomsorgen. Ansvaret för sjukhem, gruppboende och dagverksamhet överfördes från landstingen till primärkommunerna. Dessutom fick kommunerna överta ett sjukvårdsansvar upp till läkarnivå i de särskilda boendeformerna. Vidare infördes ett kommunalt betalningsansvar för medicinskt färdigbehandlade inom somatisk akutsjukvård och geriatrik. Kommunerna fick också ansvar för att tillgodose behoven av vissa hjälpme-

⁸ Där ej annat anges bygger avsnittet på Falk (1994), SOU 1996:163 och Rehnberg (1995).

⁹ Redan i propositionen om hälso- och sjukvårdslag (prop. 1981/82:97) framhölls att hälso- och sjukvården bör planeras med primärvården som bas för organisationen.

del. Slutligen gavs kommunerna möjligheten att avtala med landstingen om ett övertagande av hemsjukvården, vilket skett i cirka hälften av kommunerna. Ädelreformen medförde att sammanlagt nära 3 500 befattningar anknutna till vårdcentraler fördes över från landstingen till kommunerna (prop. 1994/95:195). Sammantaget innebar Ädelreformen att mer än 70 000 anställda fördes över från landstingen till kommunerna.

På försök övertog sju kommuner ansvaret för hela primärvården år 1992 och 1993. Från och med år 1997 bedrivs försöksverksamheten i tre kommuner. Försöksperioden löper ut vid årsskiftet 1998/1999. På ytterligare ett antal orter i landet bedrivs försöksverksamhet med finansiell samordning mellan försäkringskassan och hälso- och sjukvården.

Den enskildes möjlighet att fritt välja sin läkare förstärktes via lagstiftning den 1 januari år 1994 då det s.k. husläkarsystemet infördes (prop. 1992/93:160). I korthet innebar systemet att alla fick möjlighet att själva välja en husläkare. Husläkaren fick ett tydligt och preciserat ansvar för de personer som valt honom till sin husläkare och antalet anslutna patienter borde vara minst 1 000 och maximalt 3 000 per husläkare. Patienten hade rätt att byta husläkare. Huvuddelen av ersättningen för verksamheten utgjordes av en fast ersättning per individ medan en mindre del var prestationsrelaterad. Husläkaren fick själv rätt att välja lämplig driftform för verksamheten. Samtidigt avskaffades etableringshindren för privatpraktiserande läkare inom primärvården, vilket gav privata vårdgivare möjligheter att etablera sig var de själva önskade och ändå få del av offentlig finansiering.

Husläkarlagen upphävdes i januari år 1995 liksom lagstiftningen om etableringsfrihet (prop. 1994/95:195). Även läkarvårdsersättningen har förändrats. Den enskildes rätt att välja en fast läkarkontakt i primärvården behölls emellertid. I övrigt gjordes vissa preciseringar om primärvårdens roll och uppgifter. Dessa framgår av kapitel 2 där primärvårdens nuvarande uppgifter redovisas.

4.2 Riksdagens och regeringens intentioner

Även om det skett stora organisatoriska förändringar i primärvården så har regering och riksdag sedan lång tid framhållit att primärvården skall vara basen i det svenska hälso- och sjukvårdssystemet. Motiven till detta är att varje enskild innevanare skall kunna få del av en hälso- och sjukvård som enligt HSL:s mål skall innebära en god vård på lika villkor.

Senast har denna prioritering framhållits i samband med regeringens proposition om primärvård, privata vårdgivare m.m. (prop. 1994/95:195). I propositionen anges att hälso- och sjukvården bör präglas av närhet, tillgänglighet, helhetssyn och kontinuitet. För att underlätta och stimulera en sådan utveckling har regering och riksdag enligt propositionen sedan lång tid sökt främja den öppna vården utanför sjukhus och tillgången till specialistkompetenta läkare inom allmänmedicin.

Enligt propositionen har primärvården inte nått den nivå som den skulle kunna ha och som är medicinskt motiverad, vilket också borde innebära att den skulle ta i anspråk en större andel av hälso- och sjukvårdens samlade

resurser. I propositionen anges att primärvårdens andel av de samlade resurserna enbart tycks ha ökat marginellt under det senaste decenniet. Trots de satsningar som gjorts under de senaste decennierna för att utveckla primärvården har förhållandevis litet hänt vad gäller förskjutningen av resurser mellan primärvård och sjukhusanknuten vård. Fortfarande avser huvuddelen av de samlade hälso- och sjukvårdsresurserna den slutna vården och den öppenvård som erbjuds i anslutning till sjukhusen. För att landstingen skall kunna uppfylla sina åligganden enligt HSL och erbjuda alla innevånare i sjukvårdsområdena en god och tillgänglig vård är det enligt propositionen nödvändigt att sjukhusens öppenvårdsutbud ur ett resursperspektiv kan omfördelas och användas bl.a. för att utveckla primärvården.

För att människor skall ha tilltro till primärvården och nyttja de tjänster den kan erbjuda är det enligt propositionen viktigt att primärvården är väl avpassad och dimensionerad. Det gäller alla personalgrupper, även läkare. En målsättning om en läkare per 2 000 innevånare bör enligt propositionen vara den måttstock som bör eftersträvas. Som en följd av variationer vad gäller bl.a. vårdutbud, befolkningens hälsotillstånd, ålderssammansättning, sociala förhållanden, geografiska förutsättningar m.m. kan såväl en högre som en lägre läkartäthet vara motiverad i vissa områden. Generellt sett bör dock en läkare per 2 000 innevånare vara det genomsnittliga riktvärdet för landet som helhet. Detta är första gången en konkret målformulering om primärvårdens dimensionering anges i en proposition.

Socialutskottet ställde sig bakom regeringens bedömning om primärvårdens betydelse och inriktning och delade också regeringens bedömning att ett genomsnittligt riktvärde för landet som helhet bör vara en läkare per 2 000 innevånare (bet. 1994/95:SoU24). Utskottet konstaterade vidare att det i förhållande till de dimensioneringssträvanden som huvudmännen angett för verksamheten ännu finns brist på läkare med specialistkompetens i allmänmedicin (utskottets uttalanden om läkarbrist diskuteras mer i detalj i kapitel 6).

I regeringens överenskommelse om vissa ersättningar till sjukvårdshuvudmännen för år 1997 anges vissa ytterligare målsättningar med primärvården. Den s.k. vårdgarantin förändras och inriktas på att förbättra tillgängligheten för alla patienter. Innebörden är att den enskilde skall kunna komma i kontakt med primärvården samma dag som han söker en sådan kontakt. Om patienten behöver träffa en läkare skall en tid för detta erbjudas inom åtta dagar (när patientens problem inte kan lösas inom primärvården utan han eller hon behöver remitteras vidare, skall tid för en sådan specialistkonsultation erbjudas inom tre månader – i vissa fall inom en månad).

4.3 Personal

Utvecklingen av primärvårdens personalresurser är ett centralt mått för att bedöma primärvårdens faktiska ställning och prioritet i hälso- och sjukvården. Det är också inom detta område som riksdag och regering varit som mest tydliga i sina målformuleringar.

Primärvården har ett flertal uppgifter som kräver olika former av personal. Den skall som en del av den öppna vården utan avgränsning vad gäller sjukdomar, ålder eller patientgrupper svara för befolkningens behov av sådan grundläggande medicinsk behandling, omvårdnad, förebyggande arbete och rehabilitering som inte kräver sjukhusens medicinska och tekniska resurser eller annan särskild kompetens. Mer konkret kan uppgifterna t.ex. vara diagnos och behandling, hemsjukvård, vård i särskilt boende (enbart läkarinsatser), rehabilitering och förebyggande arbete. Bredden i utbudet av tjänster innebär att olika yrkeskategorier måste samverka. Det kan vara allmänläkare, sjukgymnaster, arbetsterapeuter, barnmorskor, barnsjuksköterskor, biomedicinska analytiker, psykologer, kuratorer, dietister, undersköterskor, läkarsekreterare m.fl. Tillsammans medverkar alla dessa på olika sätt i diagnos, vård och behandling vid landets vårdcentraler eller motsvarande.

Samlade personalresurser

Det är inte möjligt att redovisa någon klar bild av personalresurserna i primärvården. Socialstyrelsen gör inga sammanställningar och den enda källan är Landstingsförbundets statistik över antalet anställda. Förbundets statistik över personalsammansättningen är dock i olika avseenden bristfällig. Den avser enbart landstingen och inte de landstingsfria kommunerna eller de som är verksamma privat. Det är inte heller möjligt att redovisa någon längre tidsserie på grund av Ädelreformen och definitionsförändringar. Fördelningen på olika verksamhetsformer är dessutom osäker.

Med reservation för dessa begränsningar redovisas personalresurserna i landstingskommunerna i tabell 4.1 (således exklusive landstingsfria kommuner och privat anställda, dvs. en underskattning av det totala antalet anställda). Materialet har fördelats på öppen primärvård¹⁰ och läns- och region-sjukvård.

Totalt sett fanns drygt 24 000 årsarbetare inom primärvården i landstingskommunerna år 1996, vilket motsvarar ca 18 procent av antalet årsarbetare i läns- och regionsjukvården och drygt 13 procent av det totala antalet årsarbetare inom hälso- och sjukvården i landstingskommunerna. Mellan år 1994 och 1996 ökade personalen i primärvården med ca 25 procent, medan antalet verksamma i läns- och regionsjukvården sjönk med ca 8 procent. Det finns anledning att ställa sig skeptisk till den relativt kraftiga personalökningen i den öppna primärvården. Först år 1994 var det möjligt att särskilja öppen primärvård i Landstingsförbundets personalstatistik. Granskas statistiken närmare förefaller den åtminstone inledningsvis vara förknippad med klassificeringsfel. Ökningen är således sannolikt överskattad. Statistiken ger dessutom inte en helt klar bild av personalresurserna på grund av att en viss del av

¹⁰ Landstingen delar upp verksamheten i öppen och sluten primärvård. I huvudsak avser den slutna primärvården olika former av sjukhem och ingår inte i denna rapport som koncentrerats på den öppna primärvården. Den slutna primärvården har till stora delar överförts till primärkommunerna i samband med Ädelreformen, men uppvisar fortfarande en överraskande stor volym i landstingens statistik. Om detta beror på klassificeringsfel eller inte är oklart. Innebörden är dock att i princip all statistik måste tolkas med försiktighet.

primärvården upphandlas och att vissa delar av läns- och regionsjukvården bolagiserats, t.ex. S:t Görans sjukhus.

Antalsmässigt var det främst personalgrupper som läkare (avser även läkare under utbildning), sjukgymnaster, sjuksköterskor och undersköterskor som berördes av ökningen i primärvården. Nedgången i läns- och regionsjukvården avsåg främst sjukvårdsbiträden, skötare, undersköterskor och övrig personal. Förändringar som i huvudsak tyder på en förstärkning av högre utbildade i primärvården och en neddragning av personal med lägre utbildning i läns- och regionsjukvården. En bild som relativt väl överensstämmer med de förändringar i personalsammansättningen som redovisats i kapitel 3.

Tabell 4.1 Antal anställda inom hälso- och sjukvård i landstingskommuner (exklusive sluten primärvård)
Årsarbetare

	Öppen primärvård			Läns- och regionsjukvård		
	1994	1995	1996	1994	1995	1996
Läkare	3 007	3 632	3 912	14 460	14 892	14 308
Arbets terapeut	535	650	640	1 855	1 919	1 928
Psykolog	106	118	142	1 350	1 460	1 557
Sjukgymnast	1 037	1 357	1 441	2 463	2 344	2 346
Sjuksköterska	7 075	8 421	8 713	44 427	46 449	44 195
Sjukvårdsbiträde	358	321	270	5 747	3 984	2 560
Skötare	43	411	433	11 134	9 939	9 647
Undersköterska	3 287	3 335	3 739	26 643	26 736	24 473
Övrig personal	4 000	5 046	5 038	40 722	39 435	35 219
Summa	19 448	23 291	24 328	148 801	147 158	136 233

Källa: Bearbetning av Landstingsförbundet.

Läkarresurser

En personalgrupp som inte berörts mer än marginellt av Ädelreformen är läkarna och för denna grupp är det möjligt att redovisa utvecklingen över en något längre tidsperiod. Det är också för denna grupp som riksdag och regering formulerat en konkret målformulering om primärvårdens dimensionering. Som tidigare framgått bör en läkare per 2 000 innevånare vara det genomsnittliga riktvärdet för landet som helhet. År 1996 skulle detta innebära ett behov av ca 4 420 heltidsanställda allmänläkare.

För att vara verksam som läkare i primärvården krävs normalt specialistkompetens i allmänmedicin. Det finns dessutom ett mindre antal andra specialister och ett antal läkare under utbildning som kan vara verksamma som vikarier (den senare gruppen utgör ett väsentligt arbetskraftstillskott). Verksamhetsformerna kan variera, liksom ersättningsformerna. I huvudsak är följande alternativ möjliga.

- Specialist anställd av landstingskommun.
- Specialist anställd av landstingsfri kommun.
- Privat verksam med vårdavtal med sjukvårdshuvudman.

- Privat verksam med ersättning enligt läkarvårdstaxa.
- Vikarier och läkare under utbildning.

Ett problem i detta sammanhang är att det inte finns någon samordnad och heltäckande statistik som täcker in dessa begrepp och definitioner. Det finns ett antal olika serier över läkarutvecklingen. Respektive serie är dock oftast avgränsad till t.ex. någon specifik anställningsform eller sektor där han/hon är anställd. Samma statistikproducent kan dessutom redovisa ett antal olika begrepp och definitioner som sinsemellan ofta är inkonsistenta. Detta medför bl.a. att jämförbarheten mellan serierna i de flesta fall är låg och det är inte heller möjligt att på något enkelt sätt summera de olika serierna.¹¹ Resultaten måste därför tolkas med försiktighet.

Socialstyrelsens uppföljningar

I tabell 4.2 redovisas Socialstyrelsens uppföljningar av primärvården. Uppföljningarna har skett i form av enkäter till vårdcentraler etc. och får anses vara den statistik som är mest heltäckande och någorlunda tillförlitlig. Fr.o.m. år 1994 har ett s.k. allmänläkarregister inrättats vid Socialstyrelsen. Det bygger ursprungligen på namn- och adresslistor från sjukvårdshuvudmännen och uppdateras genom att alla mottagningar i registret erhåller utdrag ur registret för korrigeringar. För år 1996 erhöles svar från ca 90 procent av mottagningarna. Den resterande delen antogs finnas kvar inom primärvårdsorganisationen. Registret utgör således i flera avseenden enbart en skattning av antalet läkare.

De olika uppföljningarna är inte helt jämförbara, men en övergripande slutsats är att antalet läkare och läkartätheten inom primärvården långsiktigt har ökat. Antalet inrättade befattningar steg med ca 25 procent mellan 1986 och 1992 och antalet inrättade befattningar per innevånare med ca 20 procent (efter 1992 upphörde denna fråga i de uppföljningar som då tillämpades).

Av större intresse är naturligtvis utvecklingen av antalet bemannade befattningar med läkare med specialistkompetens i allmänmedicin.¹² Utvecklingen här är än mer positiv och antalet verksamma allmänläkare i primärvården ökade med ca 85 procent mellan åren 1989 och 1996. Detta medförde att antalet innevånare per allmänläkare sjönk från 4 180 till 2 370. En viss del av den kraftiga ökningen av läkare förklaras av att privat verksamma allmänläkare inte ingick i uppföljningarna t.o.m. 1992.

Expansionen var i huvudsak koncentrerad till åren i början av 1990-talet. Mellan 1994 och 1996 skedde dock en viss minskning av både antalet läkare och läkartätheten. Nedgången avsåg i huvudsak husläkare i privat regi. Enligt Socialstyrelsen (1997a) har framför allt två faktorer inverkat. För det första

¹¹ Det är förvånande att så mycket resurser läggs ned på att arbeta fram och publicera statistik som är så pass inkonsistent och illa anpassad till de olika verksamhetsformer. Vid kontakter med flertalet organ anges dessutom att statistikens användbarhet är begränsad. Det gäller inte bara personalstatistiken utan även den ekonomiska statistiken.

¹² De inrättade befattningar som inte varit tillsatta med specialistkompetenta läkare har i huvudsak upprätthållits av vikarier och läkare under utbildning. Skillnaden mellan antal innevånare per inrättad och bemannad befattning överdrivs därför i tabell 4.2.

fanns kravet enligt husläkarlagen att husläkaren senast under år 1995 skulle ha nått upp till 1 000 patienter på listan, annars förelåg rätt för sjukvårdshuvudmannen att säga upp avtalet. För det andra fanns möjligheten för privata husläkare, som inte nådde förlängt avtal med huvudmannen, att under perioden anmäla och ha rätt till övergång till arbete i privat verksamhet med ersättning enligt läkarvårdstaxan (taxan beskrivs i kapitel 7).

Tabell 4.2 Inrättade allmänläkarbefattningar och bemannade allmänläkarbefattningar i primärvården

	1986 (april)	1989	1991	1992 (april)	1994 (april- sep)	1996 (maj- juni)
Inrättade allmänläkarbefattningar (omräknat till heltidsbefattningar)	2 682	2 946 ¹	3 226 ³	3 367	-	-
Antal innevånare per inrättad befattning	3 109	2 870 ¹	2 628 ³	2 529	-	-
Bemannade befattningar med läkare med specialistkompetens i allmänmedicin (korrigerat för tjänstgöringsgrad)	-	2 023 ²	2 450 ⁴	-	3 880 ⁵ (4 188)	3 729 (4 025)
Antal innevånare per bemannad befattning	-	4 180 ²	3 459 ⁴	-	2 254 ⁵	2 370

¹Avser april 1989.

²Avser kalenderåret 1988.

³Avser november 1991.

⁴Avser kalenderåret 1991.

⁵För år 1994 saknas uppgifter om tjänstgöringsgrad. Tjänstgöringsgraden har därför antagits vara densamma som för år 1996 (inom parentes anges antalet faktiskt verkamma allmänläkare inom primärvården).

Källor: Socialstyrelsen (1987), (1990), (1993), (1995) och (1997a).

Det finns även privat verkamma allmänläkare som erhåller medel enligt lagen om läkarvårdersättning som bör inkluderas i de totala läkarresurserna på primärvårdsnivå. Enligt Socialstyrelsen (1997a) motsvarar dessa ca 200 heltidsarbetande allmänläkare (271 personer), vilket medför att antalet innevånare per allmänläkare sjunker ytterligare och kan uppskattas till 2 248 för år 1996.

Delegationen för samverkan mellan offentlig och privat hälso- och sjukvård

Delegationen för samverkan mellan offentlig och privat hälso- och sjukvård, som haft till uppgift att bl.a. analysera det privata vårdutbudet, har i sitt slutbetänkande redovisat vissa beräkningar av antalet allmänläkare (SOU 1997:179). Beräkningarna bygger på två enkätundersökningar till sjukvårdshuvudmännen som genomfördes hösten åren 1996 och 1997. Resultaten visar att antalet allmänläkare enligt denna undersökning uppgick till 4 385 under hösten 1996, dvs. ca 90 fler än i Socialstyrelsens uppföljning som genomför-

des under våren 1996. Skillnaden förklaras helt av att de bägge undersökningarna redovisar skilda uppgifter vad gäller antalet privata allmänläkare som är verksamma enligt den nationella läkarvårdstaxan. Delegationen uppskattar att antalet allmänläkare ökat till 4 588 hösten 1997. Ökningen avser i huvudsak offentligt anställda allmänläkare.

Landstingsförbundet

En annan källa över läkarutvecklingen är Landstingsförbundets personalredovisning. Förbundet inhämtar årligen individuella uppgifter från landstingen om varje anställd. Antalet anställda läkare fördelas på olika anställningsformer. Statistiken är bristfällig vad gäller fördelningen på olika verksamhetsformer. Den avser dessutom endast landstingen (ej de landstingsfria kommunerna och privat verksamma).

Bortsett från dessa begränsningar är huvudintrycket detsamma som i Socialstyrelsens uppföljningar, dvs. det tycks ha skett en utbyggnad av läkarresurserna i primärvården i landstingskommunerna, framför allt under 1990-talet (tabell 4.3). De relativa förskjutningarna har dock varit små. Distriktsläkarnas andel av specialisterna inom landstingen sjönk fram till och med 1993 för att sedan öka något. I huvudsak tycks andelen varit ungefär densamma under hela 1990-talet.

Tabell 4.3 Anställda läkare i landstingen (exklusive de landstingsfria kommunerna)
Årsarbetare

	1980 ¹	1985 ¹	1990 ²	1993 ²	1994 ²	1995 ²	1996
Distriktsläkare	1626	2151	2171	2537	2809	3017	3173
- andel av vidareutbildade läkare (procent)	25,2	23,1	21,0	18,6	20,5	21,7	22,5
- andel av samtliga läkare (procent)	13,5	13,3	14,8	13,0	14,4	15,2	15,9
Övriga vidareutbildade läkare	4835	7152	10360	11077	10916	10907	10913
ST-läkare och AT-läkare	5566	6810	6186	5871	5723	5881	5823
Summa läkare	12027	16113	18717	19485	19448	19805	19909

¹Avser den 1 mars.

²Avser den 1 november.

Anm.: Ledningsansvariga läkare har inte fördelats på primärvård och övrig vård utan redovisats under övriga specialister. Det innebär att antalet läkare i primärvården är underskattade och övriga vidareutbildade läkare överskattade.

Källor: Landstingsanställd personal i olika årgångar.

Tabell 4.3 ger inte en fullständig bild av läkarresursernas fördelning inom landstingen. Det finns t.ex. ledningsansvariga läkare i primärvården som av redovisningstekniska skäl har klassificerats eller hänförs till övriga specialister i tabell 4.3. Ett antal distriktsläkare är vidare verksamma inom sluten primärvård och läns- och regionsjukvården. Från och med 1994 är det möjligt att fördela olika kategorier av läkare på öppen primärvård och läns- och regionsjukvård.

En sådan mer korrekt fördelning redovisas i tabell 4.4 och avviker inte speciellt mycket från tabell 4.3. Antalet specialistkompetenta läkare har ökat i den öppna primärvården och legat relativt konstant i läns- och regionsjukvården. Ökningen av antalet läkare i primärvården förfaller dock väl kraftig under den korta tidsperioden. Resultaten från bearbetningen av Landstingsförbundets statistik (liksom tabell 4.3) avviker också relativt kraftigt från Socialstyrelsens uppföljningar. Enligt Socialstyrelsen var antalet allmänläkare i offentlig regi i primärvården ca 3 260 (årsarbetare) både 1994 och 1996. Det är svårt att förklara skillnaderna, men en tänkbar orsak kan vara klassificeringsförändringar i landstingens statistik. År 1994 var t.ex. ca 700 distriktsläkare klassificerade som anställda inom läns- och regionsjukvård och slutet primärvård. År 1996 hade denna siffra sjunkit till ca 300.

Överensstämmelsen mellan de bägge serierna är bättre år 1996. Landstingens statistik bör dock kompletteras med allmänläkare verksamma i de landstingsfria kommunerna och i den försöksverksamhet som bedrivs i vissa primärkommuner. Enligt Socialstyrelsen uppgick dessa läkare till ca 300 årsarbetare år 1996 (ungefär lika många år 1994). Antalet verksamma i offentlig regi skulle då bli drygt 3 600, vilket är något högre än Socialstyrelsens bedömning. Även med denna komplettering kvarstår dock de stora skillnaderna mellan år 1994 och 1996.

Tabell 4.4 Specialistkompetenta läkare och läkare under utbildning fördelade på öppen primärvård och läns- och regionsjukvård
Årsarbetare

	Öppen primärvård			Läns- och regionsjukvård		
	1994	1995	1996	1994	1995	1996
Läkare med specialistkompetens	2 625	3 051	3 325	9 806	10 018	9 611
Läkare under utbildning (ST- och AT-läkare)	382	581	587	4 654	4 873	4 697
Summa	3 007	3 632	3 912	14 460	14 891	14 308

Källa: Bearbetning av Landstingsförbundet.

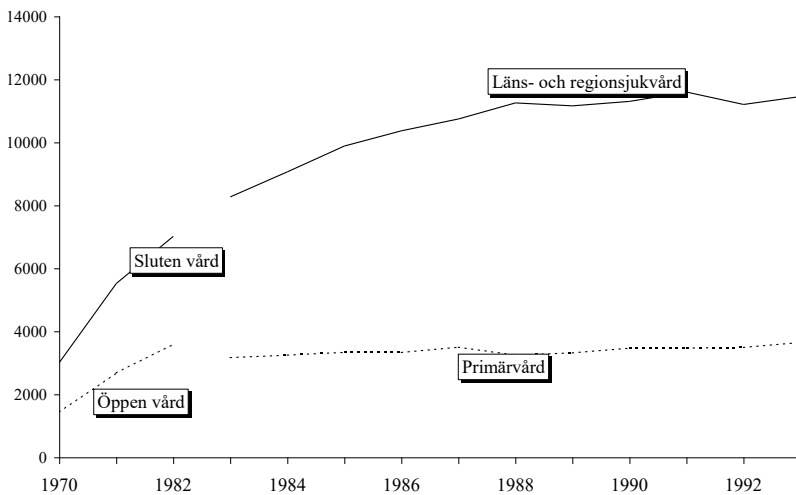
Det kan också vara av intresse att relatera antalet läkare till övriga anställda i de bägge verksamhetsformerna (övriga anställda har redovisats i tabell 4.1). Inom primärvården är läkartätheten (samtliga läkare) bland de anställda betydligt högre än i läns- och regionsjukvården, eller 16,1 respektive 10,5 procent. Vad gäller antalet övriga anställda per läkare går det inom den öppna primärvården drygt 5 andra anställda per läkare och inom läns- och regionsjukvården ca 8,5 andra anställda per läkare. Andelen läkare bland de anställda har stigit både inom primärvården och i läns- och regionsjukvården. Inom primärvården är detta en följd av att antalet läkare ökat i snabbare takt än övriga anställda. I läns- och regionsjukvården har antalet läkare varit relativt konstant, medan däremot övriga anställda minskat.

Det finns även statistik som i någon mening ger ett mått på hur läkarresurserna fördelats inom hälso- och sjukvården under en något längre tidsperiod.

Statistiken avser inrättade befattningar för specialister hos sjukvårdshuvudmännen (utöver detta finns ett antal icke specialistkompetenta läkare som uppgår till ca 4 000–5 000) och bygger på Landstingsförbundets återkommande enkäter. Enligt denna statistik, som upphörde 1993, har antalet inrättade befattningar inom primärvården legat relativt konstant medan den stora expansionen skett inom läns- och regionsjukvården (figur 4.1). I likhet med vad som redovisats i tabellerna ovan har dock ökningstakten i läns- och regionsjukvården avtagit under senare år. Statistiken säger dock ingenting om det faktiska antalet läkare och det bör poängteras att statistiken är mycket osäker. Vad gäller primärvården skiljer den sig markant från vad som redovisas av Socialstyrelsen (tabell 4.2) och de bearbetningar som gjorts av Landstingsförbundets statistik över faktiska anställningar (tabell 4.3 och 4.4). Om vi jämför med antalet faktiska anställningar pekar den i vart fall, i likhet med Socialstyrelsens uppföljningar, på att det tidigare varit svårt att bemanna befattningarna inom primärvården med specialistkompetenta läkare.

Figur 4.1 Tjänsteutvecklingen för vidareutbildade läkare (avser inrättade tjänster)

Antal



Källa: Spri (1995).

Utfärdade specialistbevis

Det är vidare möjligt att få en viss uppfattning om läkarresurserna, eller snarare de potentiella resurserna, i primärvården genom att studera utvecklingen av antalet specialistbevis. Redovisningen avser läkare under 65 år som har specialistbevis. Statistiken ger en överdriven bild av läkarresurserna eftersom läkare som har flera specialistbevis redovisas dubbelt. En läkare med specialistbevis i allmänmedicin behöver dessutom inte nödvändigtvis vara verksam i primärvården. Med reservation för detta påminner utvecklingen om den som tidigare redovisats. Antalet specialistbevis i allmänmedicin har ökat påtagligt och mer än fördubblats under den senaste tioårspe-

rioden. Relativt sett har ökningen varit snabbare än för andra typer av specialistbevis eftersom andelen specialistbevis i allmänmedicin stigit kontinuerligt.

Tabell 4.5 Antal utfärdade specialistbevis den 1 januari respektive år

	1985	1990	1991	1993	1994	1995	1996	1997
Allmänmedicin	2400	3600	3900	4500	4900	5100	5300	5600
Övriga	13400	17100	17800	20400	21100	21900	22700	23000
Summa	15800	20700	21700	24900	26000	27000	28000	28600
Andel med allmänmedicin (procent)	15,2	17,4	18,0	18,1	18,4	18,9	18,9	19,6
Antal innevånare per specialistbevis i allmänmedicin	3482	2367	2203	1932	1785	1729	1667	1579

Anm.: Läkare som har flera specialistbevis redovisas dubbelt. Siffrorna bygger dessutom på en rekonstruktion av registret. Således har avlidna tagits bort ur registret och ingår därför inte i statistiken, vilket innebär en viss underskattning för åren före 1997.

Källa: Bearbetning av Socialstyrelsens register över hälso- och sjukvårdspersonal.

Behovet av läkare i primärvården

Ett genomgående intryck är att primärvården mer långsiktigt har tillförts resurser. Vi vet dock inte exakt hur många läkare (för övrigt inte heller andra personalgrupper) som är verksamma i primärvården och därför är det också vanskligt att med någon större precision uttala sig om bristen eller behovet av läkare.

I princip är det enbart Socialstyrelsens uppföljningar som går att utnyttja för att bedöma storleksordningen på bristen eller behovet av läkare i primärvården. Socialstyrelsens uppföljningar pekar som tidigare framgått på att riksdagens och regeringens intentioner inte är uppfyllda. Intentionerna innebär ett behov av ca 4 420 heltidsarbetande allmänläkare, medan tillgången 1996 uppgick till ca 3 930 läkare. Bristen på allmänläkare kan med utgångspunkt från detta beräknas till närmare 500 heltidsarbetande allmänläkare, eller drygt 12 procent (tabell 4.6). Korrigerat för tjänstgöringsgrad, dvs. omräknat till individer, blir bristen ca 540 allmänläkare. De analyser som utförts av Delegationen för samverkan mellan offentlig och privat hälso- och sjukvård tyder på att läkartätheten ökat under år 1997 och att bristen kan uppgå till ca 230 heltidsarbetande allmänläkare (SOU 1997:179). Säkra uppgifter om tjänstgöringsgrad saknas dock, varför uppgifterna är svårtolkade och inte helt och fullt kan utnyttjas för en analys av bristen på allmänläkare.¹³

¹³ De beräkningar som utförts av Delegationen för samverkan mellan offentlig och privat hälso- och sjukvård går inte att utnyttja för analyser av bristen på allmänläkare. Eftersom uppgifter saknas om tjänstgöringsgrad. Antas samma tjänstgöringsgrad som i Socialstyrelsens analyser uppgår antalet innevånare per allmänläkare till 2 210 hösten 1996 och till 2 110 hösten 1997. Enligt denna beräkning skulle bristen uppgå till ca 420 heltidsarbetande allmänläkare hösten 1996 och till ca 230 hösten 1997.

Enligt Socialstyrelsens uppföljning är det endast 4 sjukvårdshuvudmän (av totalt 26) som uppfyller riksdagens och regeringens intentioner; landstingen i Värmland, Dalarna, Gävleborg och Jämtland. Huvudmännen i Blekinge, Skaraborg, Örebro, Västmanland och Norrbotten ligger förhållandevis nära målsättningen om en läkare per 2 000 innevånare. Längst ifrån denna målsättning ligger huvudmännen i Sörmland, Jönköping och Malmöhus samt Gotlands kommun, Malmö stad och Göteborgs stad.

1998/99:RR2
Bilaga

Tabell 4.6 Antal innevånare per läkare i primärvården, antal läkare och uppskattat behov av läkare (uppgifterna är korrigerade för tjänstgöringsgrad och avser således heltidsarbetande läkare)

	Antal innevånare per allmänläkare år 1996	Antal allmänläkare	Brist på allmänläkare (antal)	Brist på allmänläkare (procent)
Stockholm	2 237	756	-90	-11,9
Uppsala	2 361	122	-22	-18,1
Sörmland	2 549	88	-24	-23,4
Östergötland	2 324	179	-29	-16,2
Jönköping	2 434	126	-27	-21,7
Kronoberg	2 222	81	-9	-11,1
Kalmar	2 396	102	-20	-19,8
Blekinge	2 168	70	-6	-8,4
Kristianstad	2 291	129	-19	-14,5
Malmöhus	2 331	196	-32	-16,5
Halland	2 475	109	-26	-23,7
Bohuslän	2 339	137	-23	-16,9
Älvsborg	2 232	190	-22	-11,6
Skaraborg	2 065	135	-4	-3,3
Värmland	1 917	148	6	4,2
Örebro	2 139	129	-9	-7,0
Västmanland	2 059	127	-4	-3,0
Dalarna	1 919	151	6	4,0
Gävleborg	1 943	148	4	2,9
Västernorrland	2 350	110	-19	-17,5
Jämtland	1 913	71	3	4,3
Västerbotten	2 203	118	-12	-10,1
Norrbottn	2 073	128	-5	-3,6
Gotlands kommun	2 431	24	-5	-21,5
Malmö stad	2 468	100	-23	-23,4
Göteborgs stad	2 940	153	-72	-47,0
Sigtuna kommun	1 650	20	3	17,5
Katrineholms kommun	2 299	14	-2	-14,9
Aneby kommun	2 579	3	-1	-29,0
Helsingborgs stad	2 077	55	-2	-3,8
Ale kommun	2 283	11	-2	-14,1
Riket	2 248	3 930	-487	-12,4

Källor: Socialstyrelsen (1997a) och egna beräkningar.

Norrlandslänen och utpräglade glesbygdslän förefaller nästan genomgående ha en relativt hög läkartäthet, medan mer tätbefolkade områden tenderar att uppvisa större obalanser. Detta framgår tydligare om materialet grupperas efter kommungrupper. Bristen på allmänläkare är i huvudsak koncentrerad till storstäder, förortskommuner och industrikommuner. Som framgår av tabell 4.7 är det i huvudsak dessa kommungrupper som har en lägre andel av allmänläkarkåren än befolkningen och därmed ett högre antal innevånare per allmänläkare än riksgenomsnittet.

Tabell 4.7 Folkmängd, läkartäthet och brist på allmänläkare fördelat på olika kommungrupper 1996

Kommungrupp, -typ	Andel av folk- mängden (procent)	Andel av allmän- läkarna (procent)	Antal inne- vånare per allmän- läkare	Brist på allmän- läkare (antal)
Storstad	15,9	14,5	2 603	120
Förortskommun	14,5	13,7	2 508	100
Större stad	26,1	27,2	2 282	95
Medelstor stad	14,7	14,9	2 345	65
Glesbygdskommun	3,1	3,6	2 097	0
Industrikommun	8,9	8,9	2 380	50
Landsbygdskommun	5,6	5,6	2 353	30
Övrig större kommun	6,8	7,1	2 271	30
Övrig mindre kommun	4,3	4,7	2 190	10
Riket	100,0	100,0	2 370	500

Källa: Socialstyrelsen (1997a).

Det är svårt att förklara de stora skillnaderna mellan huvudmännen. En orsak kan helt enkelt vara tradition. I t.ex. Malmö stad och Göteborgs stad bygger vården mycket på privatläkare och öppen vård vid sjukhusen, vilket skulle kunna vara en bidragande orsak till den låga allmänläkartätheten i primärvården. I kapitel 5 diskuteras olika förklaringar närmare.

4.4 Kostnader

Ett annat viktigt mått för att bedöma primärvårdens ställning är kostnadsutvecklingen inom hälso- och sjukvården. Av kapitel 3 har det framgått att landstingens kostnadsvolym minskade med ca 6,5 procent reallt under perioden 1992–1996. Hur har primärvården utvecklats inom ramen för dessa neddragningar?

I likhet med personalstatistiken finns det dock först anledning att reservera sig mot statistikens giltighet. Ädelreformen år 1992 och andra huvudmannaskapsförändringar gör att jämförbarheten mellan åren minskar. I huvudsak får jämförelsen koncentreras på åren 1992/1993 och framåt. Redovisningen avser vidare inte viss privat verksamhet och fördelningen på olika verksamhetsformer är dessutom osäker.

Med reservation för dessa begränsningar är huvudintrycket att primärvården klarat sig relativt väl (tabell 4.8). I fasta priser är kostnaderna ungefär desamma år 1992 som år 1996. Sjukvårdshuvudmännens neddragningar har drabbat läns- och regionsjukvården samt övrig verksamhet. Innebörden är att primärvården ökat sin andel av hälso- och sjukvårdskostnaderna. Kostnaden per innevånare för den öppna primärvården har också varit relativt stabil, eller ca 1 900 kr. Inom läns- och regionsjukvården har kostnaden per innevånare minskat med närmare 900 kr sedan år 1992, eller med 9,5 procent.

Tabell 4.8 Totala kostnader för hälso- och sjukvård (exklusive tandvård) samt kostnader för läns- och regionsjukvård och öppen primärvård
1996 års priser, miljarder kronor

	1992	1993	1994	1995	1996
Läns- och regionsjukvård	80,8	78,9	79,5	77,4	74,4
Öppen primärvård	16,4	14,7	17,1	16,6	16,9
Övrigt	7,6	5,5	4,3	3,3	2,8
Summa hälso- och sjukvård	104,8	99,1	100,9	97,3	94,1
<i>Kostnad per innevånare</i>					
Läns- och regionsjukvård	9 296	9 020	9 016	8 758	8 412
Öppen primärvård	1 886	1 683	1 937	1 883	1 911

Källor: Landstingsförbundets bokslutsstatistik och egna beräkningar.

Mer finfördelat avser neddragningarna i huvudsak långtidssjukvård, sluten primärvård och övrig verksamhet. Dessa verksamheter har till viss del överförts till primärkommunerna och det är därför svårt att mer exakt beräkna kostnadsförändringarna. Den somatiska korttidsvården har reellt sett minskat med närmare 4 procent under perioden, vilket kan jämföras med den i princip oförändrade kostnadsvolymer för den öppna primärvården.

Tabell 4.9 Kostnader fördelat på olika verksamhetsformer
1996 års priser, miljarder kronor

	1992	1993	1994	1995	1996
Somatisk korttidsvård	60,8	61,7	64,9	60,1	58,5
Långtidssjukvård	6,5	5,3	4,2	5,6	3,9
Psykiatrisk vård	13,5	11,9	10,4	11,7	12,0
Öppen primärvård	16,4	14,7	17,1	16,6	16,9
Sluten primärvård	3,3	2,6	1,1	0,3	0,1
Övrig verksamhet	4,3	2,9	3,2	2,9	2,7
Summa	104,8	99,1	100,9	97,2	94,1

Källor: Landstingsförbundets bokslutsstatistik och egna beräkningar.

Sjukvårdshuvudmännens investeringar har under perioden 1992–1996 legat på en relativt stabil nivå mätt i fasta priser. Investeringarna i primärvården tycks dock ha minskat något under perioden och utgör andelsmässigt en blygsam post (den kraftiga nedgången mellan år 1992 och 1993 förklaras sannolikt av Ädelreformen). Detta är sannolikt motiverat av den svenska sjukhusstrukturen.

Tabell 4.10 Huvudmännens investeringar i hälso- och sjukvård
1996 års priser, miljarder kronor

	1992	1993	1994	1995	1996
Läns- och regionsjukvård	3,6	3,8	3,8	4,1	4,0
Primärvård	0,9	0,5	0,4	0,3	0,3
Summa	4,5	4,3	4,2	4,4	4,3

Källor: Landstingsförbundets bokslutsstatistik och egna beräkningar.

Sammanfattningsvis förefaller kostnaderna för primärvården ha legat på en relativt stabil nivå under senare år, men samtidigt är bilden inte helt konsistent. År 1996 uppgick primärvårdens andel av kostnaderna till ca 18 procent. Detta kan jämföras med primärvårdens personalresurser som uppgick till ca 15 procent av det totala antalet årsarbetare inom hälso- och sjukvården (exkl. tandvård) i landstingskommunerna. Läns- och regionsjukvården är rimligtvis betydligt mer kapitalintensiv än primärvård, varför relationerna snarast borde vara de motsatta. I och för sig kan en del av skillnaden förklaras av att delar av primärvården upphandlas, men det finns mycket som tyder på att de bägge serierna inte är konsistenta. Ett ytterligare exempel på detta är att personalen ökat, medan kostnaderna mätt i fasta priser legat på en stabil nivå. I och för sig är det tänkbart att det skett en neddragning på den primärvård som upphandlas, men statistik över vårdavtal etc. tyder inte på att detta är fallet i någon nämnvärd utsträckning.

4.5 Verksamhet och prestationer

Ett utmärkande drag för den svenska hälso- och sjukvården är den starka betoningen av slutna sjukhusvård, främst akutsjukvård. Under de mest expansiva åren under 1960- och 1970-talen skedde en kraftig utbyggnad av sjukhusen. Utvecklingen präglades också av en ökad specialisering. Sverige hade år 1995 ca 90 sjukhus¹⁴, varav drygt 80 akutsjukhus. Dessutom fanns ca 40 privata slutenvårdskliniker. Utifrån denna struktur kan det vara av intresse att analysera hur primärvården utvecklats vad gäller några centrala mått på verksamhet och prestationer.

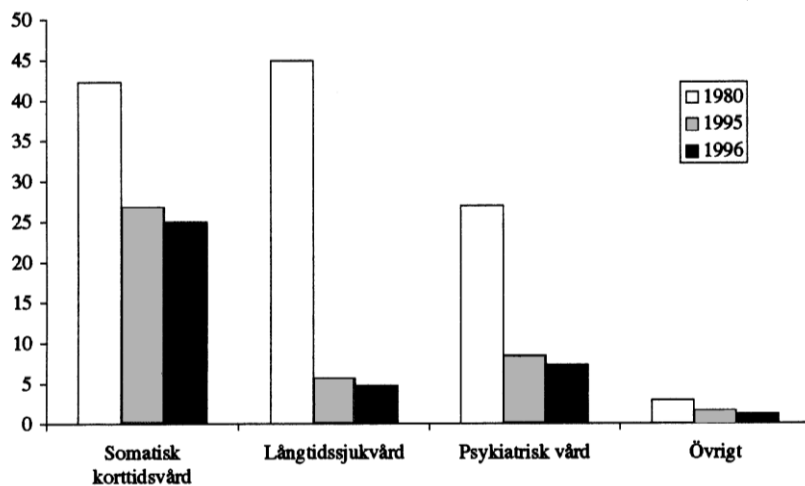
Vårdplatser, vårdtider etc.

Det kan dock inledningsvis vara befogat att redovisa att det bl.a. inom den slutna sjukhusvården har skett stora förändringar under de senaste 15 åren. Det har bl.a. yttrat sig i en kraftig neddragning av antalet vårdplatser. Under perioden 1980–1996 har det totala antalet vårdplatser minskat från ca 126 000 till drygt 49 000. Inom landstingen har antalet vårdplatser under motsvarande period sjunkit från 117 000 till drygt 38 000 (figur 4.2).

¹⁴ Sjukhus med korttidsvård.

Figur 4.2 Antalet vårdplatser i landstingen 1980–1995

Tusental



Källa: Landstingsförbundet (1997d) och Socialdepartementet (1997).

Nedgången mellan år 1980 och 1996 är till stor del koncentrerad till långtidssjukvården och förklaras främst av Ädelreformen år 1992 då ca 31 000 sjukhemsplatser för somatisk långtidsvård överfördes till primärkommunerna. Det har även skett en betydande minskning av antalet vårdplatser inom samtliga övriga huvudgrupper.

En förutsättning för en sådan utveckling är att antalet vård dagar kan reduceras. Som framgår av tabell 4.11 är så också fallet. Antalet intagningar eller vårdtillfällen har legat relativt konstant, men antalet vård dagar har minskat kraftigt. Detta har lett till att medelvårdtiden har sjunkit väsentligt, eller från ca 23 dagar år 1980 till ca 7 dagar år 1996.

Om effekterna av Ädelreformen exkluderas så kan en del av nedgången förklaras av medicinsk utveckling och nya behandlingsmetoder. En indikator på detta är att medelvårdtiden inom den somatiska korttidsvården, som bl.a. består av medicinsk och kirurgisk korttidsvård, minskat med ca 40 procent. En annan förklaring är att antalet s.k. medicinskt färdigbehandlade patienter blev färre till följd av att primärkommunerna år 1992 fick ett betalningsansvar för de färdigbehandlade patienter som vårdades inom korttidsvården eller den geriatrika vården. Om dessa patienter i praktiken var färdigbehandlade eller inte har vid dock små kunskaper om. Sannolikt har även landstingens resursproblem tvingat fram rationaliseringar.

Tabell 4.11 Intagningar, vård dagar och medelvårdtiden i den slutna vården i landstingen1998/99:RR2
Bilaga

	1980	1990	1995	1996
<i>Somatisk korttidsvård</i>				
- intagningar (1000-tal)	1 293,0	1 402,1	1 419,8	1 397,1
- vård dagar (1000-tal)	11 111,6	9 279,7	7 413,4	7 035,6
- medelvårdtid (dagar)	8,6	6,6	5,2	5,0
<i>Psykiatrisk vård</i>				
- intagningar (1000-tal)	129,5	108,9	106,9	103,7
- vård dagar (1000-tal)	8 476,8	4 407,0	2 823,0	2 382,3
- medelvårdtid (dagar)	65,5	40,5	26,4	23,0
<i>Långtidssjukvård</i>				
- intagningar (1000-tal)	61,7	114,0	68,5	71,9
- vård dagar (1000-tal)	15 142,0	15 708,0	2 001,4	1 633,0
- medelvårdtid (dagar)	245,4	137,8	29,2	22,7
<i>Övrigt</i>				
- intagningar (1000-tal)	41,8	50,1	42,9	30,8
- vård dagar (1000-tal)	746,4	724,3	462,3	347,3
- medelvårdtid (dagar)	17,9	14,5	10,8	11,3
<i>Totalt</i>				
- intagningar (1000-tal)	1 526,0	1 675,1	1 638,1	1 603,6
- vård dagar (1000-tal)	35 476,8	30 119,0	12 700,1	11 398,2
- medelvårdtid (dagar)	23,2	18,0	7,8	7,1

Källor: Landstingsförbundet (1997d), Socialdepartementet (1997) och egna beräkningar.

Antalet operationer inom den slutna vården sjönk under perioden 1987–1990 från 677 400 till 661 700. Därefter har antalet ökat och uppgick år 1994 till 737 800¹⁵ (Socialstyrelsen, 1996a).

De strukturförändringar som genomförts inom den slutna sjukhusvården har skett inom ramen för ett i stort sett oförändrat antal sjukhus. Samtidigt har vårdcentralerna byggts ut. Från 780 vårdcentraler år 1986 till 1 170 år 1996 (Ribacke, 1997). Mellan år 1994 och 1996 sjönk dock antalet vårdcentraler från ca 1 300 till 1 170. I huvudsak förklaras både upp- och nedgången av införandet och avskaffandet av husläkarreformen. År 1996 var ungefär 75 procent av vårdcentralerna bemannade med 1, 2, 3 eller 4 läkare. Den inbördes fördelningen var ungefär likartad.

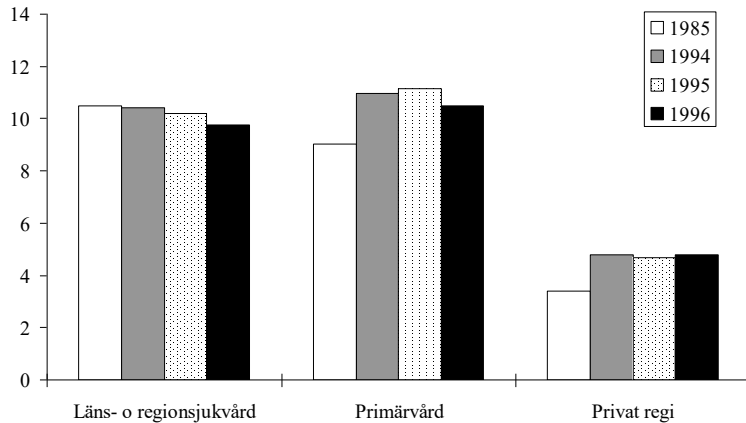
Läkarbesök etc.

Samtidigt som antalet vårdplatser och medelvårdtiden i den slutna vården minskat har det skett en långsiktig ökning av antalet läkarbesök i den öppna vården. En stor del av denna ökning har skett inom primärvården, medan besöken i den sjukhusanslutna öppna vården minskat (figur 4.3). Från och med år 1994 görs t.o.m. fler besök i primärvården än på sjukhusens mottagningar. År 1996 har det dock skett en relativt kraftig nedgång av läkarbesö-

¹⁵ Statistiken avser operationer på patienter som skrivits ut från slutna vård. Operationerna kan ha skett under utskrivningsåren eller tidigare. Högst 6 olika operationer registreras vid varje vårdtillfälle. Operationer inom den öppna vården ingår ej.

ken i primärvården och nedgången är relativt sett starkare än den i läns- och regionsjukvården. Sammantaget minskade läkarbesöken mellan åren 1995 och 1996 med ca 1 miljon, eller 4 procent. Privatläkarbesöken har långsiktigt ökat kraftigt. Under år 1994 och 1995 skedde dock en viss minskning, vilken huvudsakligen förklaras av att ett antal specialister inom allmänmedicin övergick till verksamhet som privata husläkare. År 1996 kan emellertid en viss marginell ökning noteras. Merparten, eller ungefär 85 procent, av de privata läkarbesöken avser andra specialiteter än allmänmedicin. I princip skulle huvuddelen av dessa besök kunna föras till kategorin sjukhus i figur 4.3 och besöken i den sjukhusanknutna vården skulle därför fortfarande vara fler än i primärvården.

Figur 4.3 Antal läkarbesök
Miljoner besök



Källor: Landstingsförbundet (1996b), (1997d) och SOU 1997:179.

Totalt sett görs ca 25 miljoner läkarbesök per år i Sverige. Även om det totala antalet läkarbesök kan förefalla imponerande är antalet besök per innevånare relativt lågt. Varje person i Sverige gör ca 1,2 besök i primärvården och ca 1,1 besök inom läns- och regionsjukvården (tabell 4.12). Skillnaderna mellan de bägge verksamhetsformerna är relativt små, men relateras besöken till antalet specialiserade läkare blir avvikelserna större. Inom primärvården kan antalet besök per läkare uppskattas till ca 2 600 per år (ca 12–15 per dag) och inom läns- och regionsjukvården till ca 950 per år (ca 4–6 per dag). Det bör dock påpekas att framför allt volymen inom primärvården är underskattad. En primärvårdsläkare utför ett flertal uppgifter som påminner om besök men som inte registreras som besök. Det kan t.ex. vara patientkontakter via telefon, olika former av intyg, undersökningar av gamla och sjuka på vårdhem och utskrivning av recept som beställts via telefon. Samtidigt är sannolikt besöken i den öppna sjukhusvården mer komplicerade. Till denna typ av besök räknas också dagkirurgiska ingrepp.

Tabell 4.12 Antal läkarbesök per innevånare

	1973	1980	1985	1990	1995	1996
Läns- och regionsjukvård	1,15	1,33	1,24	1,20	1,15	1,10
Primärvård	0,99	1,11	1,09	1,24	1,35	1,19
Företagsläkare	0,13	0,14	0,15	-	-	-
Privatläkare	0,55	0,36	0,33	0,52	0,53	0,54
Läkarbesök totalt	2,82	2,94	2,81	2,96	3,03	2,83

Källor: Landstingsförbundet (1997d), Spri (1996) och SOU 1997:179.

Socialstyrelsen (1996b) genomförde under 1995 en enkätundersökning i åtta landsting där befolkningen (20–84 år) bl.a. tillfrågades om sina besök i sjukvården. 43 procent angav att de besökt husläkare eller motsvarande under det senaste året och 20 procent att de besökt sjukhusläkare. Det indikerar att den faktiska besöksfrekvensen per patient är betydligt högre i sjukhusvården än i primärvården. Populationen tillfrågades också om val av läkaralternativ. 71 procent uppgav att de i första hand skulle vända sig till husläkare för sjukdom som inte är så allvarlig att den kräver omedelbar sjukhusvård. Vid ryggbesvär uppgick husläkaralternativet till 56 procent, vid influensa till 75 procent och vid tryck över bröstet till 42 procent.

Det görs även andra former av besök i vården (tabell 4.13). Någon samlad bild finns inte, men totalt sker ca 20 miljoner besök i vården hos andra personalkategorier än läkare, dvs. i princip samma nivå som läkarbesöken i den offentliga vården. Den dominerande gruppen är distriktssköterskorna som har något mindre än ett besök per innevånare (nedgången från 1990 förklaras i huvudsak av ädelreformen). Besöken hos sjukgymnaster har fördubblats sedan 1980, medan antalet besök inom mödra- och barnhälsovård legat relativt konstant under senare år. Det är värt att notera att nedgången i antalet läkarbesök i primärvården inte motsvaras av någon uppgång hos t.ex. distriktssköterskor.

Tabell 4.13 Antal besök per innevånare för några andra personalkategorier än läkare (offentlig sjukvård)

	1980	1985	1990	1993	1994	1995	1996
Distriktssköterska	0,79	1,07	1,26	0,86	0,84	0,94	0,87
Mödra- och barnhälsovård	-	-	-	0,54	0,52	0,51	0,52
Sjukgymnast	0,22	0,31	0,39	0,39	0,43	0,42	0,40

Källor: Landstingsförbundet och Socialstyrelsen (1994), (1995) och (1996), (1997) Spri (1996).

Kostnader per besök

Det finns också vissa begränsade uppgifter om kostnader per läkarbesök eller prestation. I tabell 4.14 redovisas kostnader per läkarbesök (prestationer) för några olika specialiteter och grupper av sjukhus. Kostnaderna per läkarbesök i den sjukhusanslutna öppna vården är med ett undantag betydligt högre än i primärvården. Kostnaden för besök hos distriktssköterskor eller hos sjuk-

gymnaster beräknas motsvara 40 procent av en läkarbesökskostnad, vilket innebär en kostnad på ca 300 kr. På grund av bristande enhetlighet och andra statistiska brister¹⁶ bör uppgifterna tolkas med försiktighet, men de stora skillnaderna mellan olika specialiteter torde till viss del avspegla hur avancerad vården är.

Tabell 4.14 Kostnader per läkarbesök i öppen vård efter klinik- och sjukhustyp
Kronor

	1991	1993
Allmän internmedicin		
Länssjukhus	1 280	1 270
Länsdelssjukhus	1 250	1 160
Regionsjukhus	1 270	1 550
Barnmedicin		
Länssjukhus	1 420	1 180
Länsdelssjukhus	1 190	1 250
Regionsjukhus	1 240	1 450
Allmän kirurgi		
Länssjukhus	1 560	1 290
Länsdelssjukhus	1 330	1 410
Regionsjukhus	1 310	1 040
Ortopedisk kirurgi		
Länssjukhus	1 360	-
Länsdelssjukhus	1 170	-
Regionsjukhus	1 040	-
Gynekologi		
Länssjukhus	1 240	1 060
Länsdelssjukhus	1 170	1 090
Regionsjukhus	1 060	1 010
Ögonsjukvård		
Länssjukhus	810	780
Länsdelssjukhus	610	710
Regionsjukhus	830	870
Öron-, näsa- och halssjukvård		
Länssjukhus	810	890
Länsdelssjukhus	910	980
Regionsjukhus	820	860
Primärvård	650	750

Källor: Landstingsförbundet (1993a) och (1995a).

Det är vanskligt att dra några slutsatser över hur kostnaderna har utvecklats eftersom uppgifter endast finns tillgängliga för två år.¹⁷ En begränsad jämförelse mellan 1991 och 1993 visar dock att kostnaderna per läkarbesök i primärvården med något undantag förefaller ha stigit snabbare än i den

¹⁶ Under senare år har många operationer börjat utföras i öppen vård (dagkirurgi) i stället för i slutenvård. Dessa operationer registreras oftast som ett vanligt läkarbesök trots att kostnaderna för operationerna är betydligt högre. Uppgifter om dagmedicinsk verksamhet redovisas ofta inte alls i den centrala statistiken.

¹⁷ Kostnaderna är dessutom enbart relaterade till läkare. Inom framför allt primärvården görs ett stort antal besök hos andra personalgrupper än läkare, varför den totala kostnaden per besök blir lägre.

öppna sjukhusanslutna vården. En förklaring till detta kan vara att antalet läkare i primärvården relativt sett steg snabbare än antalet besök mellan 1991 och 1993.

1998/99:RR2
Bilaga

Vårdgarantin

Tillgängligheten är ett viktigt mått på hur primärvården fungerar. År 1992 infördes en nationell vårdgaranti för vissa specificerade undersökningar och operationer. Syftet med garantin var främst att korta väntetiderna inom sjukhusvården. Innebörden var att samtliga patienter som omfattades av den skulle erbjudas behandling inom tre månader. Garantin byggde på en överenskommelse mellan staten och Landstingsförbundet om ett temporärt statligt bidrag för att komma till rätta med köproblemen. Den har senare förlängts i olika omgångar.

För år 1997 har garantin förändrats. Det uttalade syftet är numera att öka tillgängligheten för alla patienter, och den har därmed även fått inslag av målformuleringar för primärvården (skr. 1996/97:66). I samband med överenskommelsen för år 1998 har inga förändringar skett av vårdgarantin. I överenskommelsen heter det: "Det ska finnas en god tillgänglighet i hälso- och sjukvården. Det är primärvården som är ansvarig för de första kontakterna och ska erbjuda hjälp samma dag, antingen på telefon eller genom besök. Läkarbesök ska erbjudas inom åtta dagar. När så erfordras ska primärvården biträda med hänvisning till specialistvård för patientbesök inom tre månader. För patienter med oklar diagnos ska besöket hos specialist ske inom en månad. Utifrån de bedömningar som gjorts i primärvården eller av specialisläkare ska behandling påbörjas utan dröjsmål enligt vägledande principer för urval och prioriteringar. Om inte den egna sjukvårdshuvudmannen kan erbjuda vården inom ovan nämnda tidsramar har patienten rätt att söka vård hos annan sjukvårdshuvudman" (skr. 1997/98:51).

Den nationella vårdgarantin har i sin tidigare utformning varit föremål för ett antal studier av Socialstyrelsen och Landstingsförbundet. Någon egentlig nationell analys av den del av vårdgarantin som numera gäller primärvården har hittills inte genomförts (statens uppföljnings- och utvärderingssystem behandlas mer i detalj i kapitel 8). Landstingsförbundet (1997b) genomförde i och för sig en undersökning av den ursprungliga vårdgarantin och tillgängligheten till hälso- och sjukvården vid årsskiftet 1996/97, men den senare delen omfattade inte primärvården. I en kommande studie av Landstingsförbundet redovisas dock några aspekter på tillgängligheten i primärvården. På uppdrag av Landstingsförbundet tillfrågade SCB i oktober/november år 1997 1 200 personer (25–74 år) om de trodde att tillgängligheten i primärvården fungerade enligt intentionerna (frågan löd: "Tror Du att det fungerar så idag?"). 32 procent svarade i stort sett alltid och 40 procent svarade ja, men det brister nog ibland. En femtedel ansåg att man inte klarar intentionerna.

Det finns emellertid ett antal studier som mer explicit analyserat tillgängligheten till primärvården. Detta har skett i termer av telefontillgänglighet och besökstider. I och för sig avser studierna förhållanden före år 1997, men det kan ändå vara av intresse att redovisa huvudresultaten.

Ett flertal av dessa studier rör framkomlighet via telefon. Socialstyrelsen (1996b) genomförde under år 1995 en enkätundersökning i åtta landsting där befolkningen tillfrågades om sina upplevelser och erfarenheter av tillgänglighet och kontinuitet i primärvården. Av dem som under det senaste året försökt ringa till sin läkarmottagning ansåg 53 procent att det gick lätt att komma fram. 17 procent ansåg att det var besvärligt och 29 procent att det varierade. I en studie av husläkarreformen av Spri (1997a) har telefontillgängligheten undersökts vid ett trettiotal vårdcentraler i landet. Andelen telefonsamtal som kom fram inom en minut ökade vid husläkarenheterna från 49 till 55 procent mellan 1991 och 1993 och fortsatte sedan att öka till 58 procent år 1995. Vid de övriga vårdcentralerna ökade genomsnittsandelen 1991–1993 kraftigt, från 65 till 82 procent för att sedan fram till år 1995 gå ner till 68 procent. Andra större studier som rör telefontillgänglighet, och som genomförts kontinuerligt, pekar på att 30–40 procent av alla telefonsamtal kom fram inom en minut (Spri, 1994).

Socialstyrelsen (1996b) har även studerat framkomlighet under kvällstid vid ett urval av landets läkarmottagningar. Studien genomfördes under år 1995 och mottagningarna kontaktades en vardag (må–to) mellan 19.30 och 22.30. Resultaten visar att 21 procent av de offentliga och 53 procent av de privata mottagningarna saknade hänvisning (totalt 28 procent). Antingen besvarades i de fallen telefonpåringningen med ett meddelande utan hänvisning eller också gavs inget svar alls. Dessa mottagningar utnyttjade således inte alla möjligheter att styra patientströmmarna till den mest adekvata vårdnivån. En liknande undersökning har genomförts av Landstingsrevisorerna i Stockholms län. På revisorernas uppdrag ringde en konsultfirma upp 100 husläkare på kvällstid (kl. 17–22) samt lördag och söndag (kl. 08–22). Vanligtvis möttes den uppringande av telefonsvarare med hänvisning till annan tid och/eller telefonnummer. Inte i något fall kom man i direkt kontakt med husläkaren, och i 29 fall fick den uppringande inte kontakt alls (Stockholms läns landsting, 1995).

Det finns också undersökningar om läkarnas telefontider i primärvården. I en undersökning av Socialstyrelsen (1996c) som omfattade ca 20 procent av primärvårdsläkarna 1994/95 svarade i det närmaste 100 procent att de hade telefontid minst en dag i veckan. Drygt 70 procent uppgav att de hade telefontid fem dagar i veckan.

Besökstider

Det finns vidare studier som undersökt besökstiderna i primärvården. I den ovan nämnda enkätundersökningen av Socialstyrelsen (1996b) tillfrågades urvalet även om besökstider. Av dem som under det senaste året beställt tid hos läkarmottagningen ansåg 79 procent att väntetiden var acceptabelt lång, 8 procent hade önskat tid något tidigare och 4 procent mycket tidigare. Inte oväntat hade de med sämre hälsa än övriga önskemål om snabbare besökstider.

I en annan studie av Socialstyrelsen (1996c) tillfrågades ett 20-procentigt slumpmässigt urval av landets primärvårdsläkare om bl.a. besökstillgänglighet vid årsskiftet 1994/95. Läkarna ombads ange den aktuella väntetiden för patienter med icke-akuta besvär, om de beställde tid under den period som var aktuell och därvid skilja på väntetid om patienten ville träffa "sin" doktor eller var nöjd att få tid oavsett läkare. Vid besök hos egen läkare angav läkarna att ca 51 procent av patienterna beräknades få tid inom en vecka och ca 75 procent inom två veckor (tabell 4.15). Besökstillgängligheten var betydligt högre bland privata än bland offentligt verksamma läkare. Väntetiderna blev kortare om patienterna accepterade att träffa andra läkare vid mottagningen. Närmare 80 procent kunde då erbjudas tid inom en vecka och drygt 90 procent inom två veckor.

Tabell 4.15 Väntetid för patienter med icke-akuta besvär till den egna husläkaren
Procent

Väntetid	Husläkare i offentlig regi	Husläkare i privat regi	Samtliga husläkare
Högst 1 dag	7,5	37,7	12,9
2-3 dagar	11,6	31,1	15,1
4-5 dagar	9,3	9,0	9,2
6-7 dagar	14,5	9,0	13,5
-2 veckor	27,0	9,8	23,9
-3 veckor	15,0	1,6	12,6
-4 veckor	5,4	0,0	4,4
>4 veckor	9,8	1,6	8,4

Källa: Socialstyrelsen (1996c).

Verksamheten vid vårdcentralerna bedrivs normalt under dagtid under vardagar. Under kvällar och helger finns normalt en jouröppen vårdcentral (alternativt akutmottagningar på sjukhus). Det normala är att patienterna beställer tid hos vårdcentralen. Under senare år har öppna mottagningar införts vid många läkarmottagningar. Med öppna mottagningar avses en speciellt annonserad mottagningstid under dagtid när patienterna kan söka läkare utan att i förväg beställa tid eller uppge sökorsak. Syftet är att öka tillgängligheten och förenkla för patienterna att få kontakt med läkare, främst vid akuta sjukdomar.

Socialstyrelsen (1997b) har i enkätundersökning som omfattade en tredjedel av mottagningarna i offentlig och hälften av mottagningarna i privat regi kartlagt erfarenheterna av denna mottagningsform under våren 1996. Sammanställningen visar att öppen mottagning fanns vid 55 procent av alla mottagningar. Besöken på den öppna mottagningen utgjorde i genomsnitt 40 procent av det totala antalet läkarbesök. Drygt hälften av mottagningarna tillämpade någon form av kriterier för vilka patientkategorier som togs emot på den öppna mottagningen, t.ex. enbart akuta sjukdomsfall eller patienter med infektionssjukdomar. Vid en fjärdedel av mottagningarna tillämpades någon form av begränsning av patientantalet på den öppna mottagningen. En slutsats i undersökningen är att inrättandet av öppna mottagningar oftast

leder till ökad läkartillgänglighet, men också att mottagningar som valt andra arbetssätt ändå anser att de har möjlighet att tillgodose patienternas behov av att snabbt få tid hos läkare. En iakttagelse från många mottagningar (ca 50 procent) är att läkarna ägnar mer tid åt patienter som tidigare handlagts av distriktssköterskor. Samtidigt kan äldre patienter och patienter med kroniska sjukdomar ibland ha svårt att få sina behov tillgodosedda.

4.6 Internationell jämförelse

Sättet att organisera och finansiera sjukvården skiljer sig relativt kraftigt mellan olika länder. Det är därför inte möjligt att kortfattat jämföra Sverige med andra länder. I tabell 4.16 redovisas dock översiktligt några karakteristika över framför allt primärvården i ett antal olika länder. Beskrivningen är grov, men bör kunna ge en uppfattning om hur några viktiga variabler skiljer sig åt.

Sverige har tillsammans med länder som Finland, Island, Portugal och Spanien en hög andel offentligt anställda allmänläkare. I dessa länder har merparten av läkarna månadslön. Övriga Västeuropa har övervägande privata system med prestationsersättning eller kapitationsersättning, dvs. ersättning per ansluten individ.

Danmark, Nederländerna och Storbritannien har en tradition med listsystem för allmänläkare. I Sverige infördes ett sådant system i samband med husläkarreformen och förekommer numera i varierande omfattning bland landstingen. Sverige har dock i likhet med flera länder ett fritt val av allmänläkare.

Grindvaktssystem, dvs. remisstvång till specialist, förefaller vara relativt vanligt. I Sverige tillämpar sju landsting remisskrav för vissa specialiteter. I bl.a. Sverige tycks differentierade patientavgifter vara en metod som i större utsträckning utnyttjas för att försöka styra patientströmmar.

Tabell 4.16 Karaktäristika över primärvården i ett urval av länder

	Andel offent- ligt an- ställda allmän- läkare	Ersättning till allmän- läkare	List- system	Allmän- läkare som grindvakt	Fritt val av huslä- kare	Patient- avgift
<i>Sverige</i>	<i>ca 90</i>	<i>i huvudsak lön</i>	<i>delvis</i>	<i>nej (i 7 landsting)</i>	<i>ja</i>	<i>ja</i>
Finland	98	lön	nej	nej	begränsat	ja
Norge	42	lön/prest	nej	ja	-	-
Island	75	lön/prest	nej	ja	-	-
Danmark	0	kapitation	ja	ja	ja	nej
Nederländerna	7	kap/prest	ja	ja	ja	nej
Storbritannien	1	kapitation	ja	ja	ja	nej
Irland	9	kapitation	ja	ja	-	-
Portugal	99	lön	nej	ja	-	-
Spanien	96	lön	nej	ja	-	-
Tyskland	0	prestation	nej	nej	ja	nej
Frankrike	3	prestation	nej	nej	-	-
Italien	2	prestation	nej	ja	-	-
Belgien	3	prestation	nej	nej	-	-
Schweiz	1	prestation	nej	nej	-	-
Österrike	1	kap/prest	nej	nej	-	-

Källor: SOU 1996:175, Spri (1997b).

Det finns även vissa andra uppgifter som kan vara av intresse att jämföra. Det rör främst personal, kostnader, läkarbesök och tillgänglighet.

Personal

Tillgången på vårdpersonal är vid en internationell jämförelse relativt god i Sverige (se kapitel 3). Det är dock inte möjligt att redovisa någon klar bild över hur personalresurser och personalsammansättning varierar mellan olika länder och verksamhetsformer. Framför allt är det inte möjligt att fördela de totala personalresurserna på primärvård och övrig vård. I princip är det endast möjligt att relativt grovt fördela en personalkategori på olika verksamhetsformer, nämligen läkare.

Av kapitel 3 framgick att Sverige internationellt sett har en mycket hög läkartäthet. Detta förefaller dock inte gälla läkare i primärvården. Statistik som sammanställts av OECD (1997) visar i och för sig att antalet allmänläkare per 10 000 innevånare i Sverige mer än fördubblats under de senaste 25 åren, men trots detta ligger Sverige internationellt sett på en låg nivå (tabell 4.17). Länder som Frankrike, Belgien, Grekland, Österrike och Tyskland uppvisar mer än dubbelt så hög läkartäthet i vad som kan benämnas som primärvård eller motsvarande. Bland de nordiska länderna har Finland den i särklass högsta läkartätheten, men även Norge och Danmark har högre läkartäthet än Sverige.

Tabell 4.17 Antal allmänläkare per 10 000 innevånare, urval av OECD-länder

1998/99:RR2
Bilaga

	1970	1980	1990	1995
Frankrike	-	12,2	13,7	14,9
Belgien	-	11,1	14,6	-
Grekland	-	-	12,6	-
Österrike	7,2	7,6	10,9	12,4
Finland	-	-	11,1	12,0
Tyskland	8,4	10,1	11,9	11,2
Kanada	6,1	7,7	9,8	9,7
Nya Zeeland	-	5,8	7,2	8,0
Luxemburg	-	-	7,7	7,9
Norge	-	-	7,2	7,5
Island	-	-	6,4	-
Danmark	4,3	5,4	6,2	6,3
Portugal	-	-	6,4	6,0
Schweiz	-	4,3	5,8	-
Storbritannien	4,3	5,2	5,8	-
Sverige	2,5	2,6	-	5,5
Irland	-	-	4,5	4,7
Nederländerna	3,4	4,0	4,3	-
USA	2,4	2,0	2,2	-

Källa: OECD (1997).

En del av de stora skillnaderna skulle kunna förklaras av att vissa länder har en låg läkartäthet och satsar en förhållandevis stor del av dessa begränsade resurser på primärvård. Så tycks dock inte vara fallet. Av de länder som har högre läkartäthet i primärvården än Sverige är det endast Kanada, Nya Zeeland, Luxemburg och Storbritannien som har ett markant lägre antal läkare per innevånare (jämför tabell 3.7). Som framgår av tabell 4.18 tycks Sveriges låga position i huvudsak förklaras av en låg andel allmänläkare av samtliga läkare.

Ett intryck som förstärker detta är också att Sverige har ett mycket lågt antal allmänläkare per specialist (tabell 4.18). Bland de OECD-länder som det föreligger statistik för avviker Sverige markant i detta avseende. Med ett undantag har övriga länder dubbelt eller tredubbelt så många allmänläkare per specialist som Sverige.

Tabell 4.18 Andel allmänläkare (general practioners) av samtliga läkare samt antal allmänläkare per specialist, urval av OECD-länder

	Andel allmänläkare av samtliga läkare (procent)			Antal allmänläkare per specialist	
	1980	1990	1995	1990	1995
Frankrike	61,9	51,9	50,6	1,08	1,03
Österrike	46,3	48,8	46,7	0,95	0,88
Kanada	42,6	46,0	45,3	1,12	1,09
Finland	-	45,9	43,5	0,85	0,77
Belgien	48,2	42,5	-	1,05	-
Storbritannien	40,4	39,0	-	-	-
Nya Zeeland	37,3	38,3	37,8	1,24	1,41
Grekland	-	37,1	-	-	-
Luxemburg	-	38,5	35,6	0,63	-
Tyskland	44,5	38,5	33,3	0,72	0,56
Irland	-	29,0	27,0	1,56	1,55
Norge	-	22,9	26,8	-	-
Danmark	24,6	22,4	-	-	-
Island	-	22,3	-	-	-
Portugal	-	22,4	20,2	0,68	0,31
Schweiz	18,1	19,3	-	0,59	-
<i>Sverige</i>	<i>11,9</i>	-	<i>17,9</i>	<i>0,24</i>	<i>0,25</i>
Nederländerna	21,1	17,3	-	0,52	-
USA	10,2	9,4	-	-	-

Källa: OECD (1997).

Det finns även vissa begränsade data som kan utnyttjas för en jämförelse av andra personalgrupper. Den s.k. NIVEL-studien¹⁸ genomfördes under år 1993 och avsåg allmänläkarnas verksamhet i 30 europeiska länder. Undersökningen genomfördes som en enkät till ett urval av allmänläkare, kompletterad med en veckas dagboksanteckningar. Eftersom vi kommer att redovisa ett flertal uppgifter från NIVEL-studien kan det redan här vara befogat med vissa reservationer. Studien bygger på uppgifter från år 1993, vilket innebär att den inte fullt ut avspeglar dagens förhållanden. Jämförelsen mellan olika variabler kan diskuteras mot bakgrund av skilda arbetssätt, organisationsformer etc. Den behandlar inte heller frågor som rör effektivitet. Samtidigt är det en styrka att studien bygger på uppgifter som allmänläkarna själva lämnat.

I enkäten ställdes bl.a. frågan om läkaren hade assistans av mottagnings-sköterska. Svaren pekar på att över 90 procent av allmänläkarmottagningarna i Sverige (och de övriga nordiska länderna) hade mottagnings-sköterska. Även i länder som England, Nederländerna, Portugal, Spanien och Irland var andelen hög, eller över 80 procent. I Italien, Tyskland, Belgien, Schweiz och Frankrike fanns mottagnings-sköterska vid mellan 15 och 40 procent av mottagningarna.

¹⁸ Netherlands Institute of Primary Health Care. Resultaten har sammanställts av Spri (1997b).

Den internationella statistiken över kostnader och deras fördelning på verksamhetsformer är både bristfällig och i det närmaste obefintlig. När det gäller primärvården finns över huvud taget inga precisa uppgifter eller sammanställningar. Uppgifter från 1980-talet för Västeuropa pekar på att primärvården tog i anspråk drygt 20 procent av de totala kostnaderna för hälso- och sjukvården, medan sjukhusvårdens andel låg på drygt 50 procent. Motsvarande siffror för Sverige var 10 respektive drygt 70 procent (Ribacke, 1997). För Sveriges del har vi redan sett att dessa uppgifter är inaktuella och att andelen primärvård numera är högre.

OECD sammanställer i övrigt viss statistik som gör det möjligt att fördela kostnaderna på öppen respektive sluten vård. Statistiken är förenad med brister och måste tolkas med försiktighet, men kan ändå ge en viss bild av hur olika länder väljer att prioritera inom vården. Av tabell 4.19 framgår att Sverige även i detta fall ligger på en låg nivå (den kraftiga nedgången mellan 1990 och 1995 förklaras av ädelreformen). Sannolikt är uppgifterna för Sverige underskattade, men endast ett fåtal länder avsätter en lägre andel av BNP till öppen vård. Även som andel av de totala utgifterna för sjukvården uppvisar Sverige en mycket låg nivå.

Tabell 4.19 Utgifter för öppen vård (ambulatory care) som andel av BNP och som andel av totala utgifter för sjukvård

	Totala utgifter för öppen vård som andel av BNP (procent)			Utgifter för öppen vård som andel av totala utgifter för sjukvård (procent)		
	1980	1990	1995	1980	1990	1995
USA	2,5	4,1	4,7	27,2	32,4	33,2
Finland	2,6	3,5	3,9	39,9	44,3	49,9
Schweiz	3,3	3,3	3,7	45,5	39,5	37,4
Luxemburg	3,1	3,2	3,6	49,5	49,3	52,1
Tyskland	2,7	2,5	3,1	33,4	30,4	29,7
Belgien	2,6	3,0	3,0	39,2	39,8	37,7
Japan	2,8	2,6	-	44,6	43,9	-
Nederländerna	2,2	2,5	2,5	27,7	29,6	28,1
Frankrike	1,9	2,5	-	24,8	28,2	-
Italien	1,9	2,4	2,3	27,5	29,1	30,0
Kanada	1,7	2,2	-	23,2	23,7	-
Australien	1,6	2,2	-	22,3	26,4	-
Island	1,1	1,8	1,9	17,0	22,9	23,5
Österrike	1,6	1,6	1,8	20,2	22,5	23,4
Norge	1,3	1,6	-	18,4	20,8	-
Danmark	1,4	1,5	1,2	21,1	23,4	18,9
Sverige ¹	0,8	1,8	0,8	9,0	22,8	13,1
Spanien	0,7	0,7	-	12,6	10,8	-
Storbritannien	0,5	0,6	-	10,0	12,6	-
Nya Zeeland	0,5	0,5	-	8,4	7,4	-

¹Avser endast offentliga utgifter.

Källa: OECD (1997).

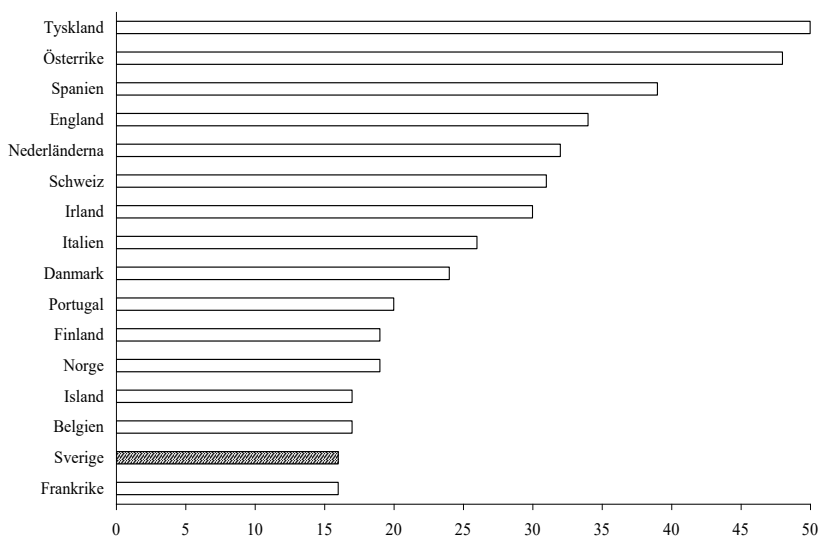
I ett internationellt perspektiv har utvecklingen vad gäller vårdplatser etc. i Sverige gått relativt snabbt. I inget annat OECD-land har nedgången varit så kraftig, och Sverige ligger nu under genomsnittet för OECD vad gäller vårdplatser per 1 000 innevånare. Samtidigt förklaras en stor del av nedgången i Sverige av ädelreformen och andra huvudmannaskapsförändringar. Om hänsyn tas till dessa förändringar blir utvecklingen inte lika dramatisk.

Läkarbesök

Internationellt sett förefaller antalet läkarbesök ligga på en låg nivå i Sverige. Den normala nivån i OECD-länderna ligger på 5–7 besök per innevånare, dvs. ungefär dubbelt så mycket som i Sverige.

I den tidigare nämnda NIVEL-studien har även antalet mottagningsbesök per allmänläkare analyserats. Resultaten visar att antalet läkarbesök per allmänläkarmottagning varierar kraftigt mellan olika länder. Sverige och övriga Norden (exklusive Danmark) tillhör de länder som har lägst besöksfrekvens per dag (figur 4.4). Dessa länder har också relativt långa bokningsintervall för ett läkarbesök. Drygt 20 minuter är avsatt för ett icke-akut besök i Sverige. Det kan jämföras med England och Nederländerna där man har mer än 30 besök per dag och en besökstid per tidsbokat besök på ca 8 minuter. Högst ligger Österrike och Tyskland med ca 50 besök per dag. En del av skillnaderna i besöksfrekvens kan sannolikt förklaras av skilda anställningsformer och/eller ersättningssystem. I länder där läkarna är offentligt anställda med fast lön, Sverige, Finland, Norge, Portugal samt Island, är antalet mottagningsbesök mycket lågt. I dessa länder är också arbetstiden per vecka relativt låg. Frankrikes och Belgiens låga besöksfrekvens vägs delvis upp av att de har många hembesök (Spri, 1997b).

Figur 4.4 Antalet mottagningsbesök per allmänläkare per dag (medelvärden)



Källa: Spri (1997b).

En ytterligare förklaring till den låga besöksfrekvensen i Sverige skulle kunna vara att det inte förekom remisstvång till sjukhusspecialist vid undersökningstillfället. Remisstvång förekommer emellertid inte heller i Tyskland, Frankrike, Belgien, Schweiz och Österrike, varför det är svårt att se något mönster. Sverige tillämpar också ett system med differentierade patientavgifter som kan få liknande effekter som remisser, dvs. styra över patientströmmar till primärvården.

Organisationsstruktur och arbetssätt kan också påverka besöksfrekvensen. Vissa länder tar t.ex. inte ut någon patientavgift och tidpunkterna för att förnya recept kan variera. Den medicinska praxisen mellan olika länder kan också variera och påverka återbesöksfrekvens. Det bör dessutom poängteras att det i Sverige görs ett stort antal besök hos distriktssköterskor, vilket till en del motsvaras av läkarbesök i många andra länder.

Det kan också vara av intresse att studera hur arbetstiden fördelas på olika aktiviteter (tabell 4.20). I Sverige utgörs en förhållandevis stor andel av arbetstiden av mottagningsarbete. Arbetstiden i Sverige är dock relativt kort. En liten del ägnas åt hembesök, medan en relativt stor del ägnas åt möten och undervisning/forskning. I flertalet av de länder som uppvisar en låg andel mottagningsbesök uppvägs detta av en hög andel hembesök. Trots den höga andelen möten i Sverige tillhör dock Sverige de länder där läkarna i minst utsträckning samtyckt till påståendet: "Mitt arbete är fullt av onödigt administrativt arbete."

Tabell 4.20 Allmänläkarnas tid fördelat på några huvudaktiviteter

Procent av totala arbetstiden

	Mottagningsbesök	Hembesök	Jour	Möten	Forsk och/eller underv	Övrigt
Sverige	65	3	10	9	9	4
Finland	55	1	15	7	1	21
Norge	59	3	11	3	3	21
Island	44	4	31	6	5	10
Danmark	68	10	11	4	4	3
Nederländerna	46	19	22	3	4	6
England	40	16	27	4	2	11
Irland	47	12	33	1	2	5
Portugal	63	5	10	6	5	11
Spanien	44	14	28	4	4	6
Tyskland	55	21	10	3	5	6
Frankrike	47	35	10	2	4	2
Italien	40	23	26	2	1	8
Belgien	44	41	3	2	5	5
Schweiz	64	8	12	3	3	10
Österrike	45	21	22	2	3	7

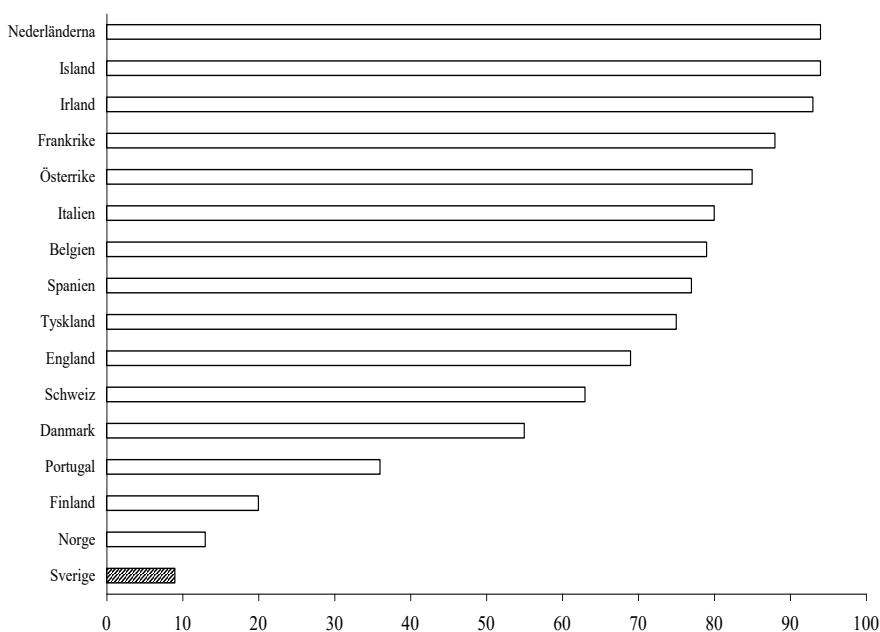
Källa: Spri (1997b).

Läkartillgängligheten i Sverige förefaller vara relativt låg i ett internationellt perspektiv. I den tidigare nämnda NIVEL-studien har läkarna tillfrågats om hur länge en icke-akut patient får vänta på konsultation efter tidsbeställning.¹⁹ Svaren pekar på att det är relativt svårt att snabbt komma i kontakt med en allmänläkare i Sverige. Endast 9 procent av läkarna angav att det var möjligt att komma till mottagningen samma eller nästföljande dag (figur 4.5). Enligt den analys av materialet som utförts av Spri (1997b) är tillgängligheten högst i länder med många privata allmänläkare, särskilt de som har ersättningssystem med prestationsersättning eller inslag av prestationsersättning. Lägst är tillgängligheten i länder med offentligt anställda läkare med fast månadslön, t.ex. Sverige, Norge, Finland och Portugal (i Norge gäller detta för cirka hälften av läkarna). Den tidigare nämnda uppföljningen av läkartillgängligheten av Socialstyrelsen (1996c) pekar i samma riktning, dvs. tillgängligheten är betydligt högre hos privata husläkare.

Figur 4.5 Möjlighet att få komma till allmänläkare samma eller nästföljande dag vid planerade besök

Procent av allmänläkarna

Källa: Spri (1997b).



Det bör påpekas att det kan vara svårt att dra gränser mellan akuta och icke-akuta besök. Som framgått ovan finns det t.ex. i Sverige s.k. öppna mottagningar som möjliggör besök utan tidsbeställning, men ofta med något kriterium som begränsning. I Sverige har det också skett en relativt kraftig ökning

¹⁹ De nordiska länderna samt Nederländerna, Schweiz, England och Portugal utgör länder där det finns tidsbokningssystem vid en stor andel av mottagningarna.

av läkartätheten i primärvården sedan början av 1990-talet som inte framgår av NIVEL-studien.

NIVEL-undersökningen pekar vidare på att andelen allmänläkare i Sverige som har ständigt jour är låg internationellt sett. Det gäller även antalet hembesök som görs per vecka.

4.7 Sammanfattning

Sammanfattningsvis visar kapitlet följande:

- Det är inte möjligt att ge en helt rättvisande eller exakt bild av primärvården eller andra verksamhetsformer på grund av bristfällig statistik.
- Det finns emellertid mycket som tyder på att antalet allmänläkare ökat relativt kraftigt sedan slutet av 1980-talet. Målet om en allmänläkare per 2 000 innevånare har dock inte uppnåtts. Bristen uppgick till närmare 500 heltidsarbetande allmänläkare år 1996, eller drygt 12 procent. Senare, men osäkra, analyser pekar på att läkartätheten ökat under år 1997 och att bristen kan uppgå till ca 200–300 allmänläkare.
- Primärvårdens resurser har i det närmaste varit oförändrade trots att landstingens kostnadsvolym minskat med 6,5 procent i reala termer. Neddragningarna har avsett andra delar av sjukvården och yttrar sig främst i minskade vårdplatser och vårdtider. Primärvården omfattar dock fortfarande inte mer än ca 18 procent av landstingens kostnader för den renodlade sjukvården.
- Det har skett en långsiktig ökning av antalet läkarbesök i primärvården och en mindre nedgång inom läns- och regionsjukvården. År 1996 minskade dock antalet läkarbesök i primärvården relativt kraftigt, eller med 6,1 procent. Nedgången var relativt sett kraftigare än den minskning som kan noteras inom läns- och regionsjukvården.
- Kostnaderna per läkarbesök i den sjukhusanslutna öppna vården är betydligt högre än i primärvården.
- Den svenska primärvården förefaller underdimensionerad vid en internationell jämförelse. Trots en generellt sett mycket hög läkartäthet är antalet allmänläkare per innevånare i Sverige internationellt sett mycket lågt. En betydande del av läkarresurserna avser således inte primärvård. Vid en internationell jämförelse tycks Sverige satsa förhållandevis små resurser på den öppna vården.
- I jämförelse med andra länder är antalet läkarbesök per innevånare mycket lågt i Sverige. Antalet mottagningsbesök per allmänläkare i Sverige är mycket lågt i jämförelse med andra länder.
- Internationellt sett förefaller även läkartillgängligheten beträffande allmänläkare att vara låg i Sverige, dvs. det är relativt svårt att snabbt komma i kontakt med en allmänläkare. Det indikerar att den nya utformningen av vårdgarantin kan bli problematisk att uppfylla.

Av kapitel 4 har framgått att antalet läkare inom primärvården visserligen har ökat, men att regeringens och riksdagens intentioner fortfarande inte är uppfyllda. I allt väsentligt är sjukvårdshuvudmännen ansvariga för planering och verkställande av hälso- och sjukvården och därmed naturligtvis även för primärvården. Det kan därför vara av intresse att närmare analysera variationer mellan huvudmännen, hur huvudmännen prioriterar primärvården och vilka instrument som kan utnyttjas vid prioriteringar.

Inledningsvis i avsnitt 5.1 ges en översiktlig bild av hur primärvårdens resurser varierar mellan sjukvårdshuvudmännen. I avsnittet diskuteras också några tänkbara förklaringar till variationerna. En tänkbar förklaring kan vara viljan eller förmågan att prioritera, och i avsnitt 5.2 redovisas några studier som belyser t.ex. utformningen av måldokument och hur beslutsfattare inom hälso- och sjukvården ser på prioriteringar. En annan tänkbar förklaring som diskuteras i avsnitt 5.3 är styrinstrumentens utformning. Avslutningsvis sammanfattas kapitlet i avsnitt 5.4.

5.1 Variationer mellan sjukvårdshuvudmännen

I tabell 5.1 redovisas några mått på vilka resurser som sjukvårdshuvudmännen satsar på primärvården. Det gäller andel av kostnaderna, kostnader per innevånare, antal innevånare per allmänläkare och läkarbesök.

Mätt som andel av de renodlade hälso- och sjukvårdskostnaderna (exkl. tandvård) varierar primärvårdens resurser kraftigt mellan de olika huvudmännen, eller från drygt 11 till 31 procent. Kostnaderna per innevånare för öppen primärvård varierar på motsvarande sätt mellan 1 045 och 2 925 kr.²⁰

Några helt entydiga mönster vad gäller skillnader i resursfördelning mellan huvudmännen är svåra att spåra. En hypotes skulle kunna vara att huvudmän med regionsjukhus satsar mindre resurser på primärvård. Merparten av dessa huvudmän, Stockholms, Uppsala, Östergötlands, Malmöhus, Örebro och Västerbottens län samt Malmö och Göteborgs stad, uppvisar i och för sig en något lägre kostnadsandel än genomsnittet, men förefaller med vissa undantag inte avvika alltför mycket från riksgenomsnittet. Däremot förefaller det förekomma vissa geografiska skillnader. Glesbygdslän tycks satsa en större andel av resurserna på primärvård än riksgenomsnittet. Detta kan kanske tyckas naturligt eftersom länssjukvården ofta är koncentrerad till ett fåtal orter i dessa län. De renodlade storstadsområdena, Stockholms läns landsting, Malmö stad och Göteborgs stad, satsar mindre resurser på primärvård än den genomsnittliga sjukvårdshuvudmannen (som framgått av kapitel 4 kan det emellertid råda stora skillnader mellan olika kommuner och typer av kommuner inom ett län).

²⁰ I detta avsnitt används ett något annorlunda kostnadsbegrepp än i kapitel 4. Detta för att kunna få jämförbarhet mellan landstingen. Syftet är enbart att peka på variationer mellan landstingen och inte att jämföra enskilda landsting.

Tabell 5.1 Några variabler som belyser variationer i primärvården

	Andel primärvård av hälso- och sjuk- vårdskost- nader (exkl. tandvård) (procent)	Kostnad per inne- vånare för primärvård (kronor)	Kostnad per inne- vånare för läns- och region- sjukvård (kronor)	Antal innevånare per all- mänläkare (heltids- arbetande)	Antal läkarbesök i primär- vård per 1 000 innevånare
Stockholm	17,5	1 798	8 499	2 237	1 156
Uppsala	20,3	1 906	7 477	2 361	1 160
Sörmland	19,5	1 877	7 724	2 549	1 004
Östergötland	22,9	2 018	6 780	2 324	1 083
Jönköping	23,0	2 180	7 293	2 434	1 198
Kronoberg	14,2	1 294	7 844	2 222	1 308
Kalmar	24,0	2 446	7 753	2 396	1 349
Blekinge	17,6	1 946	9 108	2 168	1 169
Kristianstad	22,6	2 230	7 640	2 291	1 183
Malmöhus	24,2	2 022	6 334	2 331	982
Halland	24,2	2 285	7 165	2 475	1 402
Bohuslän	28,8	2 742	6 784	2 339	1 334
Älvsborg	22,7	1 990	6 764	2 232	1 167
Skaraborg	31,0	2 909	6 478	2 065	1 414
Värmland	23,4	2 435	7 971	1 917	1 464
Örebro	18,6	2 005	8 758	2 139	1 088
Västmanland	20,8	1 925	7 347	2 059	1 351
Dalarna	26,6	2 650	7 321	1 919	1 175
Gävleborg	25,1	2 855	8 507	1 943	1 148
Västernorrland	24,4	2 693	8 364	2 350	1 154
Jämtland	28,7	2 750	6 833	1 913	1 318
Västerbotten	25,3	2 890	8 522	2 203	1 192
Norrbottn	24,6	2 925	8 946	2 073	1 239
Gotlands kommun	20,0	2 398	9 570	2 431	1 328
Malmö stad	17,6	1 883	8 838	2 468	1 357
Göteborgs stad	11,2	1 045	8 276	2 940	911
Riket	21,5	2 127	7 782	2 248	1 186

Källor: Landstingsförbundets bokslutsstatistik, Landstingsförbundet & Socialstyrelsen (1997), Socialstyrelsen (1997) och egna beräkningar.

Några aspekter på resursfördelningen redovisas också i en undersökning av tidningen Dagens Medicin (1997). Dagens Medicin har frågat samtliga huvudmän om primärvården tillförts nya resurser efter riksdagens beslut år 1995 om att primärvården skall prioriteras. Bara fyra huvudmän uppgav att primärvården tillförts nya resurser. Tre av dessa resursförstärkningar kan betecknas som begränsade (tabell 5.2). Detta överensstämmer relativt väl med den analys av primärvårdens resurser som redovisats i kapitel 4 och som visade att primärvårdens resurser i det närmaste varit oförändrade under senare år.

Tabell 5.2 Resursförstärkningar inom primärvården. Sjukvårdshuvudmännens svar på om primärvården tillförts mer resurser

Huvudmän	Har primärvården tillförts mer resurser?
Stockholm	Nej, men de olika områdena kan göra satsningar.
Uppsala	Nej, har i stället fått i uppdrag att klara av mer.
Sörmland	Nej, men har sluppit de besparingar som den övriga vården fått.
Östergötland	Får ytterligare 5 miljoner kronor i år.
Jönköping	Nej, men har fått något mindre sparkrav än övriga sjukvården.
Kronoberg	Nej, hade redan väl utbyggd primärvård.
Kalmar	Nej.
Blekinge	Nej.
Kristianstad	1996 tillfördes ytterligare 5 miljoner kronor, bl.a. på grund av ökade kostnader.
Malmöhus	Dess roll kommer att betonas när 1997–1999 diskuteras.
Halland	Medel har tillförts för att vårdgarantin skall klaras.
Bohuslän	Nej, resurserna har minskat något, troligen kommer det dock att kompenseras.
Älvsborg	Har prioriterats genom bibehållen kostnadsram, skall få ökade anslag.
Skaraborg	Nej.
Värmland	Resurser har tillförts genom mindre besparingar än på annan verksamhet.
Örebro	Nej, resurserna minskas med 10 procent.
Västmanland	Resurser tillfördes redan i början av 1990-talet.
Dalarna	Nej, 1995–1997 minskar resurserna med 35 miljoner kronor, drygt 100 personer.
Gävleborg	Ett område, Gästrikland, får mer resurser då Sandvikens akutsjukhus avvecklas.
Västernorrland	Den har prioriterats genom mindre sparkrav än övriga sjukvården.
Jämtland	Nej, från 1995 har 22 procent av verksamheten sparats.
Västerbotten	Nej, besöksvolymen har minskat.
Norrbottn	”Fråga Landstingsförbundet i stället för varje enskilt landsting.”
Gotlands kommun	Nej, besparingar har gjorts.
Malmö stad	Fick 8 miljoner kronor mer 1996, men skall spara 1997.
Göteborgs stad	Nej.

Källa: Dagens Medicin (1997).

Ett annat mått på resursfördelningen är läkartätheten. Sjukvårdshuvudmännen har som framgått av kapitel 4 inte uppnått riksdagens och regeringens intentioner om att det bör finnas en läkare per 2 000 innevånare. Även här är variationerna mellan huvudmännen betydande, eller från 1 913 innevånare per allmänläkare till 2 940 (tabell 5.1). I princip är det endast 4 huvudmän som kan sägas ha uppfyllt målet om en (heltidsarbetande) läkare per 2 000 innevånare. Det är huvudmännen i Värmland, Dalarna, Gävleborg och Jämtland. Huvudmännen i Blekinge, Skaraborg, Örebro, Västmanland och Norrbotten ligger förhållandevis nära denna målsättning.

Liksom när det gäller kostnaderna för primärvården är det svårt att finna något entydigt mönster som skulle kunna förklara skillnaderna i läkartäthet.

Huvudmän med regionsjukhus förefaller i och för sig ha en något lägre läkartäthet än genomsnittet för riket, men skillnaden är med vissa undantag inte alltför påtaglig (län med regionsjukhus borde av naturliga skäl ha svårare att rekrytera läkare till specialistutbildning i allmänmedicin eftersom tjänster på regionsjukhus anses attraktiva). I likhet med kostnadsandelarna finns det dock ett geografiskt mönster. Glesbygdslän förefaller att ha en hög läkartäthet. Storstadslän tycks dock ha en något lägre läkartäthet än övriga. I de senare områdena finns det dock ett högre antal privata specialister, som möjligen kan förklara den lägre allmänläkartätheten.

Variationerna i antalet läkarbesök per 1 000 innevånare är inte lika markanta som skillnaderna i resursfördelning (tabell 5.1). Huvudmän med regionsjukhus förefaller att ha ett något lägre antal läkarbesök än genomsnittet för riket.

Det förefaller vidare inte att föreligga några entydiga samband mellan variablerna i tabell 5.1. Sambandet mellan t.ex. resurstillgång och läkartäthet är måttligt (korrelationskoefficienten²¹ lika med -0,57). Höga primärvårdskostnader kan således också förklaras av t.ex. en satsning på andra personalgrupper än läkare eller höga lokalkostnader. Landstinget i t.ex. Bohus län har bland de högsta kostnaderna per innevånare, men en läkartäthet som ligger något under riksgenomsnittet. På motsvarande sätt kan relativt låga kostnader för primärvården vara koncentrerade till läkare. Landstinget i t.ex. Kronobergs län har bland de lägsta kostnaderna per innevånare, men en läkartäthet som är något högre än genomsnittet för riket.

Det finns också endast ett måttligt samband mellan antalet läkarbesök per innevånare och resurstillgången (korrelationskoefficienten lika med 0,41). Exempelvis avsätter landstinget i Kronoberg förhållandevis små resurser till primärvården, men har ett mycket högt antal läkarbesök. Dalarna satsar däremot relativt mycket resurser på primärvården, men antalet läkarbesök ligger under riksgenomsnittet.

Det finns vidare inget samband mellan kostnaden per innevånare för primärvård och motsvarande kostnad för läns- och regionsjukvård (korrelationskoefficienten lika med -0,06).

Sammanfattningsvis är variationerna vad gäller t.ex. kostnader och läkartäthet stora mellan sjukvårdshuvudmännen. Det är inte möjligt att kvantifiera enskilda faktorerens betydelse för att förklara skillnader i t.ex. kostnader och personal. Kostnadsvariationerna tyder dock på att primärvården har olika resursförutsättningar, men kan också bero på skillnader i kostnadseffektivitet. Det förefaller vidare som om resurserna till primärvården fördelas något olika mellan huvudmännen. Vissa huvudmän koncentrerar resurserna på läkare, medan andra också satsar på övriga personalgrupper, lokaler etc.

I konsultrapporten pekas på några ytterligare eller kompletterande förklaringar. En möjlig förklaring till variationer i resurser kan vara att behoven eller efterfrågan på primärvårdstjänster skiljer sig mellan geografiska områden. En sådan behovsrelaterad variation skulle till viss del kunna förklara skillnader i t.ex. kostnader (givet att produktivitet och effektivitet är lika över

²¹ Korrelationsmättet är endast ett mått på styrkan i sambandet mellan de studerade variablerna. Det säger ingenting om det finns något orsakssamband mellan variablerna.

landet). Andra förklaringar kan vara av utbudskaraktär. En möjlig sådan kan vara att utbudet av alternativ till primärvården (t.ex. privata specialister) skiljer sig åt mellan huvudmännen. Skillnader i utbudet på länssjukvård kan också indirekt inverka på variationer i primärvårdens resurser. Exempelvis skulle ett stort utbud av länssjukvård kunna innebära höga kostnader inom länssjukvården om patienter i stor utsträckning behandlas där i stället för i primärvården. Detta i sin tur skulle innebära att primärvården har mindre resurser i de landsting där länssjukvården tar emot fler patienter som skulle kunna behandlas i primärvården och vice versa (som framgått ovan finns det dock inget samband mellan kostnaden för primärvård och kostnaden för läns- och regionsjukvård).

Till viss del kan de stora skillnaderna mellan huvudmännen, åtminstone vad gäller olika kostnadsmått, sannolikt också förklaras av att olika redovisningsprinciper tillämpas och att hemsjukvården i vissa län förts över till primärkommunerna. En annan förklaring som diskuteras nedan kan vara att viljan eller förmågan att prioritera primärvården skiljer sig åt mellan huvudmän och olika beslutsfattare.

5.2 Prioriteringar inom sjukvården

Sjukvårdshuvudmännens kostnadsvolymer har minskat reellt sett, och det framtida utrymmet för en real konsumtionsökning är begränsat. Det har under senare år inte funnits ekonomiskt utrymme att förstärka primärvården genom traditionella resursförstärkningar, utan eventuella förstärkningar bör endast ha varit möjliga genom omprioriteringar från andra områden inom huvudmännens verksamhet. Av kapitel 4 har framgått att primärvårdens resurser i det närmaste varit oförändrade mätt i fasta priser, trots att huvudmännens kostnadsvolymer minskat i reala termer. Neddragningarna har avsett andra delar av sjukvården och landstingens övriga verksamhet. Primärvårdens andel av de renodlade sjukvårdskostnaderna har således ökat, dock på bekostnad av andra delar av sjukvården.

Detta ger en antydning om att primärvården har prioriterats. Variationerna mellan huvudmännen är dock som framgått ovan betydande. Detta kan vara en indikation på att politiker och andra beslutsfattare har olika värderingar om nyttan av en utbyggd primärvård. Det kan naturligtvis också avspegla olika typer av svårigheter eller restriktioner att få till stånd en utbyggd primärvård.

Mål för primärvården

En första ansats skulle kunna avse om riksdagens och regeringens intentioner över huvud taget omfattas i huvudmännens måldokument. Professor Bengt Jönsson och ek. dr. Magnus Tambour, Handelshögskolan i Stockholm, har på revisorernas uppdrag genomfört en studie av primärvården i fyra landsting. Studien innehåller bl.a. en analys av målsättningar, intentioner och planer, utformning av resursfördelningsmodeller samt uppföljnings- och utvärderingssystem.

Av studien framgår att de övergripande målformuleringarna i stor utsträckning är uttryckta i relativt generella termer och anknyter till målen i HSL om en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen. På central nivå saknas ofta detaljerade målbeskrivningar, åtminstone i bemärkelsen kvantifierade mål. Avsaknaden av kvantitativa eller detaljerade målformuleringar på central nivå motiveras med att man delegerat denna uppgift till de olika sjukvårdsnämnderna i landstinget.

När det gäller primärvården anknyter måldokumentet till de mål som anges i HSL och de intentioner som uttrycks i regeringens propositioner om primärvården. Målet om en läkare per 2 000 innevånare finns i alla fyra landstingen. Ytterligare mål som förekommer i dessa dokument och som uttrycks i allmänna termer är t.ex. att verksamheten skall organiseras utifrån ett geografiskt områdesansvar och att rollen som den första linjens sjukvård skall förstärkas.

Det betonas i måldokumentet att tillgängligheten i primärvården skall öka, vilket anknyter till vårdgarantin. Som exempel på sådana mål anges att patienter skall ha rätt att få kontakt med primärvårdens personal samma dag och få träffa en husläkare inom åtta dagar. Ambitionsnivån är att väntetiden i normala fall bör vara kortare än så. Andra mål eller förväntningar som ställs på primärvården, och som inte alltid kvantifieras i centrala måldokument, är att telefontider och mottagningstider skall anpassas till innevånarnas behov och att väntetider för planerade besök i primärvården skall vara så korta som möjligt. I allmänhet förväntas tillgängligheten öka. Vidare betonas också behovet av att uppnå bättre kontinuitet i kontakterna mellan patient och läkare.

Samtliga fyra landsting har som mål att erbjuda innevånarna stor valfrihet när det gäller val av vårdgivare, oberoende av geografisk tillhörighet. När det gäller valfrihet kan innevånarna själva välja en namngiven husläkare och påverka valet av andra kontakter i sjukvården. Valfriheten gäller även val av sjukhus, specialistläkare i öppen vård och privat vård. Det poängteras att en fast läkarkontakt är eftersträvarvärt.

Dimensioneringsfrågor

Konsultrapporten pekar vidare på att primärvårdens roll som basen i hälso- och sjukvården poängteras i olika dokument i de fyra landstingen. Planeringen av sjukvården präglas dock i stor utsträckning av det ekonomiska läget, vilket innebär att generella resursförstärkningar till vården inte är möjliga att genomföra. Planeringsarbetet fokuseras snarare på hur kostnadsneddragningar kan genomföras med så liten effekt på vårdens innehåll som möjligt.

Vad gäller organisationen av primärvården nämns också som mål att primärvårdsorganisationen skall utformas så att behovet av akutsjukvård minskas. Det innebär att det finns uttalade mål om att primärvårdens verksamhet skall öka i omfattning samtidigt som den sjukhusanknutna vårdens roll och omfattning skall minska. Vid presentationen av sådana mål finns dock inga konkreta planer på att föra över resurser i motsvarande mån. Eftersom målet med ett utökat ansvar för primärvården inte kombineras med en prioritering av resurser till primärvården förväntas samarbetet mellan vårdnivåer kunna

förbättras. Detta nämns som mål och även som en nödvändig förutsättning för att primärvården skall kunna klara av de mer omfattande åtagandena utan resurstillskott.

Mål som genomsyrar planeringen är att besöken i den sjukhusanknutna vården skall minska till förmån för en ökning av besöken i primärvården. Samtidigt som neddragningar görs av sjukhusens öppenvårdsverksamhet försöker man utveckla och förändra primärvårdens arbetssätt. Det innebär t.ex. att primärvårdens verksamhet i större utsträckning inriktas mot "tyngre" sjukdomsgrupper och mot rehabilitering och hemsjukvård. Dessa utökade uppgifter förväntas kunna utföras utan resurstillskott. Det konstateras att den ökade arbetsbördan innebär att primärvården kommer att behöva göra tydliga prioriteringar. Dessa prioriteringar preciseras dock ej. Det förekommer således inte så mycket diskussion i olika planeringsdokument om direkta överföringar av resurser från läns- och regionsjukvården till primärvården.

Dimensioneringsfrågor, som de kommer till uttryck i olika dokument, är i liten utsträckning relaterade till primärvårdens resurser i förhållande till övrig vård. Frågan om dimensionering är snarare relaterad till primärvårdens roll som vårdgivare i förhållande till sjukhusanknuten vård. Med det avses att det hittills har funnits problem med att få patienter att söka sig till "rätt" vårdnivå i bemärkelsen att primärvården inte har fått ge vård till de patienter som i stället sökt sig till t.ex. sjukhusens öppenvård. Frågan om dimensionering förefaller att diskuteras mer i termer verksamhetens omfattning än i termer av resurser.

Beslutsfattareshens syn på prioriteringar

Det är inte bara av intresse att studera vilken genomslagskraft mål får i olika dokument. Det kan också vara intressant att belysa hur beslutsfattare inom hälso- och sjukvården ser på olika val och på sitt inflytande över resursfördelningen. Valen inom sjukvården sker på ett flertal olika nivåer, men eftersom denna rapport avser resursfördelningsfrågor i stort finns det anledning att avgränsa sig till sådana övergripande prioriteringar. Några heltäckande undersökningar som belyser skillnader på prioriteringar och värderingar mellan samtliga landsting finns inte. Däremot finns studier som är avgränsade till ett urval av landsting. Nedan redovisas ett urval av sådana studier. Det har av resurs- och tidsskäl inte varit möjligt att analysera samtliga studier.

Institutet för hälso- och sjukvårdsekonomi (IHE) genomförde på uppdrag av Landstingsförbundet under slutet av år 1993 en enkätstudie som omfattade fem sjukvårdshuvudmän (Landstingsförbundet, 1994). Enkäten omfattade ett urval av politiker, administratörer och läkare. En del av analysen omfattade prioritering mellan olika verksamhetsområden inom hälso- och sjukvården. I en fråga ställdes ett tjugotal verksamhetsområden mot varandra, och respondenterna tillfrågades om de ville omfördela resurser mellan dessa områden eller om de ansåg att den nuvarande fördelningen var acceptabel. Förutsättningarna var att högst tre områden kunde väljas och för varje område som erhöll ökad resurstilldelning var man också tvungen att välja ett område som skulle erhålla minskad resurstilldelning. Frågan gällde

endast förändringar på marginalen, dvs. man kunde förespråka en neddragning inom ett visst område, men ändå mena att området bör vara högt prioriterat.

Resultaten framgår av tabell 5.3 (den vänstra delen). De områden där de flesta ville öka resurstilldelningen var geriatrik-rehabilitering, vård av psykiskt sjuka och vård av dementa. Primärvården låg på sjunde plats bland de utvalda grupperna, och det är värt att notera att något fler ville öka resurserna till akutsjukvård. De områden där man främst ville minska resurserna var konstgjord befruktning, idrottsskador och operationer mot närsynthet samt plastkirurgi. En relativt sett låg andel angav att de ville minska resurserna till primärvården.

Tabell 5.3 Prioriteringar i sjukvården enligt två undersökningar
Procent

	Studie av fem huvudmän		Studie av Bohuslandstinget	
	Områden som bör minska eller öka		Områden som bör minska eller ökas	
	Minska	Öka	Minska	Öka
Vård f. tid. födda	11	6	11	4
Vård psyksjuk.	3	37	2	26
Geriatric-rehab.	1	38	1	43
Njurdialys	2	14	1	1
Konstgj. befruktn.	56	2	53	2
Transpl. kirurgi	9	4	10	4
Kranskärlsop.	7	15	2	18
Info. t. riskgrupper	11	25	11	14
Höftledsoperationer	1	13	1	13
Starroperationer	2	11	1	9
Plastkirurgi	25	1	33	1
Hormonbehandling	12	3	11	2
Fosterdiagnostik	14	3	13	3
Mammografi	16	5	12	6
Närsynhetsop.	32	2	29	0
Gyn. hälsokontroll	5	4	4	5
Vård av dementa	1	35	1	27
Akutsjukvård	9	22	2	23
Idrottsskador	51	1	39	1
Mödrhälsovård	4	4	7	4
Barnhälsovård	3	8	2	11
Övrig primärvård	9	21	7	22
Förebyggande vård	19	27	-	-

Källor: Landstingsförbundet (1994) och IHE (1994).

Bland respondenterna angav 20 procent av politikerna att de ville öka resurserna till primärvården. Motsvarande siffror bland läkare och administratörer var 25 respektive 16 procent. Det förelåg betydande skillnader bland de sjukvårdshuvudmän som ingick i studien. Andelen som ville öka resurserna varierade mellan 10 och 31 procent, medan andelen som ville minska resurserna varierade mellan 4 och 12 procent.

Den andra studien som redovisas i tabell 5.3 genomfördes av IHE på uppdrag av Bohuslandstinget (IHE, 1994). Studien genomfördes under våren år 1993 och omfattade ett slumpvis urval av läkare, sjuksköterskor, administratörer och politiker. Resultaten överensstämmer i stort med studien av de fem sjukvårdshuvudmännen, även om enskilda avvikelser förekom. Drygt en femtedel ville öka resurserna till primärvården, medan 7 procent ville minska resurserna. 20 procent av läkarna, 16 procent av sjuksköterskorna, 30 procent av administratörerna och 29 procent av politikerna ville öka resurserna till primärvården. Motsvarande tal bland dessa grupper som ville minska resurserna var 12, 9, 5 och noll procent.

IHE (1993) genomförde under september år 1991 en enkätstudie som omfattade fyra sydsvenska sjukvårdsdistrikt. Denna studie begränsades till enbart politiker. Frågorna om resursfördelning var av liknande karaktär som de som redovisats ovan. Här angav 9 procent av politikerna att de ville öka resurserna till primärvården, medan 8 procent angav att de ville minska resurserna. Framför allt andelen som ville öka resurserna var mindre än i de två ovan redovisade studierna. Primärvårdens relativa position var dock ungefär densamma.

Det kan också vara av intresse att redovisa vilka som anser sig ha störst inflytande över resursfördelningen inom hälso- och sjukvården. I den ovan redovisade studien av fem sjukvårdshuvudmän tillfrågades respondenterna om vem som har och vem som bör ha störst inflytande över resursfördelningen (Landstingsförbundet, 1994). Respondenterna ombads ange de tre mest inflytelserika aktörgrupperna (tabell 5.4, svaren läses vertikalt). Den största andelen angav att centrala landstingspolitiker utövar störst inflytande, men en mycket stor andel angav även centrala administratörer. Samtliga grupper var överens om att centrala politiker (och även till stor del lokala politiker) borde ha ett större inflytande och att centrala administratörer borde ha ett mindre inflytande.

Tabell 5.4 Olika gruppers inflytande över resursfördelningen (tabellen läses vertikalt)
Procent

	Politiker		Administratörer		Läkare	
	Har störst inflytande	Bör ha större inflytande	Har störst inflytande	Bör ha större inflytande	Har störst inflytande	Bör ha större inflytande
Centrala politiker	85	82	87	80	86	64
Centrala adm.	72	27	67	24	68	28
Chefsöverläkare	47	42	40	49	35	74
Lokala politiker	36	78	37	67	35	42
Lokala adm.	23	23	26	36	26	29
Övriga	4	11	5	5	1	7

Källa: Landstingsförbundet (1994).

I studien av Bohuslandstinget ställdes en liknande fråga, eller ”Vilken grupp har störst inflytande över resursfördelningen inom ditt landsting?”. Resultaten var här något annorlunda (tabell 5.5). Läkare och administratörer ansåg att administratörerna hade det största inflytandet. Politiker och sjuksköterskor menade dock att det var politiker som hade det största inflytandet.

Tabell 5.5 Olika gruppers inflytande över resursfördelningen (läses vertikalt)
Procent

	Läkare	Sjuksköterskor	Administratörer	Politiker
Chefsöverläkare	1	4	10	2
Tjänstemän	50	16	42	29
Politiker	30	64	27	53
Fackföreningar	1	0	0	0
Övriga	9	3	5	7
Ej svar	9	13	15	10

Källa: IHE (1994).

I undersökningen ställdes också en fråga om vem som bör bestämma över resursfördelningen mellan länssjukvård, primärvård och hemsjukvård. Den största andelen ansåg att landstinget följt av lokala hälso- och sjukvårdsnämnder bör bestämma över resursfördelningen. Relativt små andelar angav att Socialstyrelsen, chefsöverläkare eller andra kombinationer borde bestämma. Det var främst politikerna som avvek i sina svar. En majoritet av dessa ansåg att besluten borde fattas inom de lokala hälso- och sjukvårdsnämnderna och till mindre del inom landstinget.

Avslutningsvis kan det också finnas anledning att kort beröra allmänhetens inställning till prioriteringar inom hälso- och sjukvården. På uppdrag av Prioriteringsutredningen tillfrågades ett slumpmässigt urval på 1 500 personer våren 1994 om sin inställning till prioriteringar (SOU 1995:5). De tillfrågade ombads bl.a. ange tre områden där inga besparingar fick göras. Vård

vid vårdcentraler rankades relativt högt, och det är värt att notera att den värderades högre än kroppssjukvård vid sjukhusens öppna mottagningar (tabell 5.6).

Tabell 5.6 Områden där inga besparingar får göras
Procent

Områden	Andel som uppgav att inga besparingar fick göras
Långtidssjukvård	61
Barnhälsovård	53
Kroppssjukvård som kräver sjukhusvård	52
Vård vid vårdcentraler	31
Psykiatrisk vård som kräver sjukhusvård	24
Kroppssjukvård vid sjukhusens öppna mottagningar	16
Mödrhälsovård	12
Förebyggande vård	12
Sjukvård i hemmet	7
Psykiatrisk vård vid sjukhusens öppna mottagningar	6

Källa: SOU 1995:5.

Beslutsunderlag

Hälso- och sjukvården är som framgått ovan fylld av val som innebär prioriteringar på ett antal olika nivåer. Beslutsfattare inom sjukvården ställs inför valsituationer där de måste prioritera. Enbart prioriteringar är dock inte tillräckligt. Resurser är alltid knappa och bör fördelas så effektivt som möjligt. Detta accentueras i en ekonomi där landstingens reala resurser minskar. Det väcker frågan om vilket beslutsunderlag sådana val baseras på.

Av konsultrapporten framgår att den återkommande (reguljära) rapporteringen i de fyra landstingen har ungefär samma utformning. De vanligaste dokumenten för rapportering och uppföljning är årsrapport, delårsrapporter och månadsrapporter. I årsrapporten görs vanligtvis en samlad uppföljning av verksamheten inklusive ekonomi och personal. Syftet är oftast att göra en samlad och total avstämning och analys gentemot landstings- och verksamhetsplaner. I och med att kraven på ekonomisk balans blivit starkare (se kapitel 3) betonas också kravet på delårsrapporter. Rapportering och uppföljning av ekonomiska parametrar förekommer således frekvent över året. I bilagan sägs dock att det är svårt att bedöma om den här typen av uppföljning har tillräcklig precision och vilken påverkan den har på möjligheterna till kostnadskontroll.

Den övriga uppföljningen är i stor utsträckning fokuserad på traditionella produktionsmått som antal vård dagar, vårdtillfällen, läkarbesök etc. Det förekommer emellertid olika försök att följa upp verksamheten på andra sätt. Ett exempel är det samarbete som pågår mellan ett antal landsting (nyckeltalssamarbetet) där man söker utveckla olika nyckeltal för att mäta och jämföra hälso- och sjukvården. Det förekommer också i varierande omfattning uppföljning och analys av olika kvalitetsmått, t.ex. patientupplevd kvalitet

och väntetider. Att arbeta med kvalitetsfrågor är något som flera av landstingen gett hög prioritet.

Uppföljning av produktivitet förekommer i varierande omfattning. Metoder och ansatser är dock förhållandevis enkla.

Olika former av effektivitetsmätningar är mycket sällsynta. Orsaken till detta är främst att de nuvarande redovisningssystemen inte möjliggör uppföljning av sådana frågeställningar. För att sådana uppföljningar skall kunna göras löpande krävs relevanta mått som belyser vårdens effekter. Det är också önskvärt att kostnaderna skall kunna följas patientvis för att kunna följa upp och bedöma behandlingar och olika insatsers kostnadseffektivitet.

5.3 Resursfördelningssystem och andra styrinstrument²²

För att det skall vara möjligt att prioritera krävs också tillgång till olika former av styrinstrument eller ersättningssystem. Effekterna av dessa varierar och kan antas påverka både möjligheten att prioritera och incitamentsstrukturen.

I den svenska sjukvården har budgetbaserad ersättning under en lång tid varit det traditionella sättet att fördela resurser inom landstingen. Fastställande av mål och planeringsarbete har också varit nära knutet till budgetarbetet i landstingen. Detta innebär att (utfallet av) budgetprocessen av naturliga skäl är central för vilka resurser som primärvården kommer att ha till förfogande. Även om en stram ekonomi inte tillåter ökade anslag till alla verksamheter så finns det ändå förutsättningar för beslutsfattare på central nivå att påverka primärvårdens resurser genom prioritering. Då den svenska sjukvården i stor utsträckning är en offentligt finansierad och politiskt styrd verksamhet innebär det t.ex. att det inom respektive landsting – åtminstone principiellt – finns stora möjligheter att påverka storleken på resurstilldelningen till olika delar av sjukvården. Detta torde gälla speciellt då traditionell anslagsfinansiering, eller budgettilldelning, tillämpas både centralt och ner till t.ex. vårdcentralsnivå.

I realiteten är det dock inte självklart i vilken utsträckning politikerna har en reell makt att bestämma fördelningen av resurser mellan olika verksamheter. Som framgått av avsnitt 5.2 så har även administratörer, verksamhetschefer etc. ett mer eller mindre stort inflytande över fördelningsprocessen. Detta hänger också samman med att ansvaret för resursfördelningen har decentraliserats alltmer. Att budgetstyrning i sig gör det möjligt för t.ex. politiker på central nivå att omfördela mellan olika verksamheter innebär förstås inte att det är enkelt att göra sådana omfördelningar i praktiken. Då fördelningsprocessen ofta utgår från föregående års budget, samtidigt som försök att omfördela med befintliga resurser kan möta stort motstånd från olika parter, kan makten över resursfördelningen i praktiken vara liten.

Vad som ändå verkar rimligt är att graden av komplexitet i resursfördelningssystemet står i proportion till möjligheterna att göra direkta omfördelningar mellan olika verksamhetsområden. Om fördelningen av resurser består av flera olika delar som kapitations-, besöks- och anslagsersättningar, så

²² Avsnittet bygger på konsultrapporten.

blir möjligheterna mindre för t.ex. politiker på central nivå att bestämma resursnivån för en viss verksamhet.

Under 1990-talet har sättet att fördela resurser – såväl som ansvar – blivit mer mångfasetterat då landstingens organisation har decentraliserats och nya former av ersättningar (t.ex. prestationsbaserad ersättning) har tillämpats, t.ex. i samband med införandet av beställar- och utförarmodeller i vissa landsting. Förutom anslags- eller budgetersättning finns således ett antal olika former för fördelning av resurser inom ett landsting, t.ex. kapitation (eller populationsbaserad budget) och olika former av prestationsersättning.

Införandet av husläkarsystem har inneburit att alternativa ersättningsformer som kapitation och ersättning per besök har tillämpats även inom primärvården. Vid en strikt prestationsbaserad ersättning blir möjligheterna att påverka storleken på den totala resurstilldelningen för enskilda delar av sjukvården (t.ex. länssjukvård, primärvård etc.) mindre eftersom sjukhusens och vårdcentralernas intäkter (eller resurser) bestäms av hur mycket vårdtjänster som produceras. I sådant fall måste prioriteringar komma till uttryck genom prissättningen av olika verksamheters vårdtjänster.

Valet av ersättningssystem påverkar dock inte bara möjligheterna att göra prioriteringar mellan olika vårdnivåer eller vårdområden. Utformningen av ersättningssystem påverkar också incitamenten för vårdgivarna såväl som kontrollmöjligheterna för den part som har till uppgift att ”beställa” vårdtjänsterna. Exempelvis framhålls ofta att anslagsfinansiering (eller budgetallokering) har den fördelen att den underlättar kostnadskontroll, dock till priset av att incitamenten för en hög produktivitet blir svaga. För prestationsersättning gäller då i princip det omvända, dvs. att incitamenten till att utföra en stor volym prestationer med givna resurser blir starka samtidigt som beställaren, eller köparen av vården, kan få svårt att kontrollera totalkostnaderna. Incitamenteffekten är rimligtvis starkast då den når långt ned i organisationen, t.ex. om den enskilde läkarens (eller övrig personals) ekonomi påverkas. I den offentligt producerade vården har dock införandet av alternativa ersättningssystem inte påverkat ersättningen till den enskilde läkaren som vanligtvis har en fast månadslön.

Av konsultrapporten framgår att alla fyra landstingen använder någon form av befolkningsbaserad resursfördelningsmodell som grund för att allokera resurser till primärvården. Efter upphävandet av husläkarsystemet förefaller landstingen i större utsträckning att fokusera på olika modeller med befolkningsansvar och budgetar som ersättningsform. Detta anses som ett försök att eftersträva en så stor rättvisa som möjligt i resursfördelningen mellan olika sjukvårdsområden så att detta avspeglar det förväntade vårdbehovet. Fördelningen av resurser mellan primärvård och annan vård förefaller däremot inte att vara föremål för konkreta prioriteringsdiskussioner.

Det finns vissa skillnader i vilka kostnader som systemen skall täcka. I vissa fall är fortfarande vissa delar av karaktären ”fria nyttigheter”, t.ex. lokalkostnader och medicinsk service. Utvecklingen går emellertid mot att i princip alla kostnader skall täckas med de direkta ersättningar som primärvården erhåller.

Det förekommer i begränsad omfattning olika former av stimulansersättningar som är kopplade till hur resurserna fördelas. I ett landsting får 30

procent av eventuella överskott behållas i respektive nämnd för t.ex. personalutveckling om verksamheten bedrivits i sådan omfattning som budgeten avsett. Samtidigt gäller att 30 procent av eventuella underskott skall balanseras över till nästkommande år. I ett annat landsting kan 2 procent av primärvårdsbudgeten utnyttjas för vissa ändamål om de angivna målen uppfylls.

I konsultrapporten ges exempel på ersättningssystem som kan ha påverkat primärvårdens omfattning. Exemplet avser ett system där husläkare i princip har haft fast ersättning, medan både privat och offentlig specialistvård ersatts per prestation. Detta kan ha lett till att vårdgivare som ersatts per prestation haft incitament att ha en hög besöksvolym, medan vårdgivare med fast ersättning (husläkare) haft incitament att hålla en låg besöksvolym, alternativt remittera vidare till andra vårdgivare.

5.4 Sammanfattning

Sammanfattningsvis visar kapitlet följande:

- Primärvårdens resurser varierar relativt kraftigt mellan sjukvårdshuvudmännen. Det gäller både kostnader och läkartäthet.
- Något entydigt mönster som kan förklara dessa skillnader är svårt att finna. Sambandet mellan t.ex. läkartäthet och resurstillgång är måttligt. Höga primärvårdskostnader kan således också förklaras av t.ex. en satsning på andra personalgrupper än läkare eller höga lokalkostnader. På motsvarande sätt kan relativt låga kostnader för primärvården vara koncentrerade till läkare. Kostnadsvariationerna tyder dock på att primärvården har olika resursförutsättningar, men kan också bero på skillnader i kostnadseffektivitet. I konsultrapporten pekas på några ytterligare eller kompletterande förklaringar. En möjlig förklaring till variationer i resurser kan vara att behoven eller efterfrågan på primärvårdstjänster skiljer sig mellan geografiska områden. En annan kan vara att utbudet av alternativ till primärvården (t.ex. privata specialister) skiljer sig åt mellan huvudmännen.
- Till viss del kan de stora skillnaderna mellan huvudmännen sannolikt också förklaras av att olika redovisningsprinciper tillämpas och att hem-sjukvården i vissa län förts över till primärkommunerna. En annan förklaring kan vara att viljan eller förmågan att prioritera primärvården skiljer sig åt mellan huvudmän och olika beslutsfattare.
- Analysen av de fyra landstingen tyder inte på några skillnader vad gäller viljan att prioritera. Målformuleringarna i de fyra analyserade landstingen överensstämmer med dem som anges i HSL, propositioner och utskotts-betänkanden.
- Mål som genomsyrar planeringen är att besöken i den sjukhusanknutna vården skall minska till förmån för en ökning av besöken i primärvården. Samtidigt som neddragningar görs av sjukhusens öppenvårdsverksamhet försöker man utveckla och förändra primärvårdens arbetssätt. Det innebär

t.ex. att primärvårdens verksamhet i större utsträckning inriktas mot "tyngre" sjukdomsgrupper och mot rehabilitering och hemsjukvård. Dessa utökade uppgifter förväntas kunna utföras utan resurstillskott. Dessa prioriteringar preciseras dock ej. Det förekommer således inte så mycket diskussion i olika planeringsdokument om direkta överföringar av resurser från läns- och regionsjukvården till primärvården.

- Studier av beslutsfattare inom sjukvården tyder på att primärvården är relativt högt prioriterad, men det finns ett antal områden som har högre prioritet. Det tycks också föreligga skillnader vad gäller primärvårdens prioritering mellan det begränsade antal sjukvårdshuvudmän som ingår i dessa studier.
- Studierna pekar på att politiker har störst inflytande över resursfördelningen men även att centrala administratörer har en mycket stark position. Beslutsfattarna förefaller dock överens om att politiker borde ha ett större inflytande och att centrala administratörer borde ha ett mindre inflytande.
- De beslutsunderlag som ligger till grund för prioriteringar är mindre sofistikerade. Rapportering och uppföljning är i stor utsträckning fokuserade på den ekonomiska redovisningen. Det är dock svårt att bedöma om den här typen av uppföljning har tillräcklig precision och vilken påverkan den har på möjligheterna till kostnadskontroll. Den övriga uppföljningen är i stor utsträckning inriktad på traditionella produktionsmått som antal vård dagar, vårdtillfällen, läkarbesök etc. Det förekommer också uppföljning och analys av olika kvalitetsmått, t.ex. patientupplevd kvalitet och väntetider. Olika former av effektivitetsmätningar är mycket sällsynta.
- Det finns också anledning att anta att utformningen av olika styrmekanismer eller ersättningssystem kan påverka möjligheterna att prioritera mellan olika verksamhetsformer. Graden av komplexitet i resursfördelningssystemet står i proportion till möjligheterna att göra direkta omfördelningar mellan olika verksamhetsområden. Om fördelningen av resurser består av av flera olika delar som kapitations-, besöks- och anslagserättningar, så blir möjligheterna mindre för t.ex. politiker på central nivå att bestämma resursnivån för en viss verksamhet. Valet av ersättningssystem påverkar dock inte enbart möjligheterna att göra prioriteringar, utan också incitamenten för vårdgivarna och kontrollmöjligheterna för den part som har till uppgift att "beställa" vårdtjänsterna.

6 Några styrinstrument i landstingen

1998/99:RR2
Bilaga

Det finns som framgått av tidigare kapitel förmodligen ett flertal orsaker till att läkarresurserna i primärvården ständigt varit underdimensionerade och att en förhållandevis låg andel av sjukvårdsbudgetarna satsats på primärvård. Det kan t.ex. vara en allmän ovilja att bygga ut primärvården, en oförmåga att prioritera inom ramen för befintliga resurser (och tidigare ständigt växande resurser) samt de ekonomiska restriktioner som förelegat under ett antal år.

En annan orsak kan vara perversa styrinstrument och små inslag av ekonomiska incitament. Om vi tills vidare bortser från statliga styrinstrument (behandlas mer i detalj i kapitel 7) så har sjukvårdshuvudmännen betydande möjligheter att påverka inriktningen eftersom de är ansvariga för planeringen och verkställandet av sjukvården. I kapitel 5 har ersättningssystemens påverkan på möjligheterna att göra prioriteringar diskuterats. Dessa system och andra instrument kan också i varierande grad påverka incitamentsstrukturen och på marginalen få icke obetydliga effekter. Inslag av mer eller mindre marknadsanpassade instrument kan t.ex. påverka utbudet av läkare och patientströmmarna mellan primärvård och andra grenar av sjukvården. Det kan därför vara av intresse att diskutera styrinstrumenten i termer av sådana effekter. I kapitlet förs en diskussion om hur olika styrinstrument påverkat och kan tänkas påverka utbud och efterfrågan av primärvård. Här bortses således från att styrinstrumenten kan påverka möjligheterna att prioritera. Detta har redan diskuterats i kapitel 5.

Inledningsvis i avsnitt 6.1 redovisas några instrument som kan tänkas påverka utbudet av läkare. Det är olika former av ersättningssystem och lönebildning. I avsnitt 6.2 diskuteras instrument som kan antas påverka patientflödena. I huvudsak rör det remisser och patientavgifter. Avsnitt 6.3 innehåller en översiktlig diskussion om några andra styrinstrument. Avslutningsvis i avsnitt 6.4 sammanfattas kapitlet.

6.1 Styrinstrument som kan påverka utbudet av läkare

Det finns antagligen ett flertal olika faktorer som kan påverka utbudet av läkare och inriktningen av deras specialisering. Staten förfogar över betydelsefulla instrument som t.ex. utbildningssystemet (redovisas i kapitel 8). Landstingen har emellertid andra typer av variabler till sitt förfogande som i viss utsträckning kan antas styra inriktning och val. Det är främst fråga om lönebildning och ersättningssystem.

Ersättningssystem

Ersättningen till läkare kan utgå efter ett flertal olika principer. I huvudsak går det att urskilja fyra olika former (flera av dessa är dessutom möjliga att kombinera):

- Fast ersättning, t.ex. månadslön.
- Prestationsersättning.

- Kapitation (per ansluten individ).
- Speciellt förhandlad ersättning.

Normalt kan man anta att läkarnas beteenden påverkas av ersättnings- och/eller taxekonstruktionen, både i önskvärd och icke önskvärd riktning. Exempelvis kan en renodlad prestationsersättning leda till en produktivitetsoökning, men också till försämrade vårdkvalitet och överkonsumtion av vård. Ersättning efter budget (t.ex. månadslön) ger goda förutsättningar för t.ex. kostnadskontroll, men små incitament att höja produktiviteten.

Det finns också anledning att anta att ersättningssystemens utformning kan påverka utbudet av läkare. Åtminstone skulle detta kunna gälla valet av specialiseringsriktning efter legitimation och/eller byte av specialiseringsriktning i ett senare skede. Husläkarreformen och dess ekonomiska ersättningssystem är ett exempel på att så kan vara fallet. Reformens ersättningssystem bestod av två delar. Den första och dominerande delen var en fast ersättning per individ som en husläkare åtagit sig att ha ansvaret för. Den andra delen utgick i form av ersättning per besök. Tillsammans med olika utbildningsinsatser och införandet av etableringsfrihet finns det mycket som tyder på att ersättningens utformning ökade intresset för att arbeta i primärvården eller motsvarande. Systemet med primärvård som bedrevs i egen regi i den offentliga sektorn blev dock någon form av hybrid. Läkarna var fortfarande anställda med månadslön, men ersättningen till vårdcentralen eller motsvarande utgick i form av kapitations- och prestationsersättning. Kopplingen till den enskilde läkaren var således låg eller obefintlig. Detta är dock fortfarande en vanlig ersättningsform till vårdcentralerna (fördelen är väl närmast att konstruktionen inte snedvrider konkurrensen mellan privata och offentliga vårdgivare).

I Sverige tillämpas numera i huvudsak månadslön för offentligt anställda läkare och olika former av prestationsersättningar för privat verksam läkare (det finns också inslag av kapitationsersättning för privata husläkare). Om vi fortsättningsvis koncentrerar oss på den senare gruppen, regleras privatpraktiserande läkares möjligheter att etablera sig och bedriva verksamhet med offentlig finansiering i lagen (1993:1651) om läkarvårdsersättning (tillämpningsföreskrifter anges i förordningen (1994:1121) om läkarvårdsersättning). Det finns två typer av möjliga avtal: samverkansavtal och vårdavtal. Samverkansavtal innebär i stort sett att den privata vårdgivaren kommer överens med huvudmannen att få bedriva verksamhet med ersättning enligt nationellt fastställda bestämmelser. Vårdavtal innebär att parterna själva kommer överens om verksamhetsinriktning, ersättningar, åtaganden etc. Etableringsfrihet råder dock inte, utan om det inte anses föreligga ett behov av den privata vårdgivarens insatser kan landstinget vägra teckna samverkansavtal eller vårdavtal.

Ersättningssystemet i den nationella taxan är prestationsrelaterat och relativt komplicerat. I grova drag kan vårdgivaren debitera huvudmannen utifrån tre arvodesnivåer. Enkelt arvode för enkla åtgärder, normalt arvode som skall tillämpas för flertalet behandlingar och ett särskilt arvode för mer omfattande åtgärder. Det finns även s.k. ersättningstak för vårdgivarna som anger hur mycket läkarvårdsersättning som utbetalas under ett kalenderår. När vårdgi-

varen når upp till ersättningstaket lämnas därefter reducerade belopp upp till nästa tak. När även detta tak uppnåtts utgår endast patientavgift för återstoden av besöken under året.

Kritik har riktats mot att specialistläkartaxan styr mot fel vårdnivå. Enligt Delegationen för samverkan mellan offentlig och privat hälso- och sjukvård stimulerar dagens taxekonstruktion till enklare insatser, som kan klaras av primärvården, i stället för åtgärder som verkligen kräver specialistens särskilda kompetens (SOU 1996:175). Det särskilda arvodet anses för lågt och alltför få kvalificerade åtgärder är prissatta, medan de enklare åtgärderna ger en för generös ersättning. Fr.o.m. år 1997 har även de särskilda åtgärderna förts in under taket i taxan, och detta anses ytterligare förstärka den snedvridande profilen (inför fastställandet av taxan för år 1998 har man gjort en översyn av den relativa värderingen av de särskilda åtgärderna och dessa åtgärder har justerats).

Samtidigt har huvudmännen möjlighet att förbättra incitamentsstrukturen genom att frångå den nationella taxan och sluta vårdavtal med vårdgivaren. Enligt Delegationen för samverkan mellan offentlig och privat hälso- och sjukvård finns exempel på vårdavtal där man löst problemen på ett framgångsrikt sätt. Det var dock fråga om endast ett par fall under år 1996 (SOU 1996:175).

Enligt propositionen (1994/95:195) om primärvård, privata vårdgivare m.m. skall den ersättning som lämnas till privatpraktiserande läkare inom primärvården regleras i vårdavtal.²³ Det finns dock för närvarande ingen information om hur vårdavtalen generellt sett är konstruerade. Några olika lösningar har presenterats vid kansliets besök i landstingen. Huruvida dessa ökar attraktionskraften till primärvården är svårt att bedöma. Ett inslag är olika typer av kapitationsersättningar. Därmed fås kostnadskontroll och vissa inslag av ekonomiska incitament. Oberoende av detta har landstingen själva en stor möjlighet att göra det mer eller mindre attraktivt för privata verksamheter att arbeta i primärvården.

Lönebildning

Det kan vara mer problematiskt att kombinera eller införa olika ersättnings-system inom huvudmännens egen verksamhet som domineras av gruppen fast anställda. En alternativ möjlighet rör därför lönebildningen för huvudmännens anställda.

En väl fungerande lönebildning skall fullgöra flera olika funktioner, som i sig kan vara motstridiga. Exempel som ofta diskuteras är att lönerna skall främja en hög sysselsättningsnivå, upplevas som rättvisa, ge en jämn inkomstfördelning, påverka allokeringen av arbetskraft och påverka utbildningsval.

Någon lönestruktur som på ett tillfredsställande sätt klarar alla dessa uppgifter finns inte. En uppgift förtjänas dock att lyftas fram i detta sammanhang. Det är att lönerna har en mycket viktig uppgift för att ge impulser till

²³ De privatpraktiserande läkare som var verksamma som husläkare i samband med husläkarreformens avskaffande kunde välja att få ersättning enligt den nationella taxan om överenskommelse om vårdavtal inte kunde slutas.

omfördelning av arbetskraften. Löneskillnaderna skapar incitament för människor att frivilligt söka sig till ett yrke eller välja en utbildning där efterfrågan är hög. Relativlönerna är således viktiga, och lönerna kan sägas utgöra ett instrument som kan utnyttjas för att påverka resursfördelningen. Tillåts inte lönerna anpassa sig till marknadsförhållandena uppkommer obalanser i form av arbetslöshet eller arbetskraftsbrist. Olika former av regleringssystem har inte några påtagliga möjligheter att ersätta lönebildningen i detta avseende.

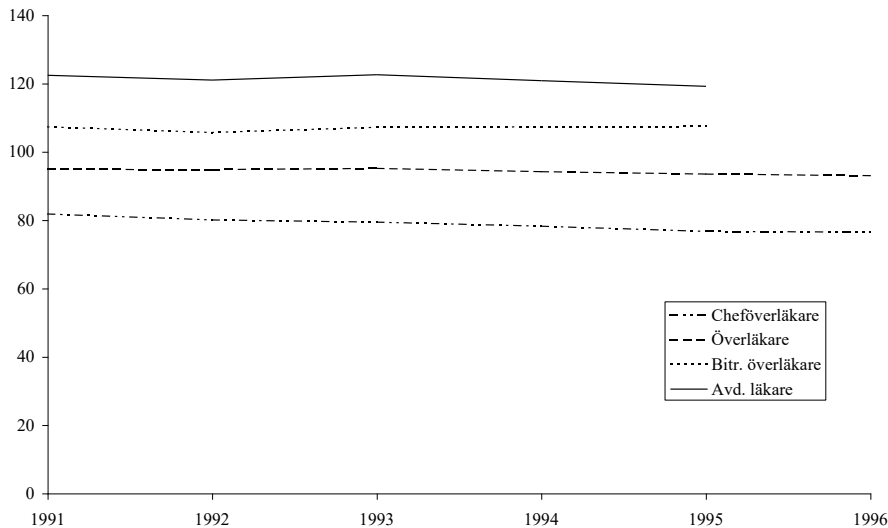
Som framgått ovan förekommer olika former av incitament i lönebildningen eller snarare sagt ersättningssystemen för läkare. Dessa avser dock i huvudsak privat verksamma läkare. Merparten av läkarna, dvs. de offentligt anställda, har och hade även under husläkarperioden månadslön.

Lönebildningen i landstingen har genomgått stora förändringar under senare år. Löneplanerna har slopats och individuell och differentierad lönesättning har införts för tjänstemannagrupperna. Landstingen har därmed fått ökade möjligheter att premiera t.ex. individuell skicklighet, kompetensutveckling och ansvarstagande. Möjligheterna att premiera vissa yrkesgrupper bör rimligtvis också ha ökat.

I praktiken förhandlar Sveriges läkarförbund fram en lägsta ram med Landstingsförbundet. I den förekommer inga prioriteringar av läkare med olika specialinriktningar (sådana prioriteringar gjordes dock i slutet av 1960-talet när primärvården byggdes upp och lönerna var löneplansbaserade). De reella förhandlingarna genomförs sedan lokalt mellan respektive landsting och de lokala fackföreningarna. På denna nivå kan det rent teoretiskt bli tal om eventuella riktade insatser mot vissa yrkesgrupper. Några sådana förekommer inte i praktiken, åtminstone inte vad gäller läkare. Vid den senaste avtalsrörelsen för år 1995 och år 1996 fick landstingen möjlighet att anpassa lönerna till den lokala/regionala arbetsmarknaden. En halv procent av lönesumman avsattes till ett utrymme som arbetsgivaren ensidigt kunde förfoga över. Någon speciell satsning på t.ex. allmänläkare förekom inte.

Landstingsförbundets lönestatistik pekar också på att det inte skett några förändringar av relativlönerna. Som framgår av figur 6.1 har relativlönerna för olika kategorier av läkare i det närmaste varit oförändrade. En distriktsläkares lönerelation till andra kategorier av läkare var i princip densamma år 1991 som år 1996. Det bör dock betonas att distriktsläkare relativt snabbt når en sluttjänst och därmed snabbt får en relativt hög lön. Läkare inom läns- och regionsjukvård måste göra karriär och det tar därmed längre tid till slutlön. Slutsatsen är dock att lönebildningen generellt sett inte tycks utnyttjas för att påverka allokeringen av läkarresurser.

Figur 6.1 Löneutveckling för distriktsläkare i förhållande till några andra kategorier av läkare (medellöner)
Procent



Källor: Landstingsförbundets lönestatistik och egna beräkningar.

Det har emellertid funnits lokala inslag av relativlöneförskjutningar där lönen utnyttjats som rekryteringsinstrument. Detta har enbart avsett begränsade geografiska områden och inte skett för att påverka kåren av allmänläkare i stort. I Jämtlands läns landsting försökte man under slutet av 1980-talet stimulera primärvårdsläkare att söka sig till utpräglade glesbygdskommuner. För sådana tjänster utgick ett lönepåslag på 10 000 kr per månad (denna skillnad försökte man bibehålla vid senare löneförhandlingar och individen fick dessutom behålla denna relativlöneförmån vid byte av tjänst). Totalt rekryterades 3–4 läkare. Detta innebar att ca 10 000 personer fick tillgång till allmänläkare, vilket på marginalen inte kan ha varit oväsentligt i ett län av Jämtlands befolkningsmässiga storlek. Numera tillämpas en något lägre grad av lönedifferentiering. Läkare som söker sig till enläkarstationer i glesbygd erbjuds ett lönepåslag på 5 000–6 000 kr per månad. Systemet upplevs numera som mer framgångsrikt än under 1980-talet. En orsak kan vara att allmänläkarkåren har ökat i omfattning och att arbetslösheten bland läkare stigit.

6.2 Styrinstrument som kan påverka patientströmmar

Sjukvårdshuvudmännen har även ett flertal olika instrument till sitt förfogande när det gäller att styra patientströmmar till vad som anses vara en lämplig vårdnivå. De viktigaste är patientavgifter och remissförfarandet.

Inom den öppna hälso- och sjukvården betalar patienten patientavgifter vid besök och avgifter för läkemedel. Dessa avgifter är förknippade med ett s.k. högkostnadsskydd. Från och med 1997 har det tidigare gemensamma högkostnadsskyddet för öppen sjukvård och läkemedel delats upp på två separata högkostnadsskydd.

Från och med år 1997 är egenkostnadstaket för patientavgifter för läkarvård och sjukvårdande behandling i den öppna sjukvården fastställt till högst 900 kr per år (tidigare 1 500 kr per år). Högkostnadstaket regleras av staten, men landstinget avgör själv avgiftsnivåer och den närmare utformningen av skyddet.

För läkemedel beror kostnaden på hur stora samlade läkemedelsinköp konsumenten gör under en tolv månadersperiod. Den del av kostnaden konsumenten betalar sjunker successivt med ökade läkemedelsinköp och är begränsad till högst 1 300 kr under en tolv månadersperiod.

Patientavgiften kan sägas ha två huvudfunktioner. För det första utgör den en finansieringskälla för huvudmännen. Patientavgifterna spelar dock en relativt blygsam roll för huvudmännens ekonomi. För det andra utgör avgiften en möjlighet att styra sjukvårdskonsumtionen. Avgiften innebär att efterfrågan stäms av mot andra konsumtionsmöjligheter och avgiftsskillnader kan styra valet av vårdnivå.

Sjukvårdshuvudmännen har som framgått ovan själva möjlighet att bestämma nivån på patientavgiften och t.ex. differentiera den efter olika vårdnivåer. Denna möjlighet infördes år 1991 och motiven för avregleringen var just att den skulle leda till en avgiftsdifferentiering som skulle medge ett effektivare utnyttjande av hälso- och sjukvårdens organisation och resurser (Landstingsförbundet, 1993b). Successivt har denna möjlighet i stor utsträckning utnyttjats för differentiering mellan primärvård och länsjukvård och tillämpas numera av samtliga huvudmän utom två. Patientavgiften för läkarbesök inom primärvården varierade år 1997 från 60 till 140 kr. För besök hos specialistläkare varierade avgiften mellan 100 och 260 kr. Den största differentieringen förelåg i Kristianstads och Malmöhus län där ett primärvårdsbesök kostade 60 kr och ett specialistbesök 260 kr. I Värmlands län kostade däremot bägge typerna av besök 100 kr (Socialstyrelsen, 1997).

I Söderström (1991) redovisas ett antal internationella studier över hur patientavgifter påverkar efterfrågan. Ett genomgående drag tycks vara att patientavgifter har en efterfrågedämpande effekt. När det gäller efterfrågan på primärvård, läkemedel och tandvård pekar resultaten på att konsumtionen ungefär fördubblas vid 0-taxa jämfört med att patienten själv betalar hela kostnaden. I den slutna vården är priset effekten svagare. Några studier om hur differentierade avgifter mellan primärvård och övrig öppen vård påverkar efterfrågan redovisas däremot inte.²⁴

Det finns emellertid ett flertal lokala analyser av effekter av differentierade patientavgifter i Sverige. Resultaten tyder på att avgiftsdifferentiering kan påverka patientens val av vårdnivå, men studierna är samtidigt inte av den

²⁴ Spri har påbörjat en litteraturstudie om patientavgifternas betydelse för sjukvårdsefterfrågan. Resultaten förväntas dock föreligga först under våren år 1998.

kvaliteten att det är möjligt att isolera differentieringens verkan från andra faktorer som kan påverka vårdsökandet.

Möjligheterna att differentiera avgifterna är dessutom inte så stora i praktiken. En restriktion för huvudmännens manöverutrymme är taket på högkostnadsskyddet som i princip sätter gränser för hur många besök som en differentierad avgift kan omfatta. Har väl egenkostnadstaket uppnåtts har differentieringen spelat ut sin roll för det år som är aktuellt. Ju lägre taket sätts, desto snabbare går denna process (förutom att styrningsmomentet bortfaller, ökar sannolikt också sjukvårds konsumtionen). Möjligheterna att påverka patientströmmarna via avgifter kommer att reduceras ytterligare genom att patientavgifterna för barn och ungdomar upp t.o.m. 19 år avskaffas fr.o.m. den 1 januari 1998.

Det kan också nämnas att det före år 1970 fanns andra inslag av incitament inbyggda i avgifterna. År 1970 infördes en av staten fastställd vårdavgift (den s.k. sjukronorsreformen) och sjukhusläkarna fick reglerad arbetstid och fast inkomst. Offentligt anställda läkarnas rätt att i tjänsten ta särskild ersättning från patienterna avskaffades därmed, dvs. inslagen av prestationsersättning eliminerades.

Remisser

Remisser kan sägas utgöra ett instrument för att styra patienter till t.ex. rätt specialist och klinik, men även till den vårdnivå som anses effektivast. Sjukvårdshuvudmännen beslutar själva om remissförfarande i den egna organisationen. Enligt lagen (1993:1651) om läkarvårdsersättning gäller dock att om det krävs remiss för viss vård hos en specialist inom landstinget, gäller det kravet även för läkare i privat verksamhet med samma specialiteter. Från och med den 1 januari 1998 gäller dock inte det sistnämnda kravet privat läkarvård inom specialistkompetenserna barnmedicin, gynekologi eller psykiatri (prop. 1996/97:123, bet. 1996/97:SoU17). Detta innebär att även om huvudmännen kräver remiss till dessa specialiteter inom den offentligt bedrivna vården så kan de inte införa remisskrav för motsvarande specialiteter med ersättning enligt lagen om läkarvårdsersättning.

Remissförfarandet i Sverige har i huvudsak använts i samband med att patienter behövt sluten vård och då som ett instrument för att styra till rätt specialist och klinik. Det har i mindre utsträckning använts för att försöka styra vårdsökandet, dvs. att försöka styra patienten till rätt vårdnivå eller lägsta effektiva nivå för omhändertagande. Patientströmmarna har man som framgått ovan i stället försökt styra genom att differentiera patientavgifterna.

Merparten av huvudmännen har inte formellt sett krav på remiss för besök i den öppna vården vid sjukhusen och därmed inte heller hos privata specialister. Enligt ett delbetänkande från delegationen för samverkan mellan offentlig och privat hälso- och sjukvård hade fem sjukvårdshuvudmän infört remisskrav för specialistvård hösten 1996 (barnsjukvård, psykiatri och gynekologi var oftast undantagna). Ytterligare tre huvudmän hade beslutat att införa krav på remiss fr.o.m. den 1 januari år 1997 (SOU 1996:175).

Effekterna av remisser är omdebatterade och några säkra empiriska belägg för eventuella styreffekter finns inte. I ett par av de landsting som revisorer-

nas kansli besökt har remisskrav införts med bl.a. det uttryckliga syftet att styra patientströmmarna. De analyser som genomförts är dock inte av den karaktären att det är möjligt att isolera remisskravet från andra variabler som kan tänkas påverka patientströmmarna. I något landsting konstateras att volymen läkarbesök vid sjukhusens öppenvårdsmottagningar har minskat i större utsträckning än läkarbesöken i primärvården (dock med hänvisning till att också andra faktorer kan ha påverkat resultatet).

Delegationen för samverkan mellan offentlig och privat hälso- och sjukvård genomförde under hösten 1996 en enkätundersökning för att analysera effekterna av de remisskrav som införts (SOU 1996:175). Även om undersökningen är av begränsad karaktär är en generell slutsats att kravet på remiss i sig styr till den offentliga vårdproduktionen. Andelen patienter inom primärvården som remitterades till specialistläkare skilde sig inte nämnvärt i landsting med eller utan remisskrav; 8 respektive 7 procent. Någon förändring av väntetiderna till läkare kunde generellt sett inte noteras med undantag för de privata läkare där remisskrav införts. För denna grupp ökade väntetiderna. Privata läkare verksamma i landsting med remisskrav tog emot och behandlade färre patienter under 1996, vilket också var ett uttalat syfte med att införa remisskrav. En allmän bedömning av verksamma i landsting med remisskrav var att andelen vårdkrävande patienter ökat i primärvården sedan remisskravet införts.

En undersökning av Socialstyrelsen (1997c) pekar på att remissen endast i begränsad utsträckning styr det faktiska flödet av patienter från primärvård till specialistvård. Återkopplingen av information till primärvården genom remissvar etc. fungerar mindre väl. Det finns också en bristande samsyn inom och mellan grupperna allmänläkare och specialistläkare när det gäller bedömning av lämplig vårdnivå och indikation för utfärdande av remiss. Detta behöver dock inte innebära att det nödvändigtvis är fel på själva remissfunktionen i sig utan problemen kan lika gärna orsakas av bristande kommunikation mellan olika vårdnivåer.

Samtidigt hävdas bl.a. i ett delbetänkande från HSU 2000 att det formella remisskravet delvis saknar betydelse. Av betänkandet framgår att även landsting utan formella krav på remiss i praktiken har krav på remiss för att patienten skall få tillgång till vård på sjukhusens specialistmottagningar (SOU 1997:154). Sjukhusmottagningarna har ett tryck på sig att så långt möjligt begränsa antalet besök i öppen vård totalt sett och därför vara restriktiva också med nybesök och i huvudsak ta emot patienter endast på remiss. I praktiken är det i det närmaste omöjligt för patienter som inte har remiss att få komma på nybesök på en sådan mottagning. Det är däremot mycket vanligt att specialistmottagningar utanför sjukhusen tar emot nybesök utan remiss. Skillnaderna mellan landsting med och utan remisskrav skulle således inte vara så stora. Skillnaden består i huvudsak i att det krävs remiss för nybesök hos de icke-sjukhusanslutna specialistmottagningarna i de landsting som har remisskrav (se ovan). HSU 2000 ställer sig av två skäl mycket skeptisk till generella remisskrav i hälso- och sjukvården. För det första på grund av att generella remisskrav saknar legitimitet hos befolkningen. För det andra på grund av att det saknas belägg för att sådana system är kostnadseffektiva (dock utan att ange någon referens i det senare fallet). HSU 2000 vill av olika

skäl inte förbjuda landstingen att ställa krav på remisser för specialistvård, utan föreslår att landstingen ges lagstöd för att kunna ställa krav på remisser för specialistvård på sjukhusanknutna mottagningar utan att ha remisskrav för motsvarande specialistmottagningar utanför sjukhusen (Delegationen för samverkan mellan offentlig och privat hälso- och sjukvård ansluter sig till samma uppfattning i sitt slutbetänkande (SOU 1997:179)). Enligt HSU 2000 skall detta ses mot bakgrund av att det håller på att växa fram en ny och mer kostnadseffektiv rollfördelning mellan sjukhusens specialistmottagningar och offentliga/privata mottagningar utanför sjukhusen. Patienter som inte kräver sjukhusens specialiserade resurser styrs i ökad utsträckning till öppna specialistmottagningar utanför sjukhusen. Som framgått ovan förhindrar de nuvarande remissreglerna en sådan inriktning.

Remissförfarandet är förknippat med både för- och nackdelar. Till fördelarna räknas förutom styrning av vårdsökandet att remissen ger medicinsk information från utfärdare till mottagare och är underlag för prioritering av väntetid. Nackdelar kan vara att antalet läkarbesök ökar och att väntetiden förlängs med eventuell fördröjd behandling som följd. Undersökningar tyder dessutom på att en majoritet av befolkningen i de län som infört remisskrav skulle ha gått direkt till sin specialistläkare om landstingen inte infört remisskrav (sannolikt är många också motståndare till differentierade avgifter, varför den typen av undersökningar är av mindre värde). En uppenbar brist i sammanhanget är dock att det finns så få analyser av effekterna av remisskrav.

Avslutningsvis är det uppenbart att remisskrav och differentierade patientavgifter i grund och botten är två olika medel för att uppnå samma mål.²⁵ Kombinerat remisskrav och differentierade patientavgifter har det senare instrumentet förlorat en stor del av sin betydelse som styrinstrument och kan då mer ses som en allmän finansieringskälla som leder till ökade kostnader för patienten. I flertalet länder där primärvårdsläkaren har en grindvakt-funktion förekommer inte patientavgifter i primärvården.

Ersättningssystem

Det finns också anledning att anta att de ersättningssystem som tillämpas kan påverka patientströmmar och styrningen till vårdnivåer. I bilaga 1 pekas på ett exempel på system där husläkare i princip haft fast ersättning, medan både privat och offentlig specialistvård ersatts per prestation. Detta kan ha lett till att vårdgivare som ersatts per prestation haft incitament att ha en hög besöksvolym, medan vårdgivare med fast ersättning (husläkare) haft incitament att hålla en låg besöksvolym, alternativt remittera vidare till andra vårdgivare.

²⁵ I och för sig kan avgifter också utnyttjas för att begränsa vårdkonsumtionen i både primärvården och läns- och regionsjukvården.

6.3 Andra former av styrinstrument

Det finns även ett flertal andra instrument som kan utnyttjas för att påverka patientströmmar eller intresset för primärvården ur olika aspekter. Det kan t.ex. vara fråga om information och hur vården organiseras.

Informationsinsatser, sjukvårdsupplysning m.m. är ett medel som kan förbättra och underlätta patientens val av vårdnivå. Ökad valfrihet i vården och vårdgarantin är exempel på förändringar som gör information allt viktigare. I dagsläget finns det fortfarande exempel på informationsinsatser som inte tycks vara anpassade till den typ av ”marknadsanpassning” som i någon mening börjat prägla sjukvården.

Även sättet att organisera vården kan ha betydelse. För närvarande pågår ett arbete med att utarbeta nationella riktlinjer för en god medicinsk praxis i syfte att få en likvärdig och kunskapsbaserad vård. Bland huvudmännen pågår även en utveckling mot ett mer systematiskt kunskapsbaserat beslutsfattande i hälso- och sjukvården. Genom utarbetande av lokala vårdprogram och vårdkedjor är avsikten att tillvarata resurserna bättre samtidigt som patientperspektivet skall stärkas. Samordnade och strukturerade vårdkedjor har stor betydelse för att säkra tillgången till sjukvård av god kvalitet på rätt vårdnivå vid rätt tillfälle. Vårdprogram och särskilda vårdöverenskommelser mellan allmänmedicin och andra specialiteter kan medverka till fungerande vårdkedjor mellan primärvården och länssjukvården. Exempel på sådana överenskommelser förekommer i de landsting som revisorernas kansli besökt. Även om det är tidskrävande att utarbeta program eller göra överenskommelser samt nå ut med information till alla berörda vårdgivare är dessa viktiga för arbetsfördelningen mellan allmänmedicin och övriga specialiteter och bör kunna stärka primärvårdens ställning. Det stärker och stimulerar dessutom de anställda i primärvården genom att kontakterna med andra vårdnivåer ökar.

Det förekommer också inom vissa landsting att specialister inom länssjukvården vid vissa tidpunkter utför arbetsuppgifter på t.ex. vårdcentraler så att patienter med lång resväg kan få behandling på orten. Förutom att underlätta för patienten, ger det också ökad tillfredsställelse för primärvårdsläkaren genom de ökade kontakterna med andra specialister.

Det finns således ett flertal möjligheter att stärka primärvårdens ställning och öka intresset för denna vårdform. Framför allt är möjligheterna stora att öka arbetstillfredsställelsen för de anställda i primärvården.

6.4 Sammanfattning

Sammanfattningsvis visar kapitlet följande:

- Sjukvårdshuvudmännen har stora möjligheter att utforma ersättnings- och taxesytemen för att stärka och prioritera primärvården. Denna möjlighet förefaller utnyttjas i relativt liten utsträckning. Även om antalet vårdavtal ökat är ersättning enligt nationellt fastställda bestämmelser relativt vanligt.

- Kritik har riktats mot den nationella taxan för att den styr mot fel vårdnivå. Taxekonstruktionen stimulerar till enklare insatser, som kan klaras av primärvården, i stället för åtgärder som verkligen kräver specialistens särskilda kompetens (en översyn har dock gjorts för år 1998).
- Lönebildningen utnyttjas i obetydlig utsträckning för att påverka fördelningen av läkarresurserna. Relativlönerna för olika kategorier av läkare har varit i det närmaste oförändrade under en följd av år.
- Differentierade patientavgifter är ett vanligt instrument för att styra patientströmmar till primärvården. Det finns studier som pekar på att avgiftsdifferentiering kan påverka patientens val av vårdnivå. Bristen på genuina effektanalyser är dock påtaglig. Samtidigt har huvudmännen små möjligheter att genomföra en effektiv avgiftsdifferentiering på grund av högkostnadsskyddet. Överenskommelsen om att slopa patientavgifterna för barn och ungdomar upp t.o.m. 19 år minskar utrymmet ytterligare.
- Remisskrav utnyttjas av sju huvudmän för att styra patientströmmar till primärvården. Flertalet av dessa huvudmän tillämpar även differentierade patientavgifter för att styra vårdsökandet till primärvården. Differentieringen har i dessa fall förlorat en stor del av sin betydelse som styrinstrument och kan då ses mer som en finansieringskälla som leder till ökade kostnader för patienten. I flertalet länder där primärvårdsläkaren har en grindvaktsfunktion förekommer inte avgifter i primärvården.
- Det finns också anledning att anta att de ersättningssystem som tillämpas kan påverka patientströmmar och styrningen till vårdnivåer. I bilaga 1 pekas på ett exempel på system där husläkare i princip haft fast ersättning, medan både privat och offentlig specialistvård ersatts per prestation. Detta kan ha lett till att vårdgivare som ersatts per prestation haft incitament att ha en hög besöksvolym, medan vårdgivare med fast ersättning (husläkare) haft incitament att hålla en låg besöksvolym, alternativt remittera vidare till andra vårdgivare.
- Huvudmännen har även ett flertal andra styrinstrument som kan utnyttjas för att påverka patientströmmar eller intresset för primärvården. Det kan t.ex. vara fråga om information och utarbetande av lokala vårdprogram och vårdkedjor.

Sjukvårdshuvudmännen är i allt väsentligt ansvariga för planering och verkställande av hälso- och sjukvården i Sverige. Staten har också ett flertal former av instrument till förfogande för att styra utvecklingen inom hälso- och sjukvården. Det kan t.ex. vara fråga om lagstiftning, allmänna riktlinjer, tillståndsgivning, sanktioner och olika former av finansiella styrinstrument (utbildningen av läkare redovisas i kapitel 8). Uppföljning och utvärdering är också instrument för den statliga styrningen i den meningen att den typen av verksamhet närmast kan ses som en nödvändig förutsättning för övriga styrmekanismer.

Graden av effektivitet eller påverkan varierar sannolikt högst väsentligt mellan de olika medlen och senare års utveckling och/eller beslut har medfört att vissa av instrumenten förlorat i betydelse och mer eller mindre kan ses som obsoleta ur styrningssynpunkt. Det kan därför vara av intresse att redovisa de olika instrumenten och diskutera graden av styrning. Det primära är att analysera hur medlen kan tänkas påverka sjukvårdens struktur eller landstingens drivkrafter och beteende, varför redovisningen är kortfattad och översiktlig när det gäller medlens regelsystem och övriga funktioner. Det bör betonas att olika former av tillsyn faller utanför ramen av denna rapport.

I avsnitt 7.1 redovisas olika medel att styra verksamheten. Det är t.ex. fråga om lagstiftning, allmänna riktlinjer och ekonomiska styrmedel. Avsnitt 7.2 innehåller en genomgång av uppföljningsverksamheten. Det gäller verksamheten i Regeringskansliet, i Socialstyrelsen och i några andra myndigheter. Fokuseringen ligger i hög grad på primärvården. I avsnitt 7.3 redovisas förslag från några aktuella utredningar som kan vara av intresse i detta sammanhang. Avslutningsvis sammanfattas kapitlet i avsnitt 7.4.

7.1 Medel att styra verksamheten

Lagstiftning

Den svenska hälso- och sjukvården har under lång tid präglats av statlig kontroll medan ansvaret för driften successivt överförts till regionala organ. Staten styr numera hälso- och sjukvården genom lagstiftning som huvudsakligen är av ramkaraktär. Den viktigaste lagstiftningen är som tidigare nämnts hälso- och sjukvårdslagen (1982:763, HSL). HSL är en ramlag som huvudsakligen innehåller mål och riktlinjer och inte detaljregleringar. Sjukvårdshuvudmännen är därför i allt väsentligt ansvariga för planering och verkställande av hälso- och sjukvården. Huvudmännen fullgör sin uppgift i stor utsträckning inom ramen för den kommunala självstyrelsen.

Utgångspunkten för HSL är kraven att medborgarna skall tillförsäkras en god hälso- och sjukvård. Om detta sker i öppen vård eller på sjukhus är av underordnad betydelse och styrs av medicinska bedömningar och patientens behov.

HSL har emellertid, i huvudsak i kombination med annan lagstiftning, vid vissa tillfällen använts för att mer i detalj reglera huvudmännens verksamhet.

Ett exempel på detta är husläkarreformen. I samband med denna reform infördes en bestämmelse i HSL om att alla som var bosatta inom landstinget skulle få tillgång till och kunna välja en husläkare. De närmare förutsättningarna angavs i lagen (1993:588) om husläkare som bl.a. innehöll en rad bestämmelser som relativt detaljerat reglerade verksamheten. Det gällde t.ex. husläkarens uppgifter, listningsförfarande och ersättnings utformning. Det skedde också ett antal förändringar i lagen (1993:1651) om läkarvårdsersättning som är ett detaljerat regelsystem för privat verksamma läkare. Lagen innehåller bl.a. regler om etablering, taxor, arvoden, ålder och verksamhet. Husläkarreformen innebar t.ex. att etableringsfrihet infördes.

Lagstiftning har vidare utnyttjats för att påverka läkarresurserna i primärvården. I samband med husläkarreformen gavs Socialstyrelsen möjlighet att medge dispens från kravet på specialistkompetens i allmänmedicin. Drygt 450 läkare erhöi i huvudsak under perioden september 1993–maj 1994 ett sådant tillstånd. I maj/juni 1995 var knappt hälften av dessa verksamma som husläkare eller motsvarande (Socialstyrelsen, 1996d).

Det finns utöver dessa exempel ett flertal förändringar av lagstiftning som i varierande grad fått effekter på vårdens inriktning och sammansättning. Här kan t.ex. kort nämnas rätten för distriktssköterskor att förskriva vissa läkemedel, de relativt frekventa förändringarna av förutsättningarna att bedriva privat läkarverksamhet och de förändringar av läkarnas vidareutbildning som redovisas i kapitel 8.

Förutom den lagstiftning som refererats ovan finns det en mängd författningar som mer eller mindre detaljerat reglerar separata områden inom hälso- och sjukvården. Det kan t.ex. vara regler för enskilda yrkesutövare, tillsyn, utbildning, läkemedel och medicintekniska produkter.

Allmänna riktlinjer

En annan form av styrinstrument är de allmänna riktlinjer och uttalanden som kommer till uttryck vid bl.a. riksdagens behandling av regeringens propositioner. I dessa sammanhang utfärdas allmänna riktlinjer rörande vårdens mål, inriktning och utformning som uttrycker statsmakternas syn på hälso- och sjukvården. När det gäller primärvården har dessa intentioner redovisats utförligt i kapitel 4 och de utgör ett centralt inslag i denna granskning. Rent generellt torde en utvecklad utvärderings- och uppföljningsverksamhet vara en förutsättning för att mer allmänna riktlinjer och uttalanden långsiktigt skall kunna få avsedda effekter.

Ekonomiska styrmedel

Statsbidragen utgör statens viktigaste ekonomiska instrument för att påverka/styra huvudmännens prioriteringar och utformning av verksamheten. Utvecklingen under senare år har emellertid medfört att stymöjligheterna rent teoretiskt minskat påtagligt. De generella statsbidragen, som fördelas i relation till landstingens innevånarantal, har fått allt större betydelse, medan de specialdestinerade bidragen minskat kraftigt i omfattning. För år 1997 beräknas de generella statsbidragen till landstingen uppgå till ca 15 miljarder

kronor och de specialdestinerade bidragen till endast cirka 4 miljarder kronor. I praktiken är det dock inte helt uppenbart att denna utveckling lett till att styrmöjligheterna minskat. Analyser av Expertgruppen för studier i offentlig ekonomi (ESO) tyder på att de långsiktiga styreffekterna av specialdestinerade statsbidrag är små och att de kan leda till en ineffektiv resursfördelning. En slutsats är att de specifika bidragsformerna bör reserveras för ändamål och verksamheter som bedöms som särskilt angelägna (Ds 1992:46).

De generella statsbidragen (eller mer exakt den resursförstärkning som redovisats i kapitel 3) är dock numera förenade med vissa krav eller mål. Av vårpropositionen (prop. 1996/97:150) framgår att tillskottet av resurser skall användas för personalförstärkningar och kvalitetsförbättringar. Inriktningen bör vara att resurstillskottet leder till att landstingen vidtar åtgärder så att t.ex. väntetiderna i sjukvården blir kortare och att vården i livets slutskede förbättras. Regeringen avser att följa upp effekterna vad gäller sysselsättningen och kvaliteten i verksamheten. Av propositionen framgår för övrigt att en utvecklad uppföljning är en förutsättning för generella statsbidrag.

De specialdestinerade bidragen baseras till vissa delar på överenskommelser mellan staten och Landstingsförbundet. Överenskommelserna har sin grund i den s.k. Dagmarreformen som genomfördes år 1985. Av överenskommelsen för år 1998 framgår att statens bidrag huvudsakligen har betydelse som signal- och stimulansmedel gentemot sjukvårdshuvudmännen (skr. 1997/98:51). Överenskommelsens syfte är att ge en plattform för en nationellt önskvärd riktning för de kommande årens utveckling. Vidare är syftet att genom statligt stöd stimulera vissa utvecklingsaktiviteter och att finansiera delar av hälso- och sjukvårdens stödfunktioner som medicinska kvalitetsregister och visst uppföljnings- och utvärderingsarbete. För år 1998 omfattar överenskommelsen 1 217 miljoner kronor och avser förutom vårdgarantin (se avsnitt 4.5) ändamål som kunskapsbaserad hälso- och sjukvård (581,5 miljoner kronor), verksamhetsutveckling (120 miljoner kronor), informationsförsörjning (168 miljoner kronor), rehabiliterings- och behandlingsinsatser (235 miljoner kronor), uppföljning och utvärdering (1,5 miljoner kronor), Handikappinstitutet (51 miljoner kronor), vissa särskilda ersättningar (50 miljoner kronor) och ersättning till anhöriga till hivsmittade (10 miljoner kronor).

En nyhet i överenskommelsen för år 1998 är att arbete med uppföljning och utvärdering av överenskommelsen i sig skall prioriteras. Särskilt då det gäller medel som fördelas regionalt till kunskapsbaserad hälso- och sjukvård, verksamhetsutveckling och informationsförsörjning skall uppföljningen utvecklas och intensifieras. Uppföljningen skall inte enbart innehålla en redovisning över vilka aktiviteter som genomförts utan det skall även ingå en analys av de resultat man ser av satsningarna. Samtliga mottagare av ekonomisk ersättning skall följa upp och redovisa användning och resultat av de tilldelade medlen senast den 10 mars efterföljande år. Det anges att en del av uppföljningen kan genomföras via s.k. självvärdering där de i projektet inblandade själva följer upp och värderar insatser och måluppfyllelse. För andra delar är en oberoende utvärdering mera lämplig och för detta ändamål anslås 1,5 miljoner kronor.

I övrigt förekommer periodvis inslag av tidsbegränsade statsbidrag som kan påverka verksamhetens inriktning. Ett exempel är de statsbidrag som infördes i samband med husläkarreformen. Som stöd för reformens genomförande erhöll sjukvårdshuvudmännen 600 miljoner kronor under en treårsperiod. 470 miljoner kronor utgick i form av ett stimulansbidrag för att utveckla hälso- och sjukvården, i första hand primärvården. Medlen fördelades av Socialstyrelsen efter befolkningskriterier. Kraven på redovisning var relativt låga och huvudmännens redovisningar av mycket skiftande kvalitet. Totalt redovisades ca 430 miljoner kronor. Drygt 30 procent av medlen användes för ADB-utveckling, 12 procent för utbildning, 23 procent för information etc. och 14 procent för utvecklingsprojekt. Mindre än 20 procent utnyttjades för att öka tillgängligheten (Socialstyrelsen, 1997d). Riksdagens revisorer genomförde i december år 1996 och i januari år 1997 två informationsbesök angående primärvårdsbidraget. Slutsatsen var att frågan hanterats på ett mindre tillfredsställande sätt. Enligt revisorerna saknades det skäl att utforma särskilda avtal och inleda förhandlingar mellan departementet och Landstingsförbundet eftersom bidraget helt betalades av statliga medel. Socialstyrelsens uppföljning blev dessutom meningslös när kriterier för uppföljning saknades och informationen från landstingen i praktiken var frivillig.

Andra former av interventioner rör beskattningsrätten. I början av 1990-talet infördes t.ex. ett kommunalt skattestopp. Numera gäller regler som syftar till att motverka fortsatta kommunala skattehöjningar. Om en kommun eller ett landsting höjer skatten under åren 1997 och 1998 så sänks det generella statsbidraget till kommunen eller landstinget med hälften av den inkomstökning som följer av höjningen av den kommunala skattesatsen.

Det finns vidare regelsystem som i hög grad är styrande för landstingens budgetar. För att förbättra kontrollen över de offentliga utgifterna har ett lagstadgat balanskrav införts fr.o.m. år 2000 för landstingen. Utformningen av detta krav har redovisats i kapitel 3.

Andra medel

Staten har även kontroll över ett flertal andra instrument som i varierande utsträckning kan påverka huvudmännens möjligheter att styra vårdens struktur. Det kan t.ex. gälla:

- Nivån på högkostnadsskyddet som i hög grad avgör huvudmännens möjligheter att i praktiken få till stånd en effektiv differentiering av patientavgifterna och därmed också möjligheterna att styra patientströmmarna (jfr kapitel 6).
- Utformningen av remisskravet som för närvarande innebär att om det krävs remiss för viss vård hos en specialist inom landstinget, gäller det kravet med vissa undantag även för läkare i privat verksamhet med samma specialitet (jfr kapitel 6). Innebörden är att landsting med remisskrav har svårare att styra patienter som inte kräver sjukhusens specialiserade resurser till öppna specialistmottagningar utanför sjukhusen.

- Konstruktionen av läkarvårdsersättningen till privat verksamma läkare, vilket är det ersättningsystem som många huvudmän utnyttjar. Utformningen av taxan kan påverka styrningen till olika vårdnivåer och även incitamenten att vara verksam i primärvården (jfr kapitel 6).

Staten kan också på olika sätt påverka primärvårdens attraktionskraft, vilket kan ha betydelse för t.ex. rekryteringen till primärvården. I samband med revisorernas kanslis besök i landstingen har primärvårdens attraktionskraft lyfts fram som ett problem. Bristen på karriärmöjligheter och andra motivationshöjande inslag kan innebära att primärvården får svårt att rekrytera eller på sikt behålla läkare. Ett exempel på ett område som kan påverka både primärvårdens status och motivationen är allmänmedicinens ställning inom forskningen och forskarutbildningen, som måste anses som svag. Allmänmedicin är den i särklass största bland de olika medicinska specialiteterna. År 1997 fanns 5 600 utfärdade specialistbevis i allmänmedicin, vilket motsvarar ca 20 procent av det totala antalet utfärdade specialistbevis. Denna starka ställning i läkarkåren motsvaras dock inte av någon stark position bland forskningsverksamma vid universitet och högskolor. Under läsåret 1995/96 fanns 569 professurer vid de medicinska fakulteterna, varav 6 avsåg allmänmedicin.²⁶ Det motsvarar drygt 1 procent av professurerna. Enligt uppgift från Högskoleverket uppgick antalet forskarstuderanden i medicin under våren 1996 till ca 3 100. Drygt 70 av dessa forskade i allmänmedicin och merparten var fritidsforskare utan studiefinansiering.

7.2 Uppföljningsverksamhet

Regeringen

Socialdepartementet

Inom regeringen hanteras hälso- och sjukvårdsfrågor av Socialdepartementet. Departementet har varit föremål för en omorganisation som trädde i kraft den 1 januari år 1998. Antalet enheter minskades därmed och bl.a. de resurser som tidigare fanns på sekretariatet för långsiktigt analysarbete fördes ut på de nuvarande enheterna.

Enheten för hälso- och sjukvård har tidigare i huvudsak arbetat med beredning av propositioner, löpande ärenden m.m. och i princip saknat utredningskapacitet. Sekretariatet för långsiktigt analysarbete har främst varit koncentrerat på andra frågor än sjukvård. Vissa frågor vad gäller sjukvårdens kostnader har dock belysts.

Regleringsbrevet utgör det viktigaste styrinstrumentet gentemot myndigheterna inom ramen för resultatstyrningen (varje myndighet får ett regleringsbrev). Om vi koncentrerar oss på regleringsbrevet för Socialstyrelsen och den del som kan betraktas som uppföljnings- och utvärderingsverksamhet anges ett antal mål och uppgifter för år 1998.

När det gäller verksamhetsgrenen Nationell uppföljning och utvärdering är målen och uppgifterna följande:

²⁶ Högskoleverket (1997).

1. Socialstyrelsen skall genom framåtsyftande uppföljnings- och utvärderingsarbete bidra till hög kvalitet, effektivitet och rättssäkerhet inom hälso- och sjukvård, smittskydd och hälsoskydd, folkhälsa och socialtjänst. Särskild vikt skall läggas vid områden som förutsätter samverkan mellan flera huvudmän, exempelvis vård och omsorg om äldre, psykiskt sjuka och rehabilitering.
2. Socialstyrelsens analyser och rapporter skall belysa utvecklingen i landsting och kommuner varvid frågor rörande kvalitet och måluppfyllelse är särskilt viktiga. Underlaget skall hålla hög kvalitet när det gäller tillförlitlighet, relevans och aktualitet och ge mottagarna, i första hand regeringen samt kommuner och landsting, goda möjligheter att kontinuerligt värdera, utveckla, förbättra och ompröva verksamheterna.
3. Styrelsen skall följa hur situationen för särskilt utsatta barngrupper utvecklas och verka för att förändringar inom den kommunala sektorn genomförs med respekt för barnets bästa.

När det gäller återrapportering skall Socialstyrelsen vid uppföljning och utvärdering inom hälso- och sjukvårdsområdet särskilt belysa:

- Effekter av pågående och eventuellt behov av ytterligare strukturförändringar inom hälso- och sjukvården.
- Vårdens kvalitet och tillgänglighet inklusive analys och redovisning av patientavgifternas betydelse för medborgarnas efterfrågan på vård.
- De etiska frågorna (prioriteringar, användningen av genteknik m.m.).

Inom verksamhetsgrenen Aktiv uppföljning skall Socialstyrelsen genomföra länsvisa granskningar av ändamålsenligheten i de åtgärder som kommuner och landsting vidtar för att tillgodose befolkningens behov av hälso- och sjukvård och socialtjänst. När det gäller återrapportering skall Socialstyrelsen i sina s.k. ministudier redovisa vilka åtgärder som vidtagits med anledning av Aktiv uppföljning samt i övrigt beskriva hur verksamheten i hälso- och sjukvård och socialtjänst har påverkats med anledning av de genomförda åtgärderna. Socialstyrelsen skall under år 1998 ha utfört Aktiv uppföljning i två län.

Vidare anges ett antal uppdrag som rör vårdgivarregister, verksamhetstillsyn och läkemedelsanvändningen.

Det kan för övrigt nämnas att det i regleringsbrevet för år 1997 (gäller även för år 1998) angavs detaljerat hur verksamhetens resultat skall redovisas i årsredovisningen. Inom området hälso- och sjukvård skall verksamhetens resultat verbalt sammanfattas för primärvård samt öppen och sluten hälso- och sjukvård. Tidigare år har inte den typen av krav på särredovisning funnits och några sådana redovisningar ej heller skett i årsredovisningen. Det bör poängteras att fördelningen i årsredovisningen avser Socialstyrelsens verksamhet och inte hälso- och sjukvården i stort.

Resultatdialogen mellan Socialdepartementet och Socialstyrelsen sker enligt uppgift regelmässigt och relativt systematiskt. Dialogen sker i huvudsak

på enhetsnivå. Den politiska ledningen träffar regelbundet Socialstyrelsens ledning. Resultatdialogen är som mest intensiv när styrelsen lämnar sin årsredovisning och i samband med utformning av budgetproposition och regleringsbrev.

En slutsats av genomgången av regleringsbrevet för år 1998 är att resursfördelningsfrågor har en begränsad omfattning i denna form av styrinstrument. Detta gäller även för tidigare år. Denna bild bekräftas också av Socialdepartementet. Den låga prioriteringen motiveras med att resurserna är begränsade och med att arbetet i hög grad varit fokuserat på att förstärka tillsynsfrågor och patientens ställning i vården. Över huvud taget tycks frågor om hälso- och sjukvård vara av mindre omfattning än frågor om socialtjänst i regleringsbrevet.

Denna inriktning återspeglar sig i regeringens resultatbedömning och slutsatser i budgetpropositionen vad gäller hälso- och sjukvård (prop. 1997/98:1, utgiftsområde 9). I och för sig redovisas områden som "Hälso- och sjukvårdens resurser", "Vårdens struktur" och "Verksamhetsutveckling inom vården", men redovisningen är av en mycket övergripande karaktär och har stora inslag av viljeinriktning. Det är utifrån denna redovisning svårt att bilda sig en klar uppfattning om hur hälso- och sjukvården utvecklats i Sverige. Vissa uttalanden kan dock förtjäna att lyftas fram. När det gäller t.ex. resursfördelning nämns: "Historiskt sett har Sverige i en internationell jämförelse haft en sjukhusdominerad vårdstruktur. Primärvården har på flera håll inte varit tillräckligt utbyggd bl.a. i avsaknad av allmänläkare. De senaste årens huvudmannaskaps- och strukturförändringar, exempelvis kommunernas ökade ansvar för äldrevård och vård av psykiskt långtidssjuka, *satsningarna på primärvård* (vår kursivering) och utbyggnaden av hemsjukvård, innebär dock en klar förskjutning mot en ökad andel öppen vård." Det nämns också att det finns ett generellt behov av att förbättra uppföljningen och redovisningen av vissa centrala frågor inom hälso- och sjukvården. Härmed avses bl.a. tillgängligheten i form av väntetider, kvaliteten i form av behandlingsresultat och patienternas upplevelse av vården. Det nämns att det pågående arbetet med denna inriktning bör intensifieras.

Förutom de uppgifter som anges i regleringsbrevet läggs också uppdrag ut till t.ex. Spri och Socialstyrelsen och det förekommer också uppföljnings- och utvärderingsverksamhet i samband med de insatser som beslutas vid Dagmaröverenskommelserna (se avsnitt 7.1). För den senare delen är dock uppföljnings- och utvärderingsverksamheten inte fastställd, men ett beslut kommer under år 1998.

För flera centrala mål som anges i bl.a. budgetpropositionen är uppföljningsverksamheten inte fastställd eller oklar.

När det gäller t.ex. den del av vårdgarantin som avser primärvården är något uppföljningsprogram inte fastställt. Däremot pågår ett arbete inom Landstingsförbundet. Förbundet har i hög utsträckning också analyserat tidigare och övriga delar av vårdgarantin.

Ett annat exempel rör den ökning av statsbidragen som redovisats i kapitel 3. Tillskottet av resurser skulle utnyttjas för personalförstärkningar och kvalitetsförbättringar. Inom landstingen skulle tillskottet leda till att t.ex. väntetiderna blev kortare och att vården i livets slutskede förbättrades. Inom detta

område har enbart personalförstärkningarna analyserats i form av en enkätundersökning till kommuner och landsting. Någon konkret bedömning om hur övriga frågor skall hanteras finns inte.

Statistikfrågor rörande den kommunala sektorn hanteras numera i huvudsak av Inrikesdepartementet (se nedan). Socialdepartementet är representerat i det utvecklingsarbete som pågår.

Det bör påpekas att den omorganisation som nämndes inledningsvis kan komma att påverka inslagen av uppföljning och utvärdering. Bland annat tillförs varje sakenhet en analytiker.

Inrikesdepartementet

Inrikesdepartementet arbetar med övergripande uppföljning av den kommunala verksamheten som bl.a. omfattar hur verksamheten utvecklas i förhållande till de nationella mål som statsmakterna satt upp för vissa verksamhetsområden (detta sker i kombination med de sektorsanalyser som görs i fackdepartementen). Ett led i detta arbete är att förbättra kvalitet och jämförbarhet i insamlade ekonomiska eller ekonomiskt relaterade uppgifter från kommuner och landsting. I 1997 års ekonomiska vårproposition (prop. 1996/97:150) anges att "det är angeläget att kommuner och landsting deltar i det arbete som staten inlett för att få en allmänt förbättrad uppföljning av kommunal verksamhet och ekonomi. En utvecklad uppföljning är en förutsättning för generella statsbidrag."

Frågan bereds för närvarande i Regeringskansliet och det pågår ett utvecklingsarbete som bl.a. baseras på betänkandet Statens uppgiftsinsamling från kommuner och landsting (SOU 1996:179). Betänkandet avsåg främst uppgiftsinsamling i primärkommunerna. Detta motiverades med att det inom Landstingsförbundet pågick en utredning om förbundets statistik (utredningen färdigställdes i februari år 1998). I huvudsak har det hittillsvarande arbetet i Inrikesdepartementet därför koncentrerats till primärkommunerna.

Regeringen överlämnade i april 1997 en skrivelse till riksdagen om utvecklingen inom den kommunala sektorn (skr. 1996/97:118).²⁷ Skrivelsen, som är ett återkommande inslag och som enligt uppgift kommer att utvecklas, syftar bl.a. till att utgöra ett underlag för att bedöma måluppfyllelsen i de verksamheter där staten har ett helt eller delat finansieringsansvar och där kommuner och landsting ansvarar för genomförandet. När det gäller utvecklingen av hälso- och sjukvården diskuteras i huvudsak målen i hälso- och sjukvårdslagen. Ett antal övergripande och enkla variabler redovisas i syfte att belysa prestationer, kostnader samt kvalitet och måluppfyllelse. Riksdagens och regeringens intentioner om primärvårdens ställning berörs inte.

Finansutskottet beslöt att lägga regeringens skrivelse till handlingarna eftersom regeringen inte begärde något ställningstagande från riksdagens sida (1996/97:FiU20). Enligt utskottets bedömning hade redogörelsen utvecklats innehållsligt, men också successivt blivit alltmer omfattande. Utskottet utgick från att regeringen i det fortsatta arbetet borde överväga hur uppgifter

²⁷ Finansutskottet beställde i början av 1990-talet denna typ av målanalys som sedan permanentats.

om främst olika kommunala verksamheter bäst skall presenteras för att undvika att riksdagen i onödan tyngs av detaljuppgifter och dubbelredovisningar samtidigt som ambitionen att utforma en sammanhållen och kontinuerlig uppföljningsverksamhet upprätthålls.

Socialstyrelsen

Allmänt

Socialstyrelsen är central förvaltningsmyndighet för verksamhet som rör socialtjänst, hälso- och sjukvård och annan medicinsk verksamhet, tandvård, hälsoskydd, smittskydd, stöd och service till vissa funktionshindrade samt frågor om alkohol och missbruksmedel. I regleringsbrevet för år 1998 anges effektmål som rör Socialstyrelsens verksamhetsområde. Dessa är:

- Att trygga en god hälsa och att åstadkomma en hälso- och sjukvård av god kvalitet med effektiv resursanvändning som tillgodoser den enskildes behov.
- Att stimulera och bidra till att en god tandhälsa bland vuxna upprätthålls. Därutöver att särskilt stöd för utsatta grupper förbättras.
- Att erbjuda en äldre- och handikappomsorg som ger goda levnadsvillkor för äldre och för personer med funktionshinder med olika behov av service, omvårdnad och vård som bygger på den enskilda människans delaktighet och självbestämmande.
- Att åstadkomma en social omsorg av god kvalitet med effektiv resursanvändning som tillgodoser den enskilde individens behov av stöd och bistånd i samband med sociala eller andra handikapp, missbruksproblem och försörjningssvårigheter samt som tillgodoser att barn och ungdomar växer upp under trygga och goda förhållanden.
- Att öka kunskapen om tillstånd, processer och effekter rörande hälsa och social välfärd.

Socialstyrelsens del av effektmålen är:

- Att genom tillsyn, uppföljning, utvärdering, kunskapsutveckling och kunskapsförmedling verka för en god hälsa och social välfärd samt omsorg och vård av god kvalitet på lika villkor för hela befolkningen.
- Att genom fördelning och administration av vissa statsbidrag till kommuner, landsting och frivilligorganisationer stimulera utvecklingen inom hälso- och sjukvården och socialtjänsten.

När det gäller utvärderings- och uppföljningsfrågor skall styrelsen enligt instruktionen (1996:570):

- Följa utvecklingen inom och utvärdera verksamheterna samt därvid samverka med andra samhällsorgan i den utsträckning det behövs.

- Följa forsknings- och utvecklingsarbete av särskild betydelse inom sitt ansvarsområde och verka för att sådant arbete kommer till stånd.
- Ansvara för officiell statistik.

I regleringsbrevet preciseras den utvärderande verksamheten. För år 1997 och 1998 anges sex verksamhetsgrenar – tillsyn, aktiv uppföljning, nationell uppföljning och utvärdering, utbildning och utveckling, beredskap samt övriga huvuduppgifter – som relativt väl överensstämmer med Socialstyrelsens organisatoriska indelning. För varje verksamhetsgren anges verksamhetsmål och återrapporteringskrav. Till detta kommer ett antal uppdrag. De verksamhetsgrenar som främst är av intresse i utvärderings- och uppföljningssammanhang är *nationell uppföljning och utvärdering* samt *aktiv uppföljning*.

Nationell uppföljning och utvärdering

Verksamhetsmålen i regleringsbrevet är som tidigare framgått följande:

1. Socialstyrelsen skall genom framåtsyftande uppföljnings- och utvärderingsarbete bidra till hög kvalitet, effektivitet och rättssäkerhet inom hälso- och sjukvård, smittskydd och hälsoskydd, folkhälsa och socialtjänst. Särskild vikt skall läggas vid områden som förutsätter samverkan mellan flera huvudmän, exempelvis vård och omsorg om äldre, psykiskt sjuka och rehabilitering.
2. Socialstyrelsens analyser och rapporter skall belysa utvecklingen i lands- och kommuner varvid frågor rörande kvalitet och måluppfyllelse är särskilt viktiga. Underlaget skall hålla hög kvalitet när det gäller tillförlitlighet, relevans och aktualitet och ge mottagarna, i första hand regeringen samt kommuner och landsting, goda möjligheter att kontinuerligt värdera, utveckla, förbättra och ompröva verksamheterna.
3. Styrelsen skall följa hur situationen för särskilt utsatta barngrupper utvecklas och verka för att förändringar inom den kommunala sektorn genomförs med respekt för barnets bästa.

När det gäller återrapportering skall Socialstyrelsen vid uppföljning och utvärdering inom hälso- och sjukvårdsområdet särskilt belysa:

- Effekter av pågående och eventuellt behov av ytterligare strukturförändringar inom hälso- och sjukvården.
- Vårdens kvalitet och tillgänglighet inklusive analys och redovisning av patientavgifternas betydelse för medborgarnas efterfrågan på vård.
- De etiska frågorna (prioriteringar, användningen av genteknik m.m.).

I jämförelse med år 1997 är det i huvudsak frågan om tillgänglighet som är ny. I övrigt är uppgifterna ungefär desamma.

Insatserna består främst av reformuppföljningar, kartläggnings- och effektstudier, årsböcker och analysböcker. Förvaltningskostnaderna för verksamhetsgrenen uppgick år 1995/96 till drygt 80 miljoner kronor (12 månader). Verksamheten är i huvudsak inriktad på de uppgifter som anges i regleringsbrevet. En förhållandevis liten del av resurserna förefaller avse primärvården. Ett par projekt av varierande storleksordning pågår inom verksamhetsgrenen. Ett av dessa rör primärvården på nationell nivå. Socialstyrelsen fick i samband med att husläkarlagen trädde i kraft regeringens uppdrag att följa upp och utvärdera reformen. Efter det att lagen upphörde att gälla har uppföljningen breddats till att omfatta hela primärvården, med motiveringen att betydande organisatoriska förändringar vidtagits i de flesta landsting och att väsentliga motiv och syften vid lagens tillkomst kvarstår i nu gällande lagstiftning. Den s.k. primärvårdsuppföljningen syftar till att öka kunskapen om primärvårdens innehåll, omfattning, arbetssätt och kvalitet. I uppföljningen ingår att bygga upp nationell statistik, genomföra temastudier samt initiera metodutveckling för utvärdering. Projektet avslutades i februari år 1998 och inom ramen för detta har ca 10 rapporter publicerats. Primärvårdsuppföljningen har relativt marginellt berört resursfördelningsfrågor.

Andra projekt inom ramen för nationell uppföljning och utvärdering är försöksverksamheten med kommunal primärvård och försöksverksamheten med finansiell samordning mellan socialförsäkring och hälso- och sjukvård (projektet är regeringsuppdrag). Ett antal rapporter har publicerats inom ramen för detta projekt.

Dessutom publiceras årsböcker. "Sjukvården i Sverige 1995" utkom i december 1995. Som ett komplement till denna rapport utkommer årligen "Hälso- och sjukvårdsstatistisk årsbok". De senare kan beskrivas som tabellverk med huvudsakligen redan tidigare publicerade uppgifter över förhållandena inom hälso- och sjukvården. Uppgifter om primärvården är relativt begränsade och tidsserierna mycket korta. Tidsfördröjningen är dessutom rent allmänt kraftig. Den senaste årsboken som publicerades i oktober år 1997 innehöll i relativt betydande omfattning uppgifter fram t.o.m. år 1995.

Aktiv uppföljning

Inom verksamhetsgrenen aktiv uppföljning skall Socialstyrelsen genomföra länsvisa granskningar av ändamålsenligheten i de åtgärder som kommuner och landsting vidtar för att tillgodose befolkningens behov av hälso- och sjukvård och socialtjänst. Syftet med granskningsarbetet är att identifiera aktuella problem och frågeställningar samt genom analys av dessa föreslå vilka åtgärder som huvudmännen bör vidta.

Aktiv uppföljning genomförs i två till tre län åt gången (under totalt ca 10 månader). Ett fastställt tema bildar underlag för en basepidemiologisk studie och ett tjugotal projekt. Varje enskild studie utmynnar i en rapport som dels bildar utgångspunkt för särskilda fackseminarier, dels en samlad avrapportering och diskussion vid en slutkonferens. Varje länsuppföljning avrundas med en slutrapport och en syntes kring gjorda iakttagelser kring temat som tillställs huvudmännen. Ett till två år därefter görs en uppföljande s.k. ministudie, där resultaten av den föregående granskningen skärskådas. Förvalt-

ningskostnaderna för budgetåret 1995/96 uppgick till drygt 10 miljoner kronor (12 månader).

Under senare år har ett mycket begränsat antal länsvisa studier som rör resursfördelnings- och målstyrningsfrågor utförts. Dessa rör t.ex. besparingar och prioriteringar, styrning av jourorganisationer samt mål- och resultatuppföljning.

Inslaget och inriktningen av studier av primärvården i aktiv uppföljning varierar, bl.a. beroende på vilket tema som väljs. Någon systematisk genomgång av olika variabler som gör det möjligt att jämföra samtliga landsting görs således inte. Av naturliga skäl är det därför inte heller möjligt att dra några slutsatser på nationell nivå.

Övrigt

Sedan år 1986 gör Socialstyrelsen återkommande uppföljningar av läkarresurserna i primärvården. Den närmare utformningen av dessa har redovisats i kapitel 4.

I övrigt görs ett begränsat antal uppföljningar och sammanställningar som i varierande omfattning berör primärvården, t.ex. uppgifter från Socialstyrelsens register över hälso- och sjukvårdspersonal och sammanställningar av privatläkarvården.

Andra myndigheter och organ

Det finns ett flertal myndigheter och andra centrala organ som handlägger hälso- och sjukvårdsfrågor. Vissa av dessa har uppgifter som mer eller mindre kan anses som perifera i detta sammanhang. Redovisningen nedan har därför avgränsats till några viktiga exempel på organ som har uppgifter av uppföljnings- och/eller utvärderingskaraktär.

Statens beredning för utvärdering av medicinsk metodik (SBU) skall bidra till att uppfylla målen för utgiftsområdet hälso- och sjukvård genom att verka för ett rationellt utnyttjande av givna resurser genom att utvärdera befintlig och ny medicinsk metodik. Utvärderingarna skall vila på vetenskaplig grund och göras utifrån ekonomiska, sociala, etiska och medicinska utgångspunkter. Kostnaderna uppgår till drygt 15 miljoner kronor per år. Myndigheten bedriver ett flertal projekt och ansatsen är att resultaten snabbt skall spridas och översättas i praktisk tillämpning. På grund av projektens karaktär är det inte möjligt att på något enkelt sätt isolera eventuella resultat som kan tänkas påverka primärvården.

Hälso- och sjukvårdens utvecklingsinstitut – *Spri* är en allmännyttig ideell förening som har bildats av staten och Landstingsförbundet. Spri har ca 100 anställda och omsätter ca 90 miljoner kronor. Spri skall bidra till att uppfylla målen för utgiftsområdet hälso- och sjukvård genom att bedriva ett långsiktigt och kvalificerat utvecklingsarbete inriktat mot aktuella problemområden. Tyngdpunkten skall ligga inom områdena hälsoekonomi, kvalitetsutveckling, informationsteknik och informationsförsörjning. Nuvarande finansieringsavtal avser perioden 1996–1999 och anger att utgångspunkten för allt projektarbete skall vara att patientens ställning stärks, att projekt som bedöms ge de

största effekterna när det gäller bättre hushållning med resurser skall prioriteras och att Spri inom sina verksamhetsområden i möjligaste mån skall delta i EU-projekt. Spri har publicerat ett flertal utredningar som direkt berör primärvården och som i möjligaste mån refererats i tidigare kapitel. Dessa studier berör dock inte i någon större utsträckning resursfördelningsfrågor mellan sjukvårdens olika delar.

Vid universitet och högskolor finns även ett begränsat antal hälsoekonomiska institutioner. I huvudsak är denna verksamhet koncentrerad till universiteten i Linköping och Lund.²⁸

7.3 Publicerade och pågående utredningar

Delegationen för samverkan mellan offentlig och privat hälso- och sjukvård lämnade i december år 1997 sitt slutbetänkande "Klara spelregler – en förutsättning för samverkan mellan offentlig och privat hälso- och sjukvård" (SOU 1997). Delegationens uppdrag var bl.a. att bedöma vårdutbudet vad gäller specialistläkare och sjukgymnaster i öppen vård i förhållande till de behov och resurser som finns. Den skulle vidare verka för att underlätta samverkan mellan vård i olika driftformer och följa de lokala samverkansorganens utveckling och funktion. Delegationens förslag är relativt omfattande och avser bl.a. en lag om etablering för enskilda vårdgivare med vårdavtal och att en viss andel av den öppna vården (25 procent) bör bedrivas som personliga etableringar eller bli föremål för offentlig upphandling. När det gäller primärvården föreslår delegationen att:

- De allmänläkare som i dag är verksamma enligt lagen om läkarvårdserättning kommer med delegationens förslag till lag för enskilda vårdgivare att ingå i sjukvårdshuvudmännens primärvårdsorganisation.
- Spelreglerna för de offentligt anställda och de privata allmänläkarna vad gäller olika åtaganden inom primärvården bör vara lika.
- Primärvårdsorganisationen bör utformas på ett sådant sätt att den för alla legitimerade vårdgivare möjliggör verksamhet i alternativa driftformer. Därmed underlättas patientens fria val.
- I kommuner, där den på regional nivå fastställda målsättningen om antal innevånare per allmänläkare inte uppnåtts, bör allmänläkare efter ansökan medges rätt att etablera sig under förutsättning att de villkor som sjukvårdshuvudmannen ställer på allmänläkarna i sin primärvårdsorganisation är uppfyllda.

Delegationen konstaterar vidare att det föreligger svårigheter att göra uppföljningar och jämförelser på nationell nivå, inte minst när det gäller statistiska redovisningar, på grund av att landstingen själva kan ha olika definitioner för jämförbara förhållanden. Myndigheter och organisationer på nationell

²⁸ Det bedrivs också hälsoekonomisk forskning och undervisning vid t.ex. Handelshögskolan i Stockholm. Institutet för hälso- och sjukvårdsekonomi (IHE), som finansieras av Apoteksbolaget AB, är ett annat exempel.

nivå har ofta inte heller kunnat enas om gemensamma definitioner. Enligt delegationen är såväl myndigheter som vårdgivare och sjukvårdshuvudmän beroende av att tillförlitlig statistik av hög kvalitet finns tillgänglig. En i och för sig önskvärd decentralisering har samtidigt lett till ökade svårigheter att på nationell nivå få fram jämförbart material. Även en önskvärd flexibilitet för att kunna fånga upp vad som är intressant ett visst år medför samtidigt att definitioner och frågeställningar varierar år från år. Därmed försvåras högst avsevärt historiska jämförelser. Socialstyrelsen, Landstings- och Kommunförbunden är samtliga stora producenter av statistiskt material, men den samordning som i vissa fall är nödvändig är bristfällig. Delegationen ser allvarligt på de redovisade bristerna i statistikredovisningen. Dessa uppgifter utgör exempelvis underlag för politiska beslut om framtida dimensionering av vårdutbudet, varför ett korrekt beslutsunderlag är nödvändigt. Delegationen anser därför att Socialstyrelsen och Landstingsförbundet tillsammans med företrädare för de enskilda sjukvårdshuvudmännen bör inleda en dialog om behovet av jämförande statistik på nationell nivå (ett sådant arbete har inletts, se kapitel 9).

År 1992 tillsattes *Kommittén om hälso- och sjukvårdens finansiering och organisation* (HSU 2000). Kommitténs överväganden och förslag skall utgå från dagens system med landsting och kommuner som finansärer och tillhandahållare av hälso- och sjukvård. Enligt direktiven skall kommittén bl.a. överväga:

- Åtgärder som kan vidtas för att stärka patientens ställning.
- Hälso- och sjukvårdens resursbehov fram till år 2010.
- Formerna för den statliga styrningen inom hälso- och sjukvården och vilka avvägningar som kan behöva göras mellan generella och riktade finansiella styrinstrument samt finansiella och andra styrinstrument i relation till de nationella hälso- och sjukvårdspolitiska målen.
- Erfarenheterna av de nya former för styrning och organisation av hälso- och sjukvården som tillämpas av sjukvårdshuvudmännen.
- Kostnadsansvaret för läkemedel m.m. i öppen vård.
- Läkemedelsförmånen inklusive högkostnadsskyddet för sjukvård i öppenvård och läkemedel.
- Hur hälso- och sjukvårdens folkhälsoarbete skall definieras och därav följande ansvars- och uppgiftsfördelning mellan stat, landsting och kommuner.
- Ansvarsfördelningen mellan staten och sjukvårdshuvudmännen i fråga om finansieringen av vårdforskningen samt i vilka former stöd kan ges till vårdforskningens utveckling.

Kommittén har lämnat ett flertal delbetänkanden och dessa har refererats i rapporten i den mån de har berört primärvården. Ett slutbetänkande förväntas någon gång under år 1998.

Sammanfattningsvis visar kapitlet följande:

- Staten har tillgång till ett flertal instrument som kan påverka sjukvårdens struktur och landstingens drivkrafter och beteende. Det kan t.ex. vara fråga om lagstiftning, allmänna riktlinjer, olika former av finansiella styrinstrument och utformning av taxe- och avgiftssystem.
- Merparten av dessa instrument har i varierande utsträckning utnyttjats för att påverka eller reglera landstingens verksamhet. Lagstiftning har t.ex. utnyttjats i samband med husläkarreformen och för att påverka läkarresurserna i primärvården. Allmänna uttalanden om primärvårdens ställning har varit relativt frekventa. Ekonomiska styrmedel har periodvis, men i begränsad omfattning, använts för att stärka primärvården.
- Statsbidragen, som utgör statens viktigaste ekonomiska styrinstrument, har under senare år ändrat karaktär. De generella statsbidragen har fått allt större betydelse, medan de specialdestinerade bidragen minskat kraftigt i omfattning. Detta har medfört att styrmöjligheterna rent teoretiskt minskat. I praktiken går det dock att diskutera om detta påverkat styrmöjligheterna i någon påtaglig omfattning.
- Staten har även ett avgörande inflytande över högkostnadsskydd, bestämmelser om remisskrav och konstruktionen av läkarvårdsersättningen. Utformningen av dessa system kan påverka landstingens möjligheter att styra vårdens struktur.
- Uppföljning och utvärdering är också instrument för den statliga styrningen i den meningen att den typen av verksamhet närmast kan ses som en nödvändig förutsättning för övriga styrmekanismer.
- Inom regeringen hanteras hälso- och sjukvårdsfrågor av Socialdepartementet. Regleringsbrevet utgör det viktigaste styrinstrumentet inom ramen för resultatstyrningen. Resursfördelningsfrågor har en begränsad omfattning i denna form av styrinstrument. Den låga prioriteringen motiveras med att resurserna är begränsade och med att arbetet i hög grad varit fokuserat på att förstärka tillsynsfrågor och patientens ställning i vården. Uppföljnings- och utvärderingsarbete tycks även i övrigt vara av låg omfattning. Från och med år 1998 förstärks den analytiska kompetensen något vid departementet.
- Inrikesdepartementet arbetar med övergripande uppföljning av den kommunala verksamheten som bl.a. omfattar hur verksamheten utvecklas i förhållande till de nationella mål som statsmakterna satt upp för vissa verksamhetsområden. Som ett led i detta arbete överlämnade regeringen en skrivelse till riksdagen om utvecklingen inom den kommunala sektorn. Riksdagens och regeringens intentioner om primärvården berördes inte och målanalysen i stort var relativt outvecklad.

- En viktig uppgift för Socialstyrelsen är uppföljnings- och utvärderingsfrågor. Styrelsen är också ansvarig för officiell statistik. Verksamheten är i huvudsak inriktad på de uppgifter som anges i regleringsbrevet. En förhållandevis liten del av resurserna förefaller avse primärvården. Analyser som berör t.ex. resursfördelningsfrågor har låg prioritet. Ett flertal studier har en inriktning som inte gör det möjligt att dra några slutsatser på nationell nivå eller få en bred jämförelse mellan landstingen.
- Delegationen för samverkan mellan offentlig och privat hälso- och sjukvård konstaterar i sitt slutbetänkande att det föreligger svårigheter att göra uppföljningar och jämförelser på nationell nivå på grund av brister i bl.a. statistiken. Delegationen ser allvarligt på bristerna eftersom uppgifterna bl.a. utgör underlag för politiska beslut om den framtida dimensioneringen av vårdutbudet.

En ytterligare förklaring till den låga dimensioneringen av primärvården kan vara utbildningssystemet för läkare och de prioriteringar som där görs. Eftersom en läkarutbildning tar mycket lång tid får beslut som fattas i dag konsekvenser för lång tid framåt. Exempelvis kan en hög åldersstruktur i kombination med neddragningar i utbildningsvolymen påverka möjligheterna till rekryteringar och därmed även riksdagens och regeringens intentioner för primärvården. Det kan därför vara av intresse att närmare analysera utbildningen. I huvudsak rör detta utbildningens planering och ej dess innehåll.

I avsnitt 8.1 redovisas vissa grundläggande uppgifter om utbildningen, dess dimensionering och de planeringsförutsättningar som tillämpas. Tonvikten ligger på läkarnas vidareutbildning. I avsnitt 8.2 diskuteras några framtida konsekvenser av dagens utbildningsvolym. Avsnitt 8.3 innehåller en redovisning av beslutade förändringar av läkarnas vidareutbildning och det planeringssystem som kommer att tillämpas. I avsnitt 8.4 förs en diskussion om för- och nackdelar med olika planeringssystem. I avsnitt 8.5 diskuteras kort och översiktligt några komponenter som kan påverka den framtida efterfrågan. Avslutningsvis i avsnitt 8.6 sammanfattas kapitlet.

8.1 Utbildningen av läkare

Allmänt

Grundutbildning för läkare bedrivs vid Uppsala, Lunds, Göteborgs, Linköpings och Umeå universitet samt vid Karolinska institutet. Den grundläggande utbildningen omfattar fem och ett halvt år och leder fram till läkarexamen.

Därefter vidtar s.k. allmäntjänstgöring (AT) under ett år och nio månader. Allmäntjänstgöring fullgörs på läkartjänst för allmäntjänstgöring (blockförordnande) under handledning inom kirurgi, medicin, allmänmedicin (vardera sex månader) och psykiatri (tre månader). AT är således en avlönad läkartjänst i underordnad ställning med eget professionellt medicinskt ansvar, men arbetet utförs under handledning. AT skall enligt huvudregeln fullgöras som ett sammanhängande s.k. block, så att de fyra tjänstgöringsavsnitten fullgörs i en följd under 21 månader, det s.k. blocktvånget. Ansvariga chefsöverläkare intygar att tjänstgöringen fullgjorts på ett tillfredsställande sätt. Allmäntjänstgöringen skall avslutas med ett kunskapsprov som högskolan ansvarar för. Fullgjord AT utgör ett villkor för legitimation.

Den legitimerade läkare som vill uppnå specialistkompetens skall genomgå vidareutbildning under minst fem år för att förvärva de kunskaper, färdigheter och förhållningssätt som föreskrivits för den sökta specialistkompetensen. Specialistkompetensen skall förvärvas genom tjänstgöring som läkare under handledning och genom deltagande i viss teoretisk utbildning i form av specialistkompetenskurser (SK-kurser). Innehav av läkartjänst i självständig ställning förutsätter specialistkompetens.²⁹ Den sammanlagda

²⁹ I samband med EES-avtalet infördes en kompetensnivå för allmänpraktiserande läkare (Europaläkare) som ligger mellan legitimations- och specialistkompetensnivå-

Allmäntjänstgöring (AT) och specialisttjänstgöring (ST)

Antalet antagna till läkarutbildning under de senaste 25 åren har varierat mellan ca 850 och 1 000 per år. Det är framför allt under den senaste tioårsperioden som antagningsvolymerna varierat mer påtagligt. De volymförändringar som genomförts i läkarutbildningen kan dock inte på något påtagligt sätt ha påverkat det nuvarande utbudet av läkare. Därtill är de alldeles för modesta och har gjorts så pass sent att de inte fått något större genomslag än.

Däremot har systemet, eller snarare planeringsförutsättningarna, för allmäntjänstgöring (AT) och specialisttjänstgöring (ST) varit föremål för förändringar som kan antas påverka utbudet av färdiga läkare.

Kort historik

I anslutning till den reformering av läkarnas utbildning som genomfördes för mer än 25 år sedan träffades en informell överenskommelse mellan staten och Landstingsförbundet som innebar att landstingen skulle svara för att utbildningstjänster för examinerade läkare (AT och FV) skulle tillhandahållas i en utsträckning som fastställdes genom det planeringssystem som samtidigt infördes. Enligt s.k. läkarfördelningsprogram skulle läkare fördelas på olika verksamhetsområden, vårdformer och sjukvårdsområden och tillskottet av nya läkare skulle styras till olika specialiteter i enlighet med långsiktiga hälso- och sjukvårdspolitiska mål. Programmen fastställdes centralt (prop. 1997/98:5).

I praktiken var läkarfördelningsprogrammen ett ransonerings- och fördelningssystem som skulle säkra en jämn läkarförsörjning över riket och en lämplig fördelning av läkare på olika specialiteter i enlighet med statens hälso- och sjukvårdspolitik. Socialstyrelsen tilldelades ansvaret för att göra läkarfördelningsprogram. På förslag av Socialstyrelsen tilldelades sjukvårdshuvudmännen AT-block och block för fortsatt vidareutbildning (FV, numera ST). Tjänsterna tidsbegränsades så att genomströmningen på tjänsterna skulle bli så snabb som möjlig och landstingen hindras från att behålla underläkare som arbetskraft längre än nödvändigt.

Socialstyrelsen skulle tidigare också pröva inrättandet av nya läkartjänster för vidareutbildade läkare. I samband med att sjukvårdshuvudmännen år 1983 gavs full frihet att inrätta de tjänster för vidareutbildade läkare som de önskade kom läkarfördelningsprogrammets ransoneringsdel att få en ändrad inriktning. Programmen blev successivt alltmer inriktade på planeringsdelen, dvs. att ge förslag till fördelning av AT- och FV-block. Någon lagstadgad skyldighet för huvudmännen att följa fördelningsprogrammen fanns inte.

erna. För denna kompetens krävs nio månaders handledd tjänstgöring som läkare efter legitimation. Kompetensnivån utgör minimikrav för anslutning till det offentligt finansierade systemet för läkare som avser att bedriva självständig privat verksamhet enligt lagen (1993:1651) om läkarvårdsersättning.

Systemet med läkarfördelningsprogram visade sig fungera mindre tillfredsställande vad gäller intentionerna om en geografiskt och verksamhetsmässigt balanserad läkarfördelning. Tillräcklig kännedom om lokala förhållanden saknades ofta och prognoserna beträffande nettotillskottet av vidareutbildade läkare slog ofta fel. Landstingens ekonomi började dessutom att försämrans i slutet av 1980-talet och det uppstod vidare tendenser till en viss mättnad på läkare.

De centralt upprättade och fastställda läkarfördelningsprogrammen utvecklades därför år 1992 och ersattes av ett system där sjukvårdshuvudmännen fick ansvar för att planera den framtida tillgången på vidareutbildade läkare, dvs. för att inrätta AT-block och ST-tjänster (specialiseringsperiodens namn ändrades från fortsatt vidareutbildning (FV) till specialiseringstjänstgöring (ST)). Detaljregleringen av specialistutbildningen avskaffades och ersattes med målbeskrivningar för de olika specialiteterna. Underläkare skulle anställas på tillsvidareförordnande under specialistutbildningen (prop. 1988/89:138, bet. 1989/90:SoU9).

Utvecklingstendenser

Inom det gamla systemet före år 1992 tilldelade Socialstyrelsen årligen huvudmännen ca 1 000 FV-block och ungefär 950 AT-block. Åren efter 1991 har vidareutbildningen minskat, både vad gäller i termer av AT-block och ST-tjänster. Antalet AT-block som ledigförklarats har minskat från ca 930 år 1991 till ca 820 år 1996. För år 1997 förväntas antalet lediga AT-block understiga 800.

Utvecklingen av antalet utannonserade ST-tjänster är mer drastisk. Som framgår av figur 8.1 har antalet utannonserade tjänster halverats sedan år 1991. Antalet ST-tjänster inom allmänmedicin förefaller ha minskat starkt, både antalsmässigt och relativt sett. Åren 1991 och 1992 uppgick andelen ST-tjänster inom allmänmedicin till cirka en tredjedel av samtliga utannonserade tjänster. Andelen har därefter sjunkit till ca 20 procent och antalsmässigt uppgår de nu till ca 100 per år.

Figur 8.1 Utannonserade ST-anställningar 1991-1996
Antal



Anm.: Åren 1991–1993 avser anställningar som utannonserats i Läkartidningen. Fr.o.m. år 1994 avser uppgifterna Läkartidningen och Post & Inrikes Tidningar.
Källor: Sveriges läkarförbund (1997) och Ribacke (1997).

Det föreligger en viss osäkerhet i uppgifterna om vidareutbildningsvolymer som kan försvåra en jämförelse före och efter år 1992. I det gamla systemet före år 1992 är det oklart hur många av de tilldelade blocken som verkligen tillsattes. I det nya systemet kan tjänster tillsättas utan att de ledigförklaras.

Analyser av Sveriges läkarförbund (1996a) tyder på att nedgången i viss mån är reell, åtminstone vad gäller ST-tjänster. För att studera nylegitimerade läkares arbetsmarknad har förbundet sedan 1991 genomfört enkätundersökningar som riktar sig till läkare som erhållit svensk legitimation. Undersökningarna avser arbetsmarknadssituationen cirka ett år efter legitimation. Resultaten visar att av dem som erhöll legitimation år 1991, dvs. i samband med övergången till det nya systemet, hade drygt 36 procent ST-anställning (eller motsvarande) och ca 52 procent vikariat som läkare ett år senare (tabell 8.1). Fyra år senare har andelen med ST-anställning sjunkit till ca 29 procent och andelen med vikariat ökat till drygt 57 procent. En viss nedgång således, men inte så kraftig som statistiken över utannonserade ST-anställningar antyder. Vikariatsförordnanden förefaller också ha varit vanliga i det gamla systemet.

Sveriges läkarförbund (1996a) har även studerat hur länge läkarna måste vara vikariatsanställda innan de erhåller ST-anställning. De drygt 53 procent som i tabell 8.1 angav att de hade ett vikariat under hösten 1995 följdes upp under hösten 1996. Av dessa angav ca 34 procent att de hade en ST-anställning, ca 53 procent hade fortfarande vikariat och 9 procent sysslade med annan verksamhet. Sammantaget innebär detta att två år efter legitimation hade ca 50 procent en ST-anställning och ca 30 procent var fortfarande anställda på vikariat.

Tabell 8.1 Arbetsmarknadssituationen ett år efter legitimation
Procent

	1992	1993	1994	1995	1996
Innehar ST-anställning	13,9	28,4	26,0	30,7	28,9
Innehar FV-block	22,6	2,3	0,4	-	-
Innehar vikariat som läkare	52,1	56,7	57,2	53,2	57,3
Forskar på heltid/deltid	0,6	1,2	1,8	2,5	2,2
Annat läkararbete	3,9	3,5	3,3	3,3	2,5
Olika former av ledighet etc.	4,9	4,6	8,0	7,1	6,5
Annat yrkesval	0,1	-	0,2	0,3	0,2
Arbetslös	1,8	3,3	3,1	2,8	2,4

Källa: Sveriges läkarförbund (1996a).

Läkarförbundet (1996a) har även på ett liknande sätt analyserat arbetsmarknadssituationen ett år efter läkarexamen. Resultaten visar att andelen som innehar AT-block har stigit från ca 72 procent år 1991 till drygt 80 procent år 1996. Andelen som innehar vikariat som läkare har under perioden fallit från ca 20 till 8 procent. Nedgången i antalet ledigförklarade AT-block förefaller således inte ha lett till en faktisk minskning av antalet AT-tjänster. I det system som tillämpades före 1992 var bilden snarast den motsatta. Antalet ledigförklarade AT-block var högt, medan antalet faktiska tjänster var lägre. Riksdagens revisorers (1991) föregående granskning av hälso- och sjukvården visar att av de 990 block som fördelades år 1988 hade 927 inrättats och 869 besatts. Endast omkring var tredje huvudman hade inrättat och lyckats tillsätta AT-block enligt Socialstyrelsens anvisningar.

Ett annat sätt att studera utvecklingen är att analysera Landstingsförbundets personalstatistik. En sådan ansats har redovisats i kapitel 4 (tabell 4.3). Där framgår att antalet (årsarbetare) ST-läkare och AT-läkare inom landstingen (exkl. de landstingsfria kommunerna) ökade från ca 5 600 år 1980 till ca 6 200 år 1990. Därefter har antalet sjunkit till ca 5 800 år 1996. Mer fördelat visar statistiken att antalet ST-läkare ökade mellan år 1990 och 1996, från 3 935 till 4 034. Under motsvarande period sjönk antalet AT-läkare från 2 251 till 1 789. Det har således inte skett några drastiska förändringar av antalet sysselsatta läkare under vidareutbildning inom landstingen. Personalstatistiken antyder snarare att volymerna legat på en relativt konstant nivå, vilket också grundutbildningen gjort under perioden. Av den tillgängliga statistiken framgår dock inte hur många som har tillsvidareanställning respektive vikariat.

Statistik över utfärdade legitimationer tyder inte heller på några markanta förändringar. Under perioden 1980–1996 har antalet nya legitimationer legat på ca 1 000 per år och de årliga variationerna har varit relativt små (tabell 8.2). När det gäller antalet utfärdade specialistbevis går det inte på grund av bristande statistik att ge någon klar bild.³⁰ Begränsade uppgifter från Sveri-

³⁰ Socialstyrelsen är enligt lag skyldig att utfärda specialistbevis enligt vissa kriterier. Med de rutiner som för närvarande tillämpas är det endast möjligt att få uppgifter fr.o.m år 1993. För enkla uppgifter som antal utfärdade bevis före 1993 finns inga sammanställningar och Socialstyrelsen anger att väntetiden för sådant material är

ges läkarförbund (1988) tyder på att antalet utfärdade specialistbevis i allmänmedicin under perioden 1980–1988 uppgick till i genomsnitt ca 260 per år. Skillnaden gentemot åren 1993–1997 skulle således inte vara så stor.

Tabell 8.2 Utfärdade legitimationer och specialistbevis

	1980- 1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997
Legitimationer	1030	1145	1106	1013	1145	995	1004	
Specialistbevis	-	-	-	1507	1357	1286	969	847 ¹
– därav allmän- medicin	-	-	-	396	351	287	187	

¹Avser t.o.m. den 30 september. Vid samma tidpunkt 1996 hade 750 bevis utfärdats.

Källa: Socialstyrelsen.

Uppgifter som pekar i en något annorlunda riktning är att arbetslösheten bland läkarna ökat.

Det är inte möjligt att ge någon helt entydig förklaring till den sannolikt rätt modesta nedgången av ST-tjänster eller motsvarande. Ett skäl kan naturligtvis vara besparingskraven och de omstruktureringar som skett inom sjukvården. En annan bidragande orsak kan vara att det är tillåtet med tidsbegränsade förordnanden vid universitetssjukhusen. Tillsvidareanställningar kan vidare vara svåra att förena med intresset av genomströmning i systemet, eftersom inget omedelbart rekryteringsbehov uppstår i organisationen i och med att ST-läkaren uppnår specialistkompetens. Ett visst antal ST-anställningar kan även ha varit svåra att tillsätta på grund av geografiskt läge och/eller att specialiteten är mindre attraktiv. Nylegitimerade läkare kan i ett sådant läge välja att stanna kvar på studieorten och försöka gå vidare via vikariat. En annan sak är däremot att en hög andel vikariat kan anses som otillfredsställande. Till detta återkommer vi i kapitel 9.

Oberoende av hur utvecklingen skall tolkas förefaller sjukvårdshuvudmännen i vart fall under en följd av år ha dragit ned på antalet utannonserade eller ledigförklarade tjänster. Detta är en utveckling som i nuläget tycks fortsätta. Tidningen Dagens Medicin (1997) tillfrågade under år 1997 samtliga sjukvårdshuvudmän om de vidtagit några åtgärder för att öka antalet ST-tjänster. Endast sju huvudmän svarade att de har ökat/är på väg att öka antalet tjänster. I flertalet fall var det fråga om marginella ökning. Svaren överensstämmer relativt väl med den faktiska utvecklingen mellan åren 1995 och 1996. Samtidigt har de landsting som revisorernas kansli besökt varit medvetna om betydelsen av en väl fungerande vidareutbildning för läkare.

8.2 Några konsekvenser

Det är svårt att frånga intrycket att sjukvårdshuvudmännen åtminstone på kort sikt handlat relativt rationellt om det skett en viss neddragning av vidareutbildningsvolymen. Som tidigare framgått har antalet läkare i det närm-

drygt två månader. Den som är i behov av sådant material hänvisas till att besöka Socialstyrelsens arkiv för egna bearbetningar.

aste tredubblats under de senaste 25 åren och Sverige har nu internationellt sett en mycket hög läkartäthet. I dag är behovet av läkare relativt lågt och befintliga tjänster i huvudsak tillsatta.

Läkarkåren har också en relativt sned åldersfördelning. Den speglar läkarutbildningens kapacitet längre tillbaka i tiden och även den höjning av medelåldern för antagna till läkarutbildningen som skedde på 1970-talet. Fram till år 2000 är det förhållandevis få läkare som varje år uppnår pensionsåldern, ca 300 till 400 varje år. Efter år 2000 ökar pensionsavgångarna successivt till ca 1 200 per år omkring år 2015. Mot denna bakgrund är det inte svårt att förstå huvudmännens handlande. Om neddragningen endast är tillfällig och anpassad till åldersstrukturen behöver konsekvenserna inte bli så betydande. Om den däremot är permanent kommer läkarkåren att minska på sikt.

Koncentrerar vi oss på vidareutbildningen i allmänmedicin blir bilden ungefär den som framträder i tabell 8.3. I dagsläget finns ungefär 4 000 specialister i allmänmedicin i primärvården. Under perioden 1996–2000 går ca 120 av dessa i pension samtidigt som det tillkommer ca 870 nya specialister i allmänmedicin (beräkningen baseras på antalet utannonserade ST-tjänster under 1991–1995, se figur 8.1). Fram till och med år 2000 kommer således antalet specialister att öka med drygt 700, vilket i huvudsak bör vara tillräckligt för att uppnå målet om en läkare per 2 000 innevånare (förutsatt att samtliga fullföljer utbildningen och får arbete samt naturligtvis att sjukvårdshuvudmännen anställer dessa). Efter år 2000, framför allt perioden 2006–2020, ökar antalet pensionsavgångar starkt och nuvarande volym ST-anställningar i allmänmedicin på ca 100 per år blir då otillräcklig. Som framgår av tabell 8.3 krävs mellan 170 och 280 anställningar per år för att kompensera för pensionsavgångar.

Tabell 8.3 ST-anställningar och pensionsavgångar

	Behov av ST-anställningar		Pensionsavgångar (sammantaget för respektive 5-årsperiod)
	Per år	Totalt	
1996–2000	60	300	
2001–2005	170	850	300
2006–2010	280	1400	850
2011–2015	190	950	1400
2016–2020			950

Källa: Sveriges läkarförbund (1996b).

För att allmänläkarkåren långsiktigt skall vara intakt och inte eroderas krävs i genomsnitt ca 140 ST-anställningar per år (tabell 8.4). Om målet om en läkare per 2 000 innevånare långsiktigt skall kunna upprätthållas krävs ca 180 ST-anställningar i allmänmedicin per år, dvs. nästan dubbelt så hög volym som i dagsläget.

Tabell 8.4 Effekter på antalet specialister i allmänmedicin vid några alternativa antaganden om ST-anställningar

Alternativa årliga tillsättningar av ST-anställningar fr.o.m. år 1996 t.o.m. 2015	Effekter på antalet specialister i allmänmedicin år 2020
140	+/-0
180	+800
240	+2000

Källa: Sveriges läkarförbund (1996b) och egna beräkningar.

Det krävs naturligtvis också att sjukvårdshuvudmännen planerar och analyserar behovet av andra personalgrupper. Några specifika uppgifter över ålderssammansättningen inom primärvården föreligger inte. Ungefär 15 procent av de anställda inom landstingen är över 55 år, vilket innebär att ca 25 000 personer kommer att pensioneras inom den närmaste tioårsperioden. Till detta kommer avgångar av andra skäl. Samtidigt är behovet av planering som störst för gruppen läkare. Som tidigare framgått är utbildningstiden tolv år och tre månader, dvs. ungefär fyra gånger så lång som för en sjuksköterska.

8.3 Beslutade förändringar

Riksdag och regering har vid flera tillfällen uppmärksammat utvecklingen av läkarnas vidareutbildning och därmed läkarförsörjningen. Redan år 1989 efterlyste socialutskottet en samlad redovisning från regeringens sida om synen på problemen med läkarförsörjningen (bet. 1989/90:SoU9). I samband med behandlingen av regeringens proposition om primärvård, privata vårdgivare m.m. (prop. 1994/95:195) konstaterade socialutskottet att det i förhållande till de dimensioneringssträvanden som huvudmännen angett för verksamheten ännu finns brist på läkare med specialistkompetens i allmänmedicin (bet. 1994/95:SoU24). ”Möjligheterna att rekrytera fler allmänläkare genom traditionell specialistläkarutbildning är begränsade eftersom det totala antalet ST-tjänster har reducerats under de senaste åren. Det är angeläget att detta förhållande ändras, annars finns det risk för att en fortsatt uppbyggnad av primärvården försvåras. För att primärvården skall kunna fullgöra sina uppgifter måste den naturligtvis tillföras resurser som står i relation till de krav som ställs. Utskottet utgår ifrån att regeringen noga följer utvecklingen och tar de initiativ som kan behövas.”

Regeringen tillsatte år 1994 en arbetsgrupp med uppgift att bedöma den framtida efterfrågan på läkare vid några olika antaganden. Arbetet resulterade i departementspromemorian ”Den framtida efterfrågan på läkare m.m.”. Utifrån bl.a. denna promemoria lade regeringen under hösten 1997 en proposition om läkarnas vidareutbildning (prop. 1997/98:5). Socialutskottet ställde sig bakom regeringens förslag (bet. 1997/98:SoU8).

Förändringarna träder i kraft den 1 juli 1998 och är i huvudsak följande.

- En ny bestämmelse införs i hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) om att det i landstingen skall finnas möjligheter till anställning för läkares allmäntjänstgöring (AT) i sådan omfattning att alla läkare med läkarexamen

och vissa läkare med utländsk utbildning får möjlighet att fullgöra praktisk tjänstgöring som grund för legitimation.

- I landstingen skall också finnas möjligheter till anställning för läkares specialisttjänstgöring (ST) i en omfattning som motsvarar det planerade framtida behovet av specialister i klinisk verksamhet (ej lagstiftning).
- Landstingens möjligheter att förlägga delar av AT till andra driftformer än den reguljära landstingskommunala verksamheten förtydligas.
- AT förkortas med tre månader till 18 månader. Utbildningen blir mer målstyrd och dess innehåll förändras något.
- Regeringen kommer att ta initiativ till en översyn och särskilt utreda specialistkompetenskursernas innehåll, finansiering och huvudmannaskap.

Ett huvudmotiv till dessa förändringar är enligt propositionen att den överenskommelse mellan staten och Landstingsförbundet som hittills gällt (se ovan) inte längre är en ändamålsenlig reglering av landstingens åtagande i fråga om tillräckligt tjänstutrymme för AT och ST. Det framgår att det tidigare systemet visserligen har fungerat i stort sett tillfredsställande under en lång följd av år men den utveckling som kan iakttas under 1990-talet ställer krav på en mer formell reglering av landstingens skyldigheter på detta område (dvs. den nedgång av vidareutbildningstjänster som beskrivits i avsnitt 8.1). Vidare anges att det i andra sammanhang uppmärksammats att avtal mellan staten och Landstingsförbundet inte nödvändigtvis innebär att landstingen ikläder sig några förpliktelser i rättslig mening. Enligt propositionen bör därför landstingens ansvar för den framtida läkarförsörjningen regleras i författning. Av propositionen framgår att landstingens skyldigheter i fråga om AT låter sig definieras relativt entydigt, medan frågan om specialisttjänstgöring är mer komplicerad och måste innefatta hälso- och sjukvårdens beräknade behov av specialister i klinisk verksamhet i ett långsiktigt perspektiv. Detta perspektiv måste innehålla ett nationellt element och det måste även beaktas att fördelningen av AT-block över landet naturligen bör hanteras på central nivå.

Av propositionen framgår att den centrala planering som tillämpades före 1992 inte gav avsett resultat, men även att den decentraliserade modell som tillämpats senare kan ha lett till minskad överblick och helhetssyn samt att det nationella perspektivet övergetts. Den vikande tjänstutvecklingen på ST-nivå anses som ett allvarligt problem och det är också svårt för huvudmännen att få en tydlig och rättvisande bild av ST-volymens faktiska omfattning. Regeringen finner det vidare otillfredsställande att en förhållandevis stor andel legitimerade läkare är hänvisade till vikariatsförordnanden utan strukturerad utbildning och handledning.

För att underlätta den långsiktiga bedömningen inrättas ett nationellt planeringsstöd. Syftet med stödet är att göra det möjligt att skapa bättre överblick och verka för en mer långsiktig planering av läkarförsörjningen inom hälso- och sjukvården. Ett sådant planeringsstöd bör enligt propositionen innebära bedömning av det framtida behovet av specialistkompetenta läkare i klinisk

verksamhet och fördelning över landet av anställningsvolymen för allmän-tjänstgöring.

I propositionen hänvisas till den planeringsmodell som förordades i samband med övergången till decentraliserat beslutsfattande år 1992, men som av olika skäl aldrig kom att tillämpas. Enligt modellen skulle varje sjukvårdshuvudman analysera och sammanställa tillgång och eventuell brist på läkare och det förväntade resultatet av den hos respektive huvudman pågående vidareutbildningen. Inom varje region skulle sedan en sammanvägning göras i avsikt att pröva lösningar beträffande bemanningsproblemen inom den egna regionen vid såväl brist som överskott. Efter den primära analysen skulle resultaten tillställas Socialstyrelsen. På den nationella nivån föreslogs Socialstyrelsen svara för analys av de regionvis sammanställda uppgifterna och göra en avstämning mot bl.a. de nationellt fastlagda sjukvårdspolitiska riktlinjerna. Efter samrådsförfarande skulle Socialstyrelsen därefter gå ut med en redovisning till sjukvårdshuvudmännen om hur huvudmännens egen planering stämde överens med de nationella kraven m.m. I propositionen diskuterades ekonomiska sanktioner om det föreslagna systemet inte fick tillräcklig effekt.

Denna modell bör enligt propositionen kunna tjäna som en lämplig utgångspunkt för närmare överväganden och Socialstyrelsen tilldelas rollen som central instans för detta planeringsstöd. Regeringen kommer att uppdraga åt Socialstyrelsen att närmare överväga hur detta planeringsstöd bör utformas i nära samråd med berörda intressenter, främst Landstingsförbundet, Högskoleverket och läkarnas organisationer. Uppdraget bör redovisas under våren 1998 och tanken är att verksamheten skall påbörjas den 1 januari 1999.

8.4 Effekter av regleringar

En vanlig utgångspunkt i studier av ekonomiska regleringar eller ekonomisk verksamhet i offentlig regi är att regleringen eller verksamheten motiveras av ett behov att korrigera marknadsimperfectioner eller marknadsmisslyckanden. Inom hälso- och sjukvårdsområdet är det i huvudsak två problem som medför att marknadsmekanismerna inte åstadkommer en acceptabel lösning utan kompletterande ingrepp. För det första är problemet med hälsan i hög grad oförutsägbara varför ett effektivt fungerande system måste tillhandahålla någon form av försäkring. För det andra existerar en hög grad av informationsasymmetri mellan läkare och patient som kan bidra till att göra den fria marknaden till en olämplig mekanism för tillhandahållande av läkartjänster.³¹ Hur system i t.ex. den offentliga sektorns regi bäst bör utformas för att hantera dessa problem ligger emellertid utanför ramen av denna rapport.

Däremot kan utbildningssystemet vara av intresse och det finns också flera skäl för en statlig inblandning i utbildningssystemet. Utan att närmare gå in på dessa kan det dock finnas anledning att peka på några omständigheter när det gäller fördelningen av ansvaret mellan staten och sjukvårdshuvudmännen. Den nuvarande ansvarsfördelningen innebär att staten svarar för grund-

³¹ Dessa typer av mekanismer diskuteras utförligt i Blomqvist (1990).

utbildningen (och vissa teoretiska vidareutbildningskurser) medan landstingen enligt den ovan nämnda överenskommelsen svarar för utbildningstjänster för examinerade och legitimerade läkare (AT och ST). Det är säkert i grova drag en rationell fördelning och den har inte heller varit starkt ifrågasatt. Det är inte heller orimligt att personer som avslutat grundläggande läkarutbildning och erhållit läkarexamen bör få en reell möjlighet att fullgöra allmän-tjänstgöring som grund för legitimation. Det som kan diskuteras är emellertid graden av reglering och hur inslagen av styrning fungerar. I grund och botten en fråga om hur detaljrik planeringen bör vara och om regleringar kan förväntas leda till ett önskvärt beteende.

Som framgått ovan har utvecklingen gått från ett statligt centralstyrt planeringssystem till ett decentraliserat system (dock fortfarande centraliserat i den meningen att lokala monopol fattar besluten). Annorlunda uttryckt har centralistiska läkarfördelningsprogram ersatts av system där sjukvårdshuvudmännen fått ansvar för att planera den framtida tillgången på vidareutbildade läkare. Konsekvenserna av detta systembyte har ansetts otillfredsställande och en återgång till mer centralistiska planeringsinslag har aviserats. Även om detaljutformningen av det nationella planeringsstödet i dagsläget är oklar kan det finnas anledning att diskutera effekter av regleringar.

Det finns huvudsakligen tre typer av motiv för att införa regleringar.³² Att öka säkerheten för medborgarna, att höja effektiviteten eller att gynna någon särskild intressegrupp. I princip kan alla tre motiven vara aktuella i detta fall, men i första hand torde skyddsintresset vara aktuellt.

Även om regleringar ofta har ett vällovligt syfte är det ett välkänt faktum att de kan leda till snedvridningar och ineffektiviteter och därmed ökade kostnader. När en viss verksamhet regleras, ändras de ekonomiska aktörernas drivkrafter. Beteendet påverkas ofta i helt oväntad riktning. Många gånger är således effekterna oväntade och svåra att påvisa på förhand. Några andra förväntade konsekvenser kan vara följande:

- Regleringar är förknippade med hanteringskostnader, dvs. i detta fall kostnader för både staten och landstingen att administrera och åtgärda regleringarna. Dessutom kan olika former av övervakningskostnader tillkomma.
- Det uppstår även indirekta hanteringskostnader genom de samhällsekonomiska förluster som uppstår till följd av finansieringen av dessa tjänster.
- Det finns en inneboende tröghet mot att ta bort regleringar. Detta medför växande dynamiska hanteringskostnader och innebörden är att de negativa konsekvenserna av en reglering tenderar att stiga över tiden.
- Många intressegrupper har ett egenintresse av att reglera marknaden. Sådana faktorer gör det normalt också svårt att avskaffa en reglering, hur ineffektiv den än är.

³² Olika typer av regleringar diskuteras bl.a. i SOU 1991:82.

- Regleringar föreskriver ett visst beteende, ofta till en relativt låg kostnad för den som utfärdar regleringen. Ansvar för konsekvenserna i termer av kända och okända kostnader hamnar däremot hos aktörer som omfattas av regleringen, i detta fall landstingen och i slutändan medborgarna.
- Stora resurser kan också läggas ned på att kringgå regleringar och försöka uppnå olika former av fördelar eller undantag (rent seeking).

Den kanske största invändningen mot regleringar är att de förutsätter att den ansvariga myndigheten eller liknande har fullständig information. Det gäller inte bara information om nuläget utan också om framtiden i form av prognoser. I själva verket är ju en vanlig orsak till delegering att lokala beslutsfattare som regel är bättre informerade. Ofullständig information innebär ofta att det är väldigt svårt att bedöma kostnaden för den som drabbas. Dessutom är det vanligtvis omöjligt att ta hänsyn till enskilda omständigheter. I stället måste en enhetlig reglering tillämpas på en bred grupp samtidigt.

Det finns också invändningar mot just regleringen av vidareutbildningen av läkare som är mer av empirisk karaktär. I sin föregående granskning av hälso- och sjukvården pekade Riksdagens revisorer på att systemet med fördelning av FV-block (nuvarande ST) inte bidragit till en balanserad läkarförsörjning. Socialstyrelsen prioriterade i och för sig allmänmedicin i sina förslag till FV-block, men sjukvårdshuvudmännen reagerade inte enligt intentionerna (detta gällde också den geografiska fördelningen). Inom block där Socialstyrelsen var restriktiv i tilldelningen ökade antalet specialister avsevärt mer än motsvarande blocktilldelning. Skälet var att det fanns stora utbildningsvolymerna utanför blocksystemet. Detta är ett närmast klassiskt exempel på hur regleringar påverkar beteenden. Svenska läkarförbundet (1996) har på ett liknande sätt pekat på att det reglerade systemet ledde till att block i glesbygden och i mindre attraktiva specialiteter inte fick några innehavare, samtidigt som det fanns ett betydande vikariatsutrymme (s.k. gråblock) i tätorter och populära medicinska verksamhetsområden. Den enkla sammanställning som redovisats i avsnitt 8.1 tyder också på att det fanns och finns en stor vikariatsmarknad utanför systemet med utannonserade tjänster och att verkligheten är mer komplicerad än vad den officiella statistiken förespeglar. Av den proposition (prop. 1988/89:138) som avvecklade det centrala planeringssystemet framgår vidare att tillräcklig kännedom om lokala förhållanden ofta saknades och att prognoserna beträffande nettotillskottet av vidareutbildade läkare ofta slog fel.

Även om regleringssystemet varit mer framgångsrikt måste också den enskilde individens val inkluderas i analysen. Läkares val av inriktning på vidareutbildningen behöver inte nödvändigtvis överensstämma med samhällets önskemål och behov. Analyser av Sveriges läkarförbund (1988) visar att specialistutbildningen i allmänmedicin i dessa avseenden fungerade dåligt under 1980-talet. Av de FV-block (1 100) som Socialstyrelsen rekommenderade 1979–1981 blev 99 procent inrättade och 89 procent tillsatta. Under vidareutbildningen hoppade ca 10 procent av. Resultatet fyra år senare blev 850 nya specialister i allmänmedicin. Ett par år senare hade 18 procent av dessa övergått till annan verksamhet och 12 procent hade för avsikt att

övergå till annan verksamhet. Inkluderas den senare gruppen resulterade endast ca 50 procent av de FV-block som Socialstyrelsen rekommenderade 1979–1981 i distriktsläkare i allmänmedicin 7-8 år senare. En liknande undersökning av dem som blev specialister i allmänmedicin i slutet av 1970-talet visar på ett större bortfall i ett längre tidsperspektiv. Endast drygt 40 procent av de rekommenderade blocken resulterade i en distriktsläkare 12 år senare. De främsta anledningarna till avhopp angavs vara arbetsbelastning, arbetsmiljö samt central detaljstyrning av verksamheten.

Det kanske mest övertygande belägget för att det hårt reglerade system som tillämpades på 1970- och 1980-talen inte fungerade (åtminstone inte vad gäller allmänmedicin) är den statistik över antal läkare som redovisats i kapitel 4. Av den framgår att volymen av läkare inom primärvården utvecklades mycket svagt under denna tjugoårsperiod. Under 1990-talet har däremot ökningen varit markant. Det innebär dock inte att det är övergången till ett decentraliserat vidareutbildningssystem som förklarar denna utveckling utan det är andra faktorer. I huvudsak rör det sig om följande tre faktorer:

- Husläkarreformen med dess inslag av ekonomiska incitament i form av kapitations- och prestationsersättning samt de utbildningsinsatser som genomfördes i samband med reformen (inriktningen har redovisats i kapitel 6 och 7).
- Neddragningen av företagshälsovården.
- Det försämrade arbetsmarknadsläget för läkare.

En slutsats är att regleringar har möjligheter att påverka eller åstadkomma ett visst beteende, men de leder många gånger till oväntade och/eller oönskade beteenden och det finns en klar tendens till att det skapas marknader som ligger utanför systemet. De hittillsvarande erfarenheterna pekar bl.a. på att det lätt uppstår överskottstendenser på utbildningsorterna när man vill tillgodose läkarefterfrågan i områden som ligger långt från dessa. Det stora antalet specialiteter (62 stycken) medför vidare att de olika delarbetsmarknaderna knappast kommer att hamna i jämvikt. Åtminstone inte i avsaknad av olika marknadsmekanismer. Samtidiga efterfråge- och utbudsöverskott är snarare något som karakteriserat arbetsmarknaden för läkare.

Regleringars totala kostnader förblir ofta osäkra och de önskade effekterna nås ofta inte på det för samhället billigaste sättet. Alternativ som kan diskuteras i stället för regleringar är bättre uppföljning och ekonomiska styrmedel. I Riksdagens revisorers tidigare granskning av sjukvården pekades t.ex. på att statsmakterna med ekonomiska incitament skulle kunna bidra till att få till stånd den nödvändiga strukturomvandlingen inom sjukvården. Det statliga stödet skulle enligt rapporten kunna villkoras till vissa motprestationer. Om regleringar av olika skäl ändå anses nödvändiga bör de utformas så att störningar i möjligaste mån minimeras. Det kan också tyckas naturligt att frågor av denna art i första hand borde utgöra ett normalt inslag i Socialstyrelsens uppföljningsverksamhet.

Avslutningsvis i kapitlet kan det finnas anledning att kort beröra den framtida efterfrågan på sjukvård och därmed även i någon mån läkarresurserna. Det är inte möjligt att göra några precisa bedömningar, men det kan vara befogat att beröra några faktorer som kan påverka efterfrågan.

Sjukvårdskostnaderna eller behovet av resurser till sjukvården påverkas av ett komplext samband mellan olika faktorer. Det kan t.ex. vara inkomstutveckling, befolkningens sammansättning, hälsoläget, vårdens tillgänglighet och organisation, medicinsk praxis, teknisk utveckling, produktivitet och ambitionsnivå.

Det är svårt att identifiera alla faktorer och deras betydelse med någon större grad av precision. I en brett upplagd studie av OECD-länderna har emellertid olika faktorer bidrag till sjukvårdskostnadernas storlek och utveckling analyserats (OECD, 1995; Arvidsson och Jönsson, 1997). Resultaten från denna studie visar att BNP per capita, dvs. den ekonomiska utvecklingen, förklarar merparten av kostnadsutvecklingen. Bakgrundsvariabler som alkoholkonsumtion, kvinnlig förvärvsverksamhet eller arbetslöshet förklarar inte skillnader i vårdkostnader. Länder med en större andel rökare har däremot högre kostnader. I studien analyseras också hur kostnadsutvecklingen beror av sjukvårdens organisation och finansiering i olika länder. Resultaten är svårtolkade och det är vanskligt att dra några generella slutsatser. Sjukvårdssystem med primärvårdsläkare som "grindvakter" och en lägre andel sluten vård förefaller ha lägre kostnader. Däremot har inte sjukvårdssystem med hög läkartäthet och som betalar läkarna och sjukhusen med prestationsrelaterade ersättningar högre kostnader och inte heller sjukvårdssystem med högre andel offentlig finansiering.

Befolkningens ålderssammansättning har ofta diskuterats i samband med sjukvårdskostnaderna. Ett ökat antal äldre i befolkningen har många gånger anförts som ett argument för ytterligare resurser till sjukvården. Ett genomgående resultat i OECD-studierna tycks dock vara att åldersfaktorn har liten betydelse för att förklara tillväxten i kostnaderna. För att förstå på vilket sätt ålderssammansättningen och sjukvårdskostnaderna utvecklas är det viktigt att analysera sambandet mellan dödlighet och sjukvårdskonsumtion. Sjukvårdskostnaderna det sista levnadsåret är mycket högre än kostnaderna under tidigare levnadsår (Arvidsson och Jönsson, 1997).

Detta framgår mer i detalj av tabell 8.5 och först och främst av sjukvårdskostnaderna per capita. Kostnaderna ökar med stigande ålder (bortsett från de yngsta åldersgrupperna), men ökningstakten är inte så stark som det ibland har gjorts gällande. För den äldsta åldersgruppen är kostnaden inte mer än drygt dubbelt så hög som för genomsnittet. Eftersom gruppen som t.ex. är 85 år eller äldre uppgår till endast drygt 2 procent av befolkningen, betyder en antalsmässig ökning relativt lite för totalkostnaderna.

Tabell 8.5 Hälso- och sjukvårdskonsumtionen i olika åldersgrupper år 1994 (landstingens kostnader)
Kronor per person

Ålder	0-4	5-14	15-44	45-64	65-74	75-84	85-	Totalt
Ej avlidna	9880	3990	7000	9330	15700	21800	22470	9220
Sista levnadsåret	410500	133000	186000	174800	140800	92700	60860	105560

Källa: SOU 1996:163.

Av tabellen framgår också sjukvårdskostnaderna för sista levnadsåret. Kostnaderna för det sista levnadsåret är betydligt högre än för de jämnåriga som inte avlider under året. Det framgår också att kostnaden för det sista levnadsåret sjunker med stigande ålder från och med åldersgruppen 15-44 år. Genom att dödligheten ökar med stigande ålder kommer kostnaderna under det sista levnadsåret att få en relativt större betydelse. Detta balanseras dock av att kostnaderna under det sista levnadsåret sjunker. När dödligheten omfördelas över åldrarna påverkas således sjukvårdskostnaderna, men sambandet är komplext och alltför förenklade beräkningar kan leda till felaktiga slutsatser.

Åldersförändringarnas begränsade betydelse framgår också av beräkningar av HSU 2000. HSU 2000 räknar med att åldersförskjutningar i befolkningen kommer att öka totalkostnaderna med 5-6 procent under perioden 1994-2010, dvs. med mindre än en halv procent per år fram till år 2010. En slutsats av detta är att även om vi kan räkna med ökade kostnader för de äldre i framtiden kommer belastningen på sjukvården främst att bero på den ekonomiska utvecklingen och till en del på befolkningsutvecklingen i övrigt.

Effekter av åldersförskjutningar är således i praktiken relativt små och innebär inte några större krav på ökade sjukvårdsresurser. Däremot kan de, som framgått ovan, innebära krav på förändringar i sjukvårdens innehåll. De kan också innebära förändringar i sjukvårdens sammansättning. Rent konkret kan t.ex. de särskilda boendeformerna i kommunerna komma att innebära ökade krav på läkarinsatser från primärvården och även ställa krav på en utbyggnad av avancerad hemsjukvård som alternativ till slutet sjukhusvård.

Förutom åldersförändringar finns det också andra faktorer som kan komma att påverka sjukvårdens sammansättning och därmed i förlängningen primärvården. Enligt HSU 2000 bedöms vårdtiderna på sjukhus fortsätta att minska (se avsnitt 4.5). Patienter som i dag sköts i specialistvård bedöms i ökad utsträckning kunna tas om hand inom primärvården och i de särskilda boendeformerna i kommunerna. Primärvårds- och sjukhusansluten hemsjukvård förväntas expandera på slutenvårdens bekostnad. Enligt HSU 2000 gäller det också sjukhusens öppna vård. Med förbättrade samarbetsrutiner, gemensamma vårdprogram, utbildning och telemedicin bör en betydande del av sjukhusens öppna vård kunna föras över till primärvården som får ett delvis nytt innehåll med mer av specialistkonsultationer och specialistledd behand-

ling lokalt. Primärvården kan också komma att få ytterligare uppgifter vad gäller rehabilitering och förebyggande arbete.

Samtidigt har det framgått av kapitel 3 att landstingens ekonomi är mycket ansträngd och kan förväntas förbli så under ett antal år. Innebörden av detta är att tillkommande uppgifter sannolikt måste lösas genom ökad produktivitet och/eller genom omprioriteringar av resurser från andra delar av sjukvården. Av kapitel 3 och 4 har också framgått att personalsammansättningen förändrats i riktning mot en större andel kvalificerad personal. Enligt Landstingsförbundets framskrivningar kommer de fortsatta neddragningarna förmodligen att avse mindre kvalificerad personal, medan antalet läkare och sjuksköterskor förblir oförändrat, åtminstone för sjukvården som helhet. Det talar för att eventuella resursförstärkningar kommer att avse läkare och annan högutbildad personal.

Det är av naturliga skäl inte enkelt att översätta den övergripande diskussion som förts ovan till några konkreta eller entydiga effekter för primärvården. Av avsnitt 8.2 har emellertid framgått att det sannolikt kommer att ske en relativt stark ökning av antalet specialister i allmänmedicin fram till år 2000. Ökningen är förmodligen tillräcklig för att uppnå målet om en läkare per 2 000 innevånare vid sekelskiftet. Därefter behövs en utökad vidareutbildning om allmänläkarkåren inte långsiktigt skall minska. Huruvida resurser i den storleksordning som här diskuterats är tillräckliga eller ej är inte möjligt att besvara. Däremot är det inte otänkbart att utvecklingen leder fram till att mål som läkartäthet per innevånare ständigt måste omprövas.

8.6 Sammanfattning

Sammanfattningsvis visar kapitlet följande:

- Vidareutbildningen av läkare har gått från ett statligt centralstyrt planeringssystem till ett decentraliserat system. Centralistiska läkarfördelningsprogram har ersatts av system där sjukvårdshuvudmännen fått ansvar för att planera den framtida tillgången på vidareutbildade läkare.
- Övergången till ett nytt system har ansetts minska antalet vidareutbildningstjänster för läkare.
- Analyser av befintlig statistik tyder på att det kan vara svårt att finna klara belägg för en sådan nedgång. Om det skett en viss neddragning av vidareutbildningsvolymen är det svårt att frångå intrycket att sjukvårdshuvudmännen på kort sikt handlat relativt rationellt. Antalet läkare har tredubblats under de senaste 25 åren och pensionsavgångarna under de närmaste 5–10 åren är relativt begränsade. En relativt stor del av utbildningen sker dock i form av vikariat, vilket kan påverka kvaliteten i negativ riktning.
- Fram till och med år 2000 kommer antalet specialister i allmänmedicin att öka med ca 700. Förutsatt att sjukvårdshuvudmännen anställer dessa bör detta i huvudsak vara tillräckligt för att uppnå målet om en läkare per

2 000 innevånare. Om målet långsiktigt skall kunna upprätthållas krävs dock att nuvarande vidareutbildningsvolym ökas.

1998/99:RR2
Bilaga

- För att underlätta den långsiktiga bedömningen kommer emellertid ett nationellt planeringsstöd att inrättas. Syftet med stödet är att göra det möjligt att skapa bättre överblick och verka för en mer långsiktig planering av läkarförsörjningen inom hälso- och sjukvården.
- Även om detaljutformningen av det nationella planeringsstödet i dagsläget är oklar, kan det finnas anledning att diskutera effekter av regleringar. Det är ett välkänt faktum att regleringar kan leda till snedvridningar och ineffektiviteter och därmed ökade kostnader. När en viss verksamhet regleras, ändras de ekonomiska aktörernas drivkrafter. Beteenden påverkas ofta i helt oväntad riktning. Regleringar förutsätter vidare att den ansvariga myndigheten eller liknande har fullständig information, inte bara om nuläget utan också om framtiden.
- De analyser som gjorts av det regleringssystem som tillämpades på 1980-talet visar att det inte gav någon balanserad läkarförsörjning och att det växte fram oönskade utbildningsvolymerna som låg utanför planeringssystemet. Trots att allmänläkare prioriterades i systemet utvecklades antalet läkare i primärvården svagt under denna period.
- Under 1990-talet har däremot ökningen av allmänläkare varit markant. Förändrade planeringsförutsättningar förklarar dock inte denna ökning, utan den förklaras i huvudsak av husläkarreformen, neddragningen av företagshälsovården och det försämrade arbetsmarknadsläget för läkare.
- Alternativ till regleringar kan vara bättre uppföljning och ekonomiska styrmedel. Om regleringar av olika skäl anses nödvändiga bör de utformas så att störningar i möjligaste mån minimeras.
- Det är inte möjligt att med någon säkerhet försöka bedöma det framtida behovet av allmänläkare. Den ökning av antalet specialister i allmänmedicin som i dagsläget kan förutses är förmodligen tillräcklig för att uppnå målet om en läkare per 2 000 innevånare år 2000 (förutsatt att dessa anställs). Därefter behövs en utökad vidareutbildning om allmänläkarkåren inte långsiktigt skall minska. Samtidigt tillförs primärvården allt fler uppgifter och det är inte otänkbart att utvecklingen leder fram till att mål som läkartäthet per innevånare ständigt måste omprövas.

Riksdagens revisorer genomförde under 1990/91 en bred granskning av den svenska hälso- och sjukvården (förs. 1990/91:17). Granskningen omfattade bl.a. primärvården och denna del inriktades t.ex. på frågor om resursfördelning, ekonomisk effektivitet, huvudmannafrågor och alternativa driftsformer. I granskningen konstaterades bl.a. att primärvården inte alls fått den ställning i vården som statsmakterna sedan länge uttalat sig för. Enligt rapporten återspeglades primärvårdens svåra situation framför allt i en besvärande brist på kvalificerad personal, främst distriktsläkare. De förslag som lämnades till riksdagen var relativt långtgående och innebar att läkarresurser skulle överföras från läns- och regionsjukvården till primärvården samt vissa frågor rörande huvudmannaskap, primärvårdens budgetansvar, ansvarsprinciper, personalstrukturen i den öppna primärvården, alternativa driftsformer och valfrihet i vården. Förslaget föranledde inget uttalande från riksdagen. Enligt socialutskottets mening kunde det förväntas att de frågor som revisorerna tog upp skulle komma att övervägas av den nya regeringen, och riksdagen borde inte föregripa behandlingen av regeringens kommande förslag på hälso- och sjukvårdsområdet (bet. 1991/92:SoU6).

Riksdagens revisorers nuvarande granskning av primärvården är inte av lika omfattande karaktär utan har koncentrerats till resursfördelnings- och styrningsfrågor samt uppföljning och utvärdering. Samtidigt finns det skäl att klargöra de begränsningar som föreligger vid en granskning av en verksamhet som till stor del är av kommunal karaktär.

Riksdagens revisorer kan granska hur nationella mål implementeras på kommunal nivå. Revisorerna kan däremot inte lägga förslag som rör enskilda primärkommuner eller landsting.

En annan restriktion är hälso- och sjukvårdslagen (HSL) som är en ramlag som huvudsakligen innehåller mål och riktlinjer och inte detaljregleringar. När det gäller primärvården anges i HSL i princip enbart dess uppgifter och att huvudmännen skall organisera primärvården så att alla som är bosatta inom landstinget får tillgång till och kan välja en fast läkarkontakt. Några explicita målformuleringar om t.ex. primärvårdens omfattning och organisation saknas därför i HSL. Sjukvårdshuvudmännen är i allt väsentligt ansvariga för planering och verkställande av hälso- och sjukvården. Sjukvårdshuvudmännen fullgör sin uppgift i stor utsträckning inom ramen för den kommunala självstyrelsen.

Riksdagen har emellertid ett ansvar för övergripande reglering och styrning av hälso- och sjukvården som bl.a. kommer till uttryck vid behandlingen av regeringens propositioner. I dessa sammanhang utfärdas allmänna riktlinjer och uttalanden rörande vårdens mål, inriktning och utformning som uttrycker statsmakternas syn på hälso- och sjukvården. Ett centralt inslag i granskningen är därför att analysera vilket genomslag dessa uttalanden fått i praktiken. De begränsningar som redovisats ovan gör emellertid att de förslag som redovisas har avgränsats till statliga myndigheter.

Riksdag och regering har sedan lång tid framhållit att primärvården skall vara basen i det svenska hälso- och sjukvårdssystemet. Senast har det skett i samband med regeringens proposition om primärvård, privata vårdgivare m.m. (prop. 1994/95:195). Enligt propositionen har primärvården inte nått den nivå som den skulle kunna ha och som är medicinskt motiverad, vilket också borde innebära att den skulle ta i anspråk en större andel av hälso- och sjukvårdens samlade resurser. I propositionen anges att primärvårdens andel av de samlade resurserna enbart tycks ha ökat marginellt under det senaste decenniet. Propositionen anger vidare att trots de satsningar som gjorts under de senaste decennierna för att utveckla primärvården har förhållandevis litet hänt vad gäller förskjutningen av resurser mellan primärvård och sjukhusanknuten vård. Fortfarande avser huvuddelen av de samlade hälso- och sjukvårdsresurserna den slutna vården och den öppenvård som erbjuds i anslutning till sjukhusen. För att landstingen skall kunna uppfylla sina åligganden enligt HSL och erbjuda alla innevånare i sjukvårdsområdena en god och tillgänglig vård är det enligt propositionen nödvändigt att sjukhusens öppenvårdsutbud ur ett resursperspektiv kan omfördelas och användas bl.a. för att utveckla primärvården.

För att människor skall ha tilltro till primärvården och nyttja de tjänster den kan erbjuda är det enligt propositionen viktigt att primärvården är väl avpassad och dimensionerad. Det gäller alla personalgrupper, även läkare. En målsättning om en läkare per 2 000 innevånare skall enligt propositionen vara den måttstock som bör eftersträvas. Som en följd av variationer vad gäller annat vårdutbud, befolkningens hälsotillstånd, ålderssammansättning, sociala förhållanden, geografiska förutsättningar m.m. kan såväl en högre som lägre läkartäthet vara motiverad i vissa områden. Generellt sett bör dock en läkare per 2 000 innevånare vara det genomsnittliga riktvärdet för landet som helhet. Detta är första gången en konkret målformulering om primärvårdens dimensionering anges i en proposition.

Rent allmänt kan revisorerna konstatera att sjukvården i Sverige i ett internationellt perspektiv förefaller ha förhållandevis gott om resurser. I och för sig avsätter Sverige en mindre andel av BNP till sjukvård än många andra länder, men utnyttjas olika mått på reala resurser som t.ex. personal blir bilden annorlunda. Trots de senaste årens besparingsprogram i landstingen är läkartätheten i Sverige bland världens högsta och även när det gäller sjuksköterskor ligger Sverige på en hög nivå. Det senare gäller även den samlade sysselsättningen i hälso- och sjukvårdssektorn.

En viktig slutsats i revisorernas föregående granskning av hälso- och sjukvården var som framgått ovan att primärvården var underdimensionerad och att det rådde en besvärande brist på främst distriktsläkare. Granskning utfördes i en situation med ett annat ekonomiskt läge och i en situation där huvudmännens resurser i princip år efter år vuxit. Sedan dess har huvudmännens ekonomi försämrats relativt kraftigt och det anses inte ha funnits utrymme att förstärka primärvården genom traditionella resursförstärkningar.

Riksdagens revisorer kan mot bakgrund av dessa restriktioner, och med reservation för brister i statistiken, konstatera att primärvården klarat sig

relativt väl under senare år. Sedan år 1992 har primärvårdens resurser mätt i fasta priser i det närmaste varit oförändrade, trots att huvudmännens kostnadsvolym minskat i reala termer. Neddragningarna har drabbat läns- och regionsjukvården samt övrig verksamhet. Innebörden är att primärvården ökat sin andel av hälso- och sjukvårdskostnaderna, dock på bekostnad av övrig vård.

Antalet allmänläkare förefaller vidare ha ökat relativt kraftigt sedan slutet av 1980-talet. Detta har inneburit att antalet innevånare per allmänläkare har sjunkit från drygt 4 000 till drygt 2 200 år 1996. Bristen uppgick till närmare 500 heltidsarbetande läkare år 1996, eller drygt 12 procent. Osäkra beräkningar för år 1997 pekar på att läkartätheten ökat ytterligare. Bristen är nu väsentligt mindre och kan uppgå till 200–300 allmänläkare, eller ca 6 procent. Riksdagens och regeringens mål är därmed i det närmaste uppfyllt. De regionala variationerna är dock fortfarande betydande (dessa variationer diskuteras mer i detalj nedan).

Det är inte helt enkelt att avgöra om landstingens prioritering av primärvården skett mot bakgrund av uttalanden från riksdag och regering, av besparingsskäl eller av en övertygelse om effektivitetsvinster. Huvudmännens fokusering på primärvården i termer av resurser har framför allt skett i samband med att ekonomin försämrats. Variationerna mellan huvudmännen är dessutom betydande. Landstingen har vidare endast haft ett begränsat inflytande över ett antal faktorer som kan ha bidragit till att påverka utbudet av allmänläkare. En sådan bidragande faktor kan vara husläkarreformen med dess inslag av ekonomiska incitament i form av kapitations- och prestationsersättning samt de utbildningsinsatser som genomfördes i samband med reformen. En annan faktor kan vara neddragningen av företagshälsovården som medförde att läkare övergick till primärvården. En tredje faktor kan vara det försämrade arbetsmarknadsläget för läkare som kan ha inneburit att det blivit mer attraktivt än tidigare att bli allmänläkare.

Vid en internationell jämförelse förefaller dock den svenska primärvården fortfarande att vara underdimensionerad. Primärvården omfattar fortfarande inte mer än ca 18 procent av landstingens kostnader för den renodlade sjukvården, vilket är en internationellt sett låg siffra. Trots en generellt sett mycket hög läkartäthet är antalet allmänläkare per innevånare i Sverige internationellt sett mycket lågt (kapitel 4, s 59).

I jämförelse med andra länder är antalet läkarbesök per innevånare i primärvården mycket lågt i Sverige. Detta gäller även antalet mottagningsbesök per allmänläkare. Internationellt sett förefaller även läkartillgängligheten vara låg i Sverige, dvs. det är relativt svårt att snabbt komma i kontakt med en allmänläkare (kapitel 4, s 55 och 63).

Samtidigt pågår det ett arbete inom flertalet landsting för att föra patientströmmar från den sjukhusanknutna vården till primärvården. Primärvården skall ta hand om nya och i vissa fall mer vårdkrävande patienter, vilket skall ske genom effektiviseringar. Hur detta kommer att påverka verksamhetens resultat och kvalitet är svårt att bedöma.

Riksdagens revisorers huvuduppgift är som framgått ovan att granska den statliga verksamheten. Hälso- och sjukvården är i huvudsak en landstingskommunal angelägenhet där sjukvårdshuvudmännen i allt väsentligt är ansvariga för planering och verkställande. Det innebär att revisorerna i praktiken är förhindrade att lägga konkreta förslag om hur huvudmännen skall planera och organisera sin verksamhet. Det hindrar emellertid inte att revisorerna redovisar iakttagelser och reflektioner som gjorts under granskningen. Det övergripande intrycket är emellertid som framgått ovan att primärvården klarat sig relativt väl i samband med de resursneddragningar som gjorts.

Statistikproduktion och kvalitet

Revisorerna vill inledningsvis framhålla att det inte är möjligt att ge en helt rättvisande eller exakt bild av primärvården eller andra verksamhetsformer på grund av brister i bl.a. Landstingsförbundets och landstingens statistik. Det kan således finnas anledning att ställa sig tveksam till nivån på vissa av de mått som visar primärvårdens ställning och som redovisats ovan. Exempelvis redovisar Landstingsförbundets statistik en relativt kraftig personalökning i primärvården trots att kostnaderna mätt i fasta priser legat på en relativt stabil nivå. Ett annat exempel rör resursandelen. De beräkningar som redovisas i rapporten tyder på att primärvården skulle vara mer kapitalintensiv än läns- och regionsjukvården. I och för sig kan en del av skillnaden förklaras av att delar av primärvården upphandlas, men det finns mycket som tyder på att statistiken över personal och kostnader inte är konsistent (kapitel 4, s 47).

I revisorernas föregående granskning av hälso- och sjukvården konstaterades att det förelåg svårigheter att hitta elementära basfakta som belyser hälso- och sjukvårdens utveckling. Statistiken har sedan dess förbättrats i vissa avseenden, men är fortfarande bristfällig. I huvudsak beror detta på definitionsförändringar, osäker fördelning på olika verksamhetsformer och att landstingen kan ha olika definitioner för jämförbara förhållanden. Den typen av brister försvårar jämförelser på nationell och regional nivå och leder framför allt till att historiska jämförelser försvåras högst väsentligt och i vissa fall blir mindre meningsfulla. Dessa begränsningar gör det inte möjligt att långsiktigt bedöma vilken genomslagskraft riksdagens och regeringens intentioner haft, utan analysen måste begränsas till några år under 1990-talet. Enligt revisorernas bedömning är historiska jämförelser av utomordentligt stor betydelse när det gäller att bedöma resursfördelningsfrågor. Revisorerna har förståelse för de problem som Landstingsförbundet ställs inför i samband med produktionen av statistik. Sjukvårdshuvudmännen tillämpar varierande redovisningsprinciper och det har skett ett antal större huvudmannaskapsförändringar. Samtidigt utgör emellertid statistiken till viss del underlag för politiska beslut om den framtida dimensioneringen av vårdutbudet och sannolikt också till förbundets olika och relativt frekventa rekommendationer. Ett korrekt beslutsunderlag är nödvändigt i dessa sammanhang.

Revisorerna vill vidare peka på de begränsningar som är förknippade med Landstingsförbundets statistik. Statistiken omfattar i vissa fall enbart landstingen och inte de landstingsfria kommunerna. Redovisningen av den privata vårdens omfattning är vidare relativt begränsad. För ett förbund som har ambitionen att påverka vårdutbudet och vårdens sammansättning förefaller den typen av bredare underlag vara av vikt.

Revisorerna kan emellertid med tillfredsställelse konstatera att det tagits ett flertal initiativ för att förbättra statistiken. Ett utvecklingsarbete inom Landstingsförbundet för att förbättra och utveckla statistiken har nyligen avslutats. Fullt genomfört kan förändringarna komma att väsentligt förbättra möjligheterna till analys av svensk sjukvård. Det pågår vidare ett samarbete mellan tio landsting för att årligen ta fram nyckeltal för hälso- och sjukvårdens verksamhet och kostnader. Inriktningen är bl.a. att förbättra kvaliteten på det basmaterial som ligger till grund för nyckeltalen och att öka jämförbarheten mellan olika landsting. Detta utgör i sig en indikation på att t.o.m. sjukvårdshuvudmännen själva upplever statistiken som bristfällig. Landstingsförbundet har nyligen gått in i detta samarbete som delvis tidigare finansierats via Dagmarmedel.

Uppföljning och utvärdering

En viktig uppgift för huvudmännen är att fördela resurserna efter behov, påverka verksamhetens inriktning och kontrollera dess kvalitet. Dessa uppgifter kräver ett utvecklat uppföljnings- och utvärderingssystem för att man skall kunna analysera att intentionerna uppnås. Den omstruktureringsverksamhet som påbörjats inom sjukvården och de olika former av budget och styrsystem som införts gör det än viktigare att kunna följa verksamhetens innehåll och dess medicinska resultat. Kraven på ekonomisk balans i landstingen gör också att den ekonomiska redovisningen måste utvecklas och göras mer regelbundet.

Analysen av de fyra landsting som redovisas i konsultrapporten tyder på att rapportering och uppföljning i stor utsträckning är fokuserad på den ekonomiska redovisningen. Rapportering och uppföljning av ekonomiska parametrar förekommer relativt frekvent över året. En slutsats är dock att det är svårt att bedöma om den typen av uppföljning har tillräcklig precision och vilken påverkan den har på möjligheterna att påverka kostnadskontroll. I en analys av Socialstyrelsen³³ av verksamheten i tre landsting pekas på att bristen på precision i kostnadsuppföljningen kan undergräva förutsättningarna för planering och budgetarbete. Uppföljningen i övrigt är i hög grad fokuserad på traditionella produktionsmått som antal vård dagar, vårdtillfällen, läkarbesök etc. Det förekommer också i varierande omfattning uppföljning och analys av olika kvalitetsmått som t.ex. patientupplevelse och väntetider. Uppföljning av produktivitet förekommer också i viss omfattning, men med relativt enkla metoder och ansatser. Analyser av verksamhetens effektivitet är sällsynta, men det förekommer försök att dokumentera medicinska resultat. Orsaken till detta är att de nuvarande redovisningssystemen inte möjlig-

³³ Socialstyrelsen (1997e).

gör uppföljningar av sådana frågeställningar, men det finns ett stort intresse för att kunna följa upp verksamhetens effektivitet.

Ett allmänt intryck är, enligt revisorerna, att huvudmännens uppföljnings- och utvärderingsverksamhet är mindre utvecklad än inom den statliga verksamheten. Inom det senare området finns ett formaliserat system för uppföljning, utvärdering och styrning, vilket generellt sett inte byggts upp på samma utpräglade sätt inom landstingen. Trots att det pågår en omstrukturering av verksamheten har det vid revisorernas kanslis besök i landstingen vid vissa tillfällen t.ex. varit svårt att få fram uppgifter som belyser kostnadsutvecklingen för olika verksamhetsformer som primärvård och läns- och regionsjukvård. Detta ger en antydning om att sådana enkla men viktiga parametrar inte följs löpande. Relevanta mått som belyser vårdens effekter borde rimligtvis dessutom vara en förutsättning för den omstrukturering som pågår. Med nuvarande inriktning är det svårt och i de flesta fall inte möjligt att följa upp och bedöma behandlingar och olika insatsers kostnadseffektivitet. Det är naturligtvis mot denna bakgrund inte heller lätt att avgöra om sjukvårdsinsatserna utförs på rätt vårdnivå.

Styrmekanismer

Revisorerna vill vidare peka på de styrmekanismer som utnyttjas av sjukvårdshuvudmännen. Huvudmännen har betydande möjligheter att påverka inriktningen av hälso- och sjukvården eftersom de är ansvariga för planeringen och verkställandet av sjukvården. Under många år resulterade detta i en stark betoning av slutna sjukhusvård, främst akutsjukvård, medan den öppna vården utvecklades svagt. Som framgått ovan förefaller primärvården ha klarat sig relativt väl under senare år, trots att huvudmännens kostnadsvolym minskat i reala termer. Fortfarande har dock inte målet om en läkare per 2 000 innevånare till fullo uppnåtts. Vid en internationell jämförelse avsätts också förhållandevis små resurser till primärvården.

Riksdag och regering har vid ett flertal tillfällen under de senaste 20 åren uttalat sig för att primärvården skall vara basen i hälso- och sjukvården. Revisorerna vill betona att huvudmännen själva i huvudsak förfogar över de instrument som är nödvändiga för en omstrukturering. Det viktigaste instrumentet är budgeten och de politiska avvägningar som där görs mot andra områden. Huvudmännen har också möjlighet att påverka primärvårdens attraktionskraft genom utformningen av vårdavtal och olika taxekonstruktioner samt lönebildningen. Vidare kan patientströmmarna påverkas genom utformningen av patientavgifter och remisskrav. Huvudmännen kan således själva i relativt hög grad påverka resursfördelning, primärvårdens attraktionskraft och patientströmmarna. En restriktion är naturligtvis den ekonomiska utvecklingen som sätter gränser för hur instrumenten kan utnyttjas. Under 1980-talet var dock dessa restriktioner uppenbarligen av mindre betydelse, men någon avsevärd utbyggnad av primärvården kom ändå inte till stånd.

Vissa instrument, t.ex. taxekonstruktioner och lönebildning, tycks enligt revisorernas bedömning endast utnyttjas i begränsad omfattning. Andra instrument förefaller överutnyttjas. Det senare gäller t.ex. de huvudmän som

kombinerar remisskrav och differentierade patientavgifter som i grund och botten är två olika medel för att uppnå samma mål. Kombinerat remisskrav och differentierade patientavgifter har det senare instrumentet förlorat en stor del av sin betydelse som styrinstrument och kan då mer ses som en allmän finansieringskälla som leder till ökade kostnader för patienten. Även staten har ett inflytande över flera av dessa instrument. Detta diskuteras i avsnitt 9.3.

Enligt revisorernas uppfattning kan också utformningen av ersättningssystemen till läkare påverka incitamentsstrukturen i en mindre önskvärd riktning. I konsultrapporten ges exempel på system där husläkare i princip haft fast ersättning, medan både privat och offentlig specialistvård ersatts per prestation. Detta kan ha lett till att vårdgivare som ersatts per prestation haft incitament att ha en hög besöksvolym, medan vårdgivare med fast ersättning (husläkare) haft incitament att hålla en låg besöksvolym, alternativt remittera vidare till andra vårdgivare.

Ett annat exempel rör ersättningen till offentliga vårdcentraler etc. Offentligt anställda allmänläkare ersätts med månadslön, men det är inte ovanligt att vårdcentralen eller motsvarande ersätts i form av kapitations- och prestationsersättning. Kopplingen till den enskilde läkaren är därmed låg eller obefintlig.

Patientströmmar, tillgänglighet och resursfördelning

Inom ett flertal landsting pågår ett arbete för att föra över patientströmmar från den sjukhusanknutna öppna vården till primärvården. Befintlig statistik visar att läkarbesöken i primärvården ökade fram t.o.m. år 1995. År 1996 har det dock skett en relativt kraftig nedgång av läkarbesöken i primärvården och nedgången är relativt sett starkare än den i läns- och regionsjukvården. Förändringarna är dock relativt små under de tre senaste åren. Detta skulle kunna tolkas som att det inte skett någon större överföring av patienter och arbetsuppgifter till primärvården.

En orsak kan vara utformningen av de ersättningssystem som tillämpas och som diskuterats ovan.

En annan orsak kan vara tillgängligheten till primärvården, vilket också anknyter till den nuvarande vårdgarantin. Innebörden är att den enskilde skall kunna komma i kontakt med primärvården samma dag som han söker en sådan kontakt. Om patienten behöver träffa en läkare skall en tid för detta erbjudas inom åtta dagar. De internationella jämförelser som redovisas i rapporten tyder på att läkartillgängligheten är låg i Sverige, dvs. det är relativt svårt att snabbt komma i kontakt med en allmänläkare. Antalet mottagningsbesök per allmänläkare i Sverige är också mycket lågt i jämförelse med andra länder, liksom över huvud taget antalet besök som görs i primärvården. Revisorerna vill i detta sammanhang betona att en överföring av patienter från den sjukhusanknutna öppna vården till primärvården förutsätter en god tillgänglighet i primärvården. Annars riskerar förtroendet för primärvården att urholkas och det finns en uppenbar risk för att patienterna även fortsättningsvis söker sig till specialistvården.

En näraliggande fråga i detta sammanhang är resursfördelningen. I konsultrapporten redovisas att det i de fyra landsting som analyserats finns uttalade mål att primärvårdens verksamhet skall öka i omfattning samtidigt som den sjukhusanknutna vårdens roll och omfattning skall minska. Vid presentationen av sådana mål finns inga konkreta planer att föra över resurser i motsvarande mån. Snarare är det så att primärvårdens resurser dragits ned något eller varit oförändrade, medan det skett stora neddragningar i läns- och regionsjukvården. Orsaken till detta är i huvudsak det ekonomiska läget som inte tillåter eller tillåtit resursförstärkningar. Samtidigt skall primärvården ta hand om nya och i vissa fall mer vårdkrävande patienter, vilket skall ske genom effektiviseringar, t.ex. förbättrat samarbete och kommunikation mellan läns- och regionsjukvård och primärvård. Hur detta kommer att påverka verksamhetens resultat och kvalitet är svårt att bedöma. Två alternativa förlopp är tänkbara. Om det finns en effektiviseringspotential med dagens dimensionering av primärvården eller om resurserna inte utnyttjas optimalt, behöver inte de utökade åtagandena innebära försämringar för patienterna. Föreligger ett sådant förlopp är det snarast ett rationellt agerande att föra över mer uppgifter till primärvården utan att tillföra mer resurser och i stället möjliggöra förändringar via effektiviseringar och andra förbättringar av verksamheten. Om det däremot är så att primärvården redan nu (och tidigare) arbetar med fullt kapacitetsutnyttjande och ett effektivt resursutnyttjande går det att ifrågasätta hur de planerade förändringarna av primärvårdens åtagande är möjliga utan resurstillskott.

Regionala variationer

Utbyggnaden av primärvården varierar relativt kraftigt mellan huvudmännen. Mätt som andel av de totala hälso- och sjukvårdskostnaderna (exkl. tandvård) varierar primärvårdens resurser mellan 11 och 31 procent. Kostnaderna per innevånare för öppen primärvård varierar på motsvarande sätt mellan 1 045 och 2 925 kr. Även när det gäller antalet innevånare per allmänläkare är variationerna stora, eller från 1 913 till 2 940.

Revisorerna är medvetna om att skillnaderna mellan olika huvudmän berör grundläggande principer om lokalt självstyrelse och om ansvarsfördelningen mellan nationell och regional eller lokal nivå samt den kommunala självbestämmanderättens omfattning och inriktning. I regeringens proposition om primärvård, privata vårdgivare m.m. (prop. 1994/95:195) anges t.ex. också att målsättningen om en läkare per 2 000 innevånare är ett riktvärde där lokala variationer kan vara motiverade.

Samtidigt fastslås i hälso- och sjukvårdslagen (HSL) att målet för hälso- och sjukvården är en god hälsa och *en vård på lika villkor för hela befolkningen*. Primärvården skall som en del av den öppna vården utan avgränsning vad gäller sjukdomar, ålder eller patientgrupper svara för *befolkningens* behov av sådan grundläggande medicinsk behandling, omvårdnad, förebyggande arbete och rehabilitering som inte kräver sjukhusens medicinska och tekniska resurser eller annan särskild kompetens. Enligt HSL skall landstinget organisera primärvården så att *alla som är bosatta inom landstinget får tillgång till och kan välja en fast läkarkontakt*.

Revisorerna kan inte inom ramen för denna rapport ta ställning till om dessa målsättningar uppfyllts. De stora variationerna mellan huvudmännen väcker dock frågan om hur stora skillnader som kan accepteras inom ramen för en till stora delar skattefinansierad verksamhet. Variationerna mellan landstingen kan också ses som ett uttryck för en potential för effektivitetsförbättringar.

9.3 Statens verksamhet

Sjukvårdshuvudmännen är i allt väsentligt ansvariga för planeringen och verkställandet av hälso- och sjukvården. Staten har emellertid också ett inte obetydligt inflytande över verksamheten. Det gäller ett flertal instrument som kan utnyttjas för att styra eller påverka utvecklingen inom hälso- och sjukvården. Nedan redovisas revisorernas förslag.

Uppföljning och utvärdering

Ett viktigt led i uppföljnings- och utvärderingsverksamhet är att följa upp mål och analysera om dessa uppnåtts på ett kostnadseffektivt sätt. De väsentligaste nationella målen för sjukvården anges i hälso- och sjukvårdslagen (HSL) som är den viktigaste lagstiftningen inom sjukvårdsområdet. HSL är en ramlag som huvudsakligen innehåller övergripande mål och riktlinjer och inte detaljregleringar. Målet för hälso- och sjukvården är en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen. Utgångspunkten för HSL är kraven att medborgarna skall tillförsäkras en god hälso- och sjukvård. Om detta sker i öppen vård eller på sjukhus är av underordnad betydelse och styrs av medicinska bedömningar och patientens behov. Några explicita målformuleringar om t.ex. primärvårdens omfattning saknas därför i HSL. Som tidigare framgått är landstingen i allt väsentligt ansvariga för planering och verkställande av hälso- och sjukvården.

HSL ger således inget stöd när det gäller primärvårdens dimensionering. Riksdag och regering har i stället via allmänna uttalanden och riktlinjer i propositioner och utskottsbetänkanden redovisat sin syn på resursfördelningen inom hälso- och sjukvårdsområdet. Som tidigare framgått är innebörden i dessa uttalanden bl.a. att primärvården skall vara basen i hälso- och sjukvårdssystemet och att det skall finnas en allmänläkare per 2 000 innevånare.

Rent generellt torde, enligt revisorernas bedömning, en utvecklad uppföljnings- och utvärderingsverksamhet vara en förutsättning för att mer allmänna riktlinjer och uttalanden långsiktigt skall kunna få avsedda effekter. När det gäller primärvården har dessa uttalanden och riktlinjer i och för sig överförts till huvudmännens måldokument, men åtminstone inte tidigare fått avsedd effekt. Numera tycks emellertid riktlinjerna i högre utsträckning överföras i praktisk tillämpning, men orsakerna till detta kan som framgått ovan vara flera. Ökad utvärderingsverksamhet är dock knappast en sådan förklaringsvariabel.

Andra orsaker, förutom bristande utvärderingsverksamhet, till att allmänna uttalanden förefaller få en lägre genomslagskraft kan vara att mål som anges i lagstiftning kan vara lättare att lokalisera och identifiera och att de i högre

grad uppmärksammas av allmänheten. De kan också i högre grad vara förknippade med sanktionsmöjligheter. Det kan vidare ske en slentrianmässig fokusering på mål som anges i lagstiftning som gör att mål som redovisas i andra sammanhang uppmärksammas mindre. Detta innebär inte att revisorerna argumenterar för att målen för primärvården skall konkretiseras i lagstiftning, utan snarare på att uppföljnings- och utvärderingsverksamheten behöver skärpas.

Finansutskottet har i samband med behandlingen av förslagen i budgetpropositionen till anslag för budgetåret 1998 inom utgiftsområde 25 Allmänna bidrag till kommuner uttalat sig om vikten av styrning och uppföljning av kommunal verksamhet (1997/98:FiU3). "Det är enligt utskottets mening viktigt med en tydlig ansvarsfördelning mellan den statliga och den kommunala nivån. En statlig styrning av de kommunala verksamheterna genom lagfästa mål accentuerar behovet av en väl fungerande uppföljning av hur de nationella målen uppfylls. Den bör huvudsakligen ske genom en uppföljning av berörda statliga myndigheter. Det är därför önskvärt att de nationella målen är så utformade att de är operationella och uppföljningsbara. I den nationella uppföljningen bör också ingå en samordnad insamling från kommuner och landsting av ekonomiska uppgifter. Utskottet vill vidare peka på att det nuvarande styrsystemet förutsätter en väl fungerande statlig tillsyn och kontroll samt att statsmakterna vid behov vidtar åtgärder om berörda verksamheter inte utvecklas i enlighet med de av riksdagen i lagstiftning fastlagda nationella målen." Utskottet anser vidare sammanfattningsvis "att ett fortsatt utvecklingsarbete i syfte att förbättra återföringen till nationell nivå av kunskaper om verksamheternas kostnader, kvalitet och effekter i förhållande till de nationella målen är mycket angeläget".

Socialdepartementet

Inom Regeringskansliet hanteras hälso- och sjukvårdsfrågor av Socialdepartementet.

Regleringsbrevet är departementets viktigaste styrinstrument och bör kunna utgöra ett viktigt medel för att få information om hälso- och sjukvården i Sverige. Regleringsbrevets inriktning avspeglar också de prioriteringar som görs inom departementet. Den genomgång av regleringsbrev som redovisats i kapitel 7 visar att resursfördelningsfrågor har haft en begränsad omfattning bland de uppgifter och uppdrag som angetts. Frågor om tillsyn och patientens ställning har haft betydligt högre prioritet. Enligt revisorernas uppfattning är de senare uppgifterna viktiga frågor, men resurs- och strukturfrågor har betonats i olika propositioner under ca 20 års tid. Enligt revisorernas bedömning bör dessa frågor i högre utsträckning uppmärksammas av departementet och ges en konkret utformning i regleringsbrevet till t.ex. Socialstyrelsen. Revisorerna har annars svårt att förstå vilken bedömningsgrund som allmänna uttalanden om vårdens struktur kan komma att vila på.

Det begränsade inslaget av resursfördelningsfrågor avspeglar sig också i regeringens resultatbedömning och slutsatser i budgetpropositionen vad gäller hälso- och sjukvård. Redogörelsen skall bl.a. utgöra ett underlag så att riksdagen kan få en bild av huruvida målen är uppfyllda. Enligt revisorernas

bedömning är den nuvarande redogörelsen inte av den karaktären att en sådan bedömning är möjlig. Revisorerna bedömer det därför som angeläget att resurs- och strukturfrågor samt olika former av målanalyser får en större omfattning i resultatbedömningen.

Regeringen har fastställt kvantitativa mål för ett antal områden inom sjukvården. Det gäller t.ex. målet om en allmänläkare per 2 000 innevånare och målet om tillgänglighet i primärvården. Som framgått tidigare i kapitel 8 är något uppföljningsprogram inte fastställt för vårdgarantin och vi kommer nedan att peka på brister i uppföljningen av målet om läkartäthet. Enligt revisorernas uppfattning är det av stor vikt att kvantitativa mål av den här typen löpande följs upp. Revisorerna har svårt att förstå poängen med detaljerade och kvantifierade mål om det inte sker en löpande uppföljning. När det gäller t.ex. vårdgarantin tvingas regeringen också i hög grad förlita sig på de uppföljningar som görs av Landstingsförbundet. Enligt revisorernas mening är det angeläget att de uppföljningar och utvärderingar som görs har hög tilltro och inte utformas så att de kan ifrågasättas av rena objektivitetsskäl. Det är därför viktigt att uppföljningar och utvärderingar utförs på olika håll och att dessa blir föremål för en kritisk granskning. Enligt revisorernas bedömning bör Socialdepartementet initiera studier som gör det möjligt att löpande följa om kvantitativa mål uppfylls. De bör också vara av en sådan kvalitet att det någorlunda säkert går att uttala sig om måluppfyllelsen och inte ytterligare späda på den mer eller mindre statistiska oreda som tycks råda i dagsläget och som redovisats i kapitel 4.

Liknande problem gäller också arbetet med uppföljning och utvärdering av överenskommelsen om vissa ersättningar till sjukvårdshuvudmännen (Dagmar). Där fastslås att en del av uppföljningen kan genomföras via s.k. självvärdering där de i projektet inblandade själva följer upp och värderar måluppfyllelse. Revisorerna kan instämma i fördelarna med decentralisering, men samtidigt får det inte innebära att arbetet med en objektiv analys av måluppfyllelsen försummas. Som framgått ovan är det enligt revisorernas mening av stor vikt med oberoende uppföljningar och utvärderingar. Enligt revisorernas bedömning bör dessa synpunkter beaktas i samband med den kommande överenskommelsen för år 1999.

Inrikesdepartementet

Inom Regeringskansliet arbetar Inrikesdepartementet med övergripande uppföljning av den kommunala verksamheten. Uppföljningen omfattar bl.a. hur verksamheten utvecklas i förhållande till de nationella mål som statsmakterna satt upp för vissa verksamhetsområden. Som framgått av kapitel 7 överlämnade regeringen som ett led i detta arbete i april 1997 en skrivelse till riksdagen om utvecklingen inom den kommunala sektorn (skr. 1996/97:118). Skrivelsen, som är ett återkommande inslag, syftade bl.a. till att utgöra ett underlag för att bedöma måluppfyllelsen i de verksamheter där staten har ett helt eller delat finansieringsansvar och där kommuner och landsting ansvarar för genomförandet. Skrivelsen innehåller en redovisning av utvecklingen av hälso- och sjukvården ur några olika aspekter som mynnar ut i en diskussion

om målen i hälso- och sjukvårdslagen. Den behandlar dock inte alls riksdagens och regeringens intentioner om primärvården.

Riksdagens revisorer är medvetna om att riksdagens och regeringens intentioner om primärvården kanske inte kan räknas som ett nationellt mål av den dignitet som anges i HSL, men samtidigt har primärvårdens ställning betonats i propositioner och utskottsbetänkanden under 20 års tid och får därmed anses som ett mål av stor vikt. Revisorerna anser det därför angeläget att den typen av målanalyser ingår i skrivelser till riksdagen där hälso- och sjukvården analyseras. Om uppföljnings- och utvärderingsverksamheten inom Socialdepartementet utvecklas i riktning mot revisorernas förslag, bör en sådan analys vara relativt enkel att ta fram.

Enligt revisorernas bedömning är vidare analysen av de övergripande målen i hälso- och sjukvården i regeringens skrivelse alldeles för generell för att det skall vara möjligt att dra några meningsfulla slutsatser om sjukvårdens effektivitet. Revisorerna förutsätter att det utvecklingsarbete som pågår inom Regeringskansliet leder till att målanalysen utvecklas.

Revisorerna finner det tillfredsställande att det pågår ett utvecklingsarbete inom departementet för att förbättra den kommunala statistiken. Redovisningen i bl.a. kapitel 4 visar på behovet av en sådan översyn, och revisorerna utgår från att arbetet bedrivs skyndsamt.

Socialstyrelsen

Enligt regleringsbrevet skall Socialstyrelsen verka för en god hälsa och en social välfärd samt omsorg och vård av hög kvalitet på lika villkor för hela befolkningen. Socialstyrelsen skall bidra till detta övergripande mål genom att bedriva tillsyn, uppföljning, utvärdering och kunskapsförmedling inom bl.a. hälso- och sjukvården. När det gäller uppföljnings- och utvärderingsfrågor skall Socialstyrelsen följa och utvärdera verksamheterna, följa forsknings- och utvecklingsarbete och verka för att sådant arbete kommer till stånd samt ansvara för officiell statistik.

Revisorerna kan allmänt konstatera att Socialstyrelsens uppföljnings- och utvärderingsverksamhet vad gäller sjukvården i hög grad förefaller styras av de uppgifter som anges i regleringsbrev och i olika regeringsuppdrag, medan de egna initiativen är av mindre omfattning. Revisorerna har uppmärksammat att Socialstyrelsen på uppdrag av regeringen bedrivit ett primärvårdsprojekt. Det är dock revisorernas bedömning att primärvården har en något undanskymd roll i Socialstyrelsens uppföljnings- och utvärderingsverksamhet.

En orsak till att t.ex. resursfördelningsfrågor och primärvård har en relativt blygsam omfattning inom styrelsens uppföljnings- och utvärderingsverksamhet kan vara att dessa frågor inte haft någon hög prioritet i regleringsbreven. Socialstyrelsen är dock inte bara ett serviceorgan utan också en myndighet som bör ha ett ansvar för att belysa den övergripande utvecklingen inom svensk hälso- och sjukvård.

Enligt revisorernas bedömning är Socialstyrelsens uppföljnings- och utvärderingsverksamhet inom sjukvårdsområdet av en sådan karaktär att den motiverar en översyn. Regeringen bör ta initiativ till att en sådan kommer till

stånd. I en sådan översyn bör det också övervägas om inte den ekonomiska kompetensen vid styrelsen behöver stärkas.

Revisorerna grundar detta ställningstagande på ett flertal iakttagelser som redovisas nedan.

- Enligt revisorernas bedömning visar genomgången i kapitel 7 att ekonomiska och andra former av resursaspekter på hälso- och sjukvården inte har någon hög prioritet inom styrelsen. Studier där t.ex. resursfördelningsfrågor mellan sjukvårdens olika verksamhetsformer analyseras är ovanliga och den typen av frågor tycks inte följas löpande. Revisorerna finner detta märkligt mot bakgrund av att sådana frågor betonats i propositioner och utskottsbetänkanden under lång tid. Det är naturligtvis möjligt att i detta avseende hänvisa till de begränsade uppgifter som redovisas i Hälso- och sjukvårdsstatistisk årsbok och som ges ut av Socialstyrelsen, men då överläts själva analysen till andra intressenter och kan mot bakgrund av materialets karaktär ej heller bli heltäckande. Enligt revisorernas uppfattning är det av stor vikt att Socialstyrelsen löpande följer den här typen av frågor.
- Detta anknyter också till de brister i statistiken som revisorerna pekat på i avsnitt 9.2. I sin föregående granskning av sjukvården uttryckte Riksdagens revisorer sin förvåning över att bl.a. Socialstyrelsen inte hade reagerat mot de uppenbara bristerna i hälso- och sjukvårdsstatistiken, eftersom väsentliga underlag därmed måste ha saknats för återrapporteringen till bl.a. regeringen. Vi har ovan pekat på regeringens roll i detta sammanhang, men vill också betona att Socialstyrelsen har en viktig uppgift att ta initiativ till att förbättra den löpande statistik som på olika sätt beskriver hälso- och sjukvårdens utveckling. Enligt instruktionen för Socialstyrelsen skall styrelsen ansvara för officiell statistik inom hälso- och sjukvårdsområdet. Revisorerna har emellertid noterat att diskussioner har inletts mellan Socialstyrelsen och Landstingsförbundet om ett utvecklat samarbete i statistik- och informationsfrågor.
- Inom verksamhetsgrenen "Aktiv uppföljning" analyseras två till tre län åt gången och ett fastställt tema bildar underlag för genomgången. Inslaget och inriktningen av studier av primärvården och övriga verksamhetsformer varierar mot bakgrund av vilket tema som väljs. Någon systematisk genomgång av olika variabler som gör det möjligt att jämföra samtliga huvudmän görs således inte. Det är därför inte heller möjligt att dra några slutsatser på nationell nivå eller få en bred jämförelse mellan huvudmännen. Enligt revisorernas bedömning är det värdefullt att Socialstyrelsen analyserar enskilda huvudmän, men inriktningen på varierande teman är delvis olycklig eftersom den inte möjliggör någon systematisk jämförelse. Revisorerna har viss förståelse för att Socialstyrelsen vill analysera olika teman. Andra myndigheter utför emellertid liknande analyser, men med en delvis annan inriktning som skulle kunna komplettera och förbättra styrelsens uppföljningar. Ett exempel är AMS s.k. läns genomgångar som innehåller en analys av ett stort antal variabler och som möjliggör en jämförelse mellan länen. Det uppstår vidare en relativt stor tids-

fördröjning på grund av att enbart 2–3 landsting analyseras per år. Möjligheterna att få till stånd en kontinuerlig och aktuell jämförelse kan också diskuteras mot bakgrund av detta.

- Socialstyrelsen har inrättat ett s.k. allmänläkarregister som möjliggör löpande uppföljningar av antalet läkare i primärvården. Åter tvingas dock revisorerna konstatera att resursfördelnings- och prioriteringsfrågor inte får någon belysning i den typen av begränsade uppföljningar. Det är, enligt revisorernas uppfattning, av stor vikt att även belysa utvecklingen av andra kategorier av läkare, t.ex. anställda inom läns- och regionsjukvården, för att få ett underlag eller bilda sig en uppfattning om hur sjukvårdshuvudmännen prioriterar.
- Revisorerna har noterat att Socialstyrelsen numera ger ut Hälso- och sjukvårdsstatistisk årsbok som kan beskrivas som ett tabellverk med huvudsakligen redan tidigare publicerade uppgifter över förhållandena inom hälso- och sjukvården. Enligt revisorernas uppfattning är det värdefullt att Socialstyrelsen tagit initiativ till denna typ av årsbok. Uppgifterna om primärvården är dock relativt begränsade och tidsserierna är mycket korta. Tidsfördröjningen är vidare rent allmänt kraftig. Enligt revisorernas bedömning bör Socialstyrelsen genomföra en analys av årsbokens framtida inriktning och innehåll och därvid också beakta tidsaspekterna. Det förefaller inte rimligt att en årsbok som publiceras i oktober år 1997 i relativt betydande omfattning innehåller uppgifter som enbart sträcker sig fram t.o.m. år 1995.
- Socialstyrelsen utför inga analyser över det framtida behovet av läkare. Det finns i dagsläget inte ens något korrekt underlag för att bedöma den historiska utvecklingen. Det finns än mindre underlag för att bedöma den framtida utvecklingen. Det är med viss förvåning som revisorerna måste konstatera att dessa viktiga frågor inte har följts av Socialstyrelsen genom analyser av vidareutbildningsvolym, pensionsavgångar etc.
- Socialstyrelsen är enligt lag skyldig att utfärda specialistbevis till läkare efter vissa kriterier. Socialstyrelsen sammanställer dock ingen statistik över utfärdade specialistbevis för perioden före år 1993. Det är därmed inte heller möjligt att på ett korrekt sätt analysera hur vidareutbildningen för läkare har utvecklats.

Måluppfyllelse och styrmekanismer

Riksdagens revisorer har tidigare i kapitlet konstaterat att målet om en läkare per 2 000 innevånare i det närmaste är uppfyllt och att primärvården klarat sig relativt bra i samband med de senaste årens neddragningar inom landstingen. Som tidigare framgått är det inte helt enkelt att avgöra om landstingens prioritering av primärvården skett mot bakgrund av uttalanden från riksdag och regering, av besparingsskäl eller av en övertygelse om effektivitetsvinster. Huvudmännens fokusering på primärvården i termer av resurser har framför allt skett i samband med att ekonomin försämrats. Revisorerna har även pekat på att landstingen endast haft ett begränsat inflytande över ett

antal faktorer som kan ha bidragit till att påverka utbudet av allmänläkare. Mot bakgrund av detta är det svårt att bedöma landstingens framtida agerande och det långsiktiga utbudet av allmänläkare. Som framgått av kapitel 8 kommer dock antalet pensionsavgångar att öka starkt efter år 2000, framför allt under perioden 2006–2020. Den nuvarande vidareutbildningsvolymen i allmänmedicin är otillräcklig för att täcka detta behov. Om målet om en läkare per 2 000 innevånare långsiktigt skall kunna upprätthållas krävs en nästan dubbelt så hög vidareutbildningsvolym som i dagsläget.

Revisorerna har tidigare pekat på att sjukvårdshuvudmännen själva i huvudsak förfogar över de instrument som är nödvändiga för en omstrukturering (vidareutbildningen av läkare diskuteras i nästa avsnitt). En restriktion är naturligtvis den ekonomiska utvecklingen som sätter gränser för hur instrumenten kan utnyttjas. För att få till stånd en resursförstärkning är det framför allt i dagens ekonomiska läge nödvändigt med prioriteringar. I regeringens primärvårdsproposition (prop. 1994/95:195) sägs också att det är ”nödvändigt att sjukhusens öppenvårdsutbud ur ett resursperspektiv kan omfördelas och användas bl.a. för att utveckla primärvården”. Några konkreta planer eller förslag om hur en sådan överföring skall vara möjlig redovisas inte.

Behovet av en sådan omstrukturering kan sägas ha minskat eftersom primärvården klarat sig relativt väl i samband med de resursneddragningar som skett under senare år. Det har dock inte skett någon överföring av resurser till primärvården. Resurserna har i princip varit oförändrade mätt i fasta priser, medan det skett neddragningar inom läns- och regionsjukvården. Antalet läkare i läns- och regionsjukvården är dock fortfarande i det närmaste oförändrat, varför nedskärningarna i huvudsak omfattat andra grupper. Detta innebär att det fortfarande bör finnas en potential för överföring av t.ex. läkarresurser. En överföring av läkarresurser är inte okomplicerad eftersom det krävs betydande utbildningsinsatser och det inte är självklart att läkarnas val överensstämmer med huvudmännens eller statens önskemål och behov. Erfarenheterna från husläkarreformen visar emellertid att det är möjligt att föra över läkarresurser till primärvården. I dagens ekonomiska läge synes ett sådant tillskott endast vara möjligt genom att öka redan beslutade neddragningar inom läns- och regionsjukvården.

Revisorerna kan inte bedöma behovet eller storleken på en sådan överföring, men en viss överföring torde vara nödvändig om målet om läkartäthet i primärvården skall uppnås före år 2000. Huruvida en sådan förstärkning kommer att ske är naturligtvis svårt att bedöma. I Riksdagens revisorers föregående granskning av sjukvården diskuterades olika former av ekonomiska styrmedel för att få till stånd en omstrukturering. Det kan återigen finnas skäl att diskutera ekonomiska styrmedel för att påskynda en sådan process. Revisorerna har tidigare pekat på att de ekonomiska styrmöjligheterna rent teoretiskt minskat genom att de specialdestinerade statsbidragen minskat kraftigt i omfattning till förmån för generella statsbidrag. I praktiken går det dock att diskutera om detta påverkat styrmöjligheterna i någon väsentlig omfattning. Revisorerna anser emellertid att möjligheterna att via ekonomiska styrmedel söka påverka sjukvårdshuvudmännens resursfördelning bör analyseras. Även om det finns anledning att anta att sjukvårdshuvudmännens ekonomi kommer att förbättras på sikt, så är det inte uteslutet

att eventuella resursförstärkningar återigen blir föremål för diskussion om prioriteringar. Ett alternativ i detta sammanhang är att föra en diskussion om primärvårdens ställning i de återkommande överenskommelserna med sjukvårdshuvudmännen. Under senare år har primärvården fått en undanskymd roll i dessa överenskommelser.

Det är dock inte bara själva resurstilldelningen i sig som är av betydelse. Primärvården måste också fyllas med ett kvalitetsmässigt högt innehåll. Det måste vara möjligt att styra över patientströmmar till denna vårdnivå och verksamheten måste organiseras så att tillgängligheten blir hög. Revisorerna har redan tidigare konstaterat att sjukvårdshuvudmännen i princip har de nödvändiga instrumenten för att åstadkomma en sådan utveckling. Utformningen av vissa instrument beslutas emellertid av statsmakterna. Nivån på högkostnadsskyddet påverkar t.ex. huvudmännens möjligheter att i praktiken få till stånd en effektiv differentiering av patientavgifterna. Utformningen av remisskravet kan påverka huvudmännens möjligheter att styra över patienter till öppna specialistmottagningar utanför sjukhusen. Den nationella läkarvårdsersättningen kan vidare utgöra ett golv vid förhandlingar, och utformningen av taxan kan påverka styrningen till olika vårdnivåer och även incitamenten att vara verksam i primärvården. Revisorerna har inte underlag för att förespråka någon förändring av dessa instrument, men vill understryka vikten av att regeringen analyserar hur sjukvårdshuvudmännens handlingsfrihet påverkas i samband med beslut om förändringar av t.ex. remisskrav och den nationella läkarvårdstaxan.

Det kan i detta sammanhang också finnas skäl att analysera hur primärvårdens attraktionskraft och karriärmöjligheter kan stärkas. Revisorerna har t.ex. pekat på allmänmedicinens svaga ställning inom forskningen.

Vidareutbildning av läkare

Planeringen av vidareutbildningen av läkare har förändrats ett flertal gånger och gått från ett statligt centralstyrt planeringssystem till ett decentraliserat system. Centralistiska läkarfördelningsprogram har ersatts av system där sjukvårdshuvudmännen fått ansvar för att planera den framtida tillgången på vidareutbildade läkare.

Det decentraliserade systemet har ansetts minska antalet vidareutbildningstjänster för läkare. Enligt revisorernas bedömning är det svårt att finna belegg för att vidareutbildningen av läkare har minskat. Det har dock skett en nedgång av antalet utannonserade tjänster, men en relativt stor del av utbildningen tycks, liksom i det föregående systemet, bedrivas i form av vikariat. Revisorerna anser i likhet med flera andra instanser att det är olyckligt att en så stor del av utbildningen bedrivs i form av vikariat, men det var också mycket vanligt i det system som tillämpades under 1980-talet. Å andra sidan fanns då inte heller de målbeskrivningar i utbildningen som infördes år 1992 och som skärpt kraven på en systematiserad utbildning. Enligt revisorernas bedömning är det därför av vikt att sjukvårdshuvudmännen inrättar tjänster som möjliggör en effektiv utbildning.

Enligt revisorernas uppfattning är det svårt att frångå intrycket att sjukvårdshuvudmännen på kort sikt handlat relativt rationellt om det nu skett en

viss nedgång av vidareutbildningsvolymen. Antalet läkare har i det närmaste tredubblats under de senaste 25 åren och Sverige har nu internationellt sett en mycket hög läkartäthet. Pensionsavgångarna under de närmaste 5–10 åren är dessutom relativt begränsade. Enligt de beräkningar som redovisas i kapitel 6 kommer antalet specialister i allmänmedicin att öka med ca 700 fram till och med år 2000, vilket i huvudsak bör vara tillräckligt för att uppnå målet om en läkare per 2 000 innevånare (förutsatt att huvudmännen anställer dessa). Om detta mål långsiktigt skall kunna upprätthållas måste dock den nuvarande vidareutbildningsvolymen ökas.

För att bl.a. säkerställa detta kommer det nuvarande systemet för vidareutbildning att återigen förändras fr.o.m. den 1 juli år 1998. Revisorerna har inga invändningar mot förändringarna i stort. För att underlätta den långsiktiga bedömningen kommer emellertid ett nationellt planeringsstöd att inrättas och Socialstyrelsen tilldelas rollen som central instans för detta planeringsstöd. Syftet med stödet är att göra det möjligt att skapa bättre överblick och verka för en mer långsiktig planering av läkarförsörjningen inom hälso- och sjukvården. Även om detaljutförningen av det nationella planeringsstödet i dagsläget är oklar vill revisorerna avråda från ett alltför reglerat system. Det är ett välkänt faktum att regleringar kan leda till snedvridningar och ineffektiviteter och därmed ökade kostnader. Regleringar förutsätter att den ansvariga myndigheten har fullständig information, inte bara om nuläget utan också om framtiden. Revisorerna vill i detta sammanhang peka på erfarenheterna från det hårt reglerade system som tillämpades under 1980-talet. Systemet gav inte någon balanserad läkarförsörjning och det växte fram oönskade utbildningsvolymen som låg utanför planeringssystemet. Trots att allmänläkare prioriterades i systemet utvecklades antalet läkare i primärvården svagt under denna period. Enligt revisorernas bedömning bör det nationella planeringsstödet uppgifter och inriktning utformas så att störningar i möjligaste mån minimeras.

Ett led i denna verksamhet bör vara att förstärka uppföljnings- och utvärderingsverksamheten så att det finns ett korrekt underlag för att bedöma den här typen av frågor. Som revisorerna påtalat tidigare saknas ett sådant underlag i dagsläget. Revisorerna utgår från att Socialstyrelsen som central instans för det nationella planeringsstödet kommer att utföra analyser av vidareutbildningsvolymen etc. Dessa bör också kompletteras med analyser av framtida utbud och efterfrågan på läkare.

Patientströmmar och kvalitet

Revisorerna har i avsnitt 9.2 redovisat att det inom ett flertal landsting pågår ett arbete för att föra över patientströmmar från den sjukhusanknutna vården till primärvården. Primärvården skall ta hand om nya och i vissa fall mer vårdkrävande patienter, vilket skall ske genom effektiviseringar inom ramen för oförändrade och i vissa fall krympande resurser. Hur detta kommer att påverka verksamhetens resultat och kvalitet är svårt att bedöma. Det kan t.ex. komma att påverka tillgängligheten inom primärvården och därmed leda till att patienter även fortsättningsvis i första hand söker sig till specialistvården. Enligt revisorernas bedömning är osäkerhetsmomenten stora och Socialsty-

relsen bör därför få i uppgift att analysera hur denna omstrukturering kan komma att påverka primärvårdens resultat och kvalitet. I ett sådant uppdrag bör även ingå en analys av orsakerna till de stora variationerna mellan huvudmännen som redovisats i kapitel 5.

Målformulering

Riksdag och regering angav år 1995 för första gången en konkret målformulering om primärvårdens dimensionering. Generellt sett borde en läkare per 2 000 innevånare vara det genomsnittliga riktvärdet för landet som helhet. Som framgått ovan har detta mål ännu inte uppnåtts fullt ut.

Samtidigt pågår det som framgått ovan en omstrukturering av sjukvårdshuvudmännens verksamhet. Primärvårdens verksamhet skall öka i omfattning samtidigt som den sjukhusanknutna vårdens roll och omfattning skall minska. Enligt den analys som redovisas i konsultrapporten och som i och för sig är begränsad till fyra landsting finns inga konkreta planer att föra över resurser i motsvarande mån. Primärvården skall ta hand om nya och i vissa fall mer vårdkrävande patienter, vilket skall ske genom effektiviseringar. Hur detta kommer att påverka verksamhetens resultat och kvalitet är svårt att bedöma.

Enligt revisorernas uppfattning finns det sannolikt en ytterligare effektiviseringspotential, men det finns samtidigt en risk för att tillgängligheten försämras. Det senare kan resultera i att patienter även fortsättningsvis söker sig till specialistvården. Vi har redan tidigare pekat på att Socialstyrelsen bör få i uppdrag att analysera hur en sådan utveckling kan komma att påverka primärvårdens kvalitet och tillgänglighet. Enligt revisorernas uppfattning är dock detta inte tillräckligt. Det är inte otänkbart att primärvårdens ökade arbetsuppgifter ställer krav på ytterligare resursförstärkningar och leder fram till att målet om läkartäthet kan behöva omprövas. Enligt revisorernas bedömning bör regeringen därför löpande följa och analysera dessa frågor och redovisa utvecklingen inför riksdagen.

- Anell, A. och Persson, M. (1996), *Personalresurser i svensk sjukvård – utvecklingslinjer och internationell jämförelse*, IHE Arbetsrapport 1996:9.
- Arvidsson, G. och Jönsson, B. (1997), *Politik och marknad i framtidens sjukvård*, SNS Förlag, Stockholm.
- Blomqvist, Å. (1990), *Svensk hälso- och sjukvårdspolitik i internationellt perspektiv*, Bilaga 11 till LU90.
- Dagens Medicin (1997), *Primärvårdens framtid*.
- Ds 1992:46, *Statliga bidrag – motiv, kostnader, effekter?*
- Ds 1994:24, *Den offentliga sektorns produktivitetsutveckling 1980–1992*.
- Ds 1994:57, *Den framtida efterfrågan på läkare m.m.*
- Falk, V. (1994), *Hälso- och sjukvårdens organisation i Sverige*.
- Finansutskottets betänkande 1993/94:FiU20, *Den ekonomiska politiken och slutlig budgetreglering för budgetåret 1994/95*.
- Finansutskottets betänkande 1996/97:FiU15, *Den kommunala redovisningen*.
- Finansutskottets betänkande 1996/97:FiU20, *Riktlinjer för den ekonomiska politiken, utgiftstak, ändrade anslag för budgetåret 1997, m.m.*
- Finansutskottets betänkande 1997/98:FiU3, *Utgiftsområde 25 Allmänna bidrag till kommuner*.
- Högskoleverket (1997), *Årsrapport för universitet & högskolor 1995/96*.
- IHE (1993), *Prioriteringar i sjukvården, En empirisk studie av sjukvårdspolitikers syn på resursfördelningen*, IHE Arbetsrapport 1993:1.
- IHE (1994), *Perspektiv på sjukvård i förändring, Etik och resursfördelning i Bohuslandstinget*, IHE Arbetsrapport 1994:6.
- Landstingsförbundet, *Landstingsförbundets bokslutsstatistik i olika årgångar*.
- Landstingsförbundet, *Landstingsanställd personal i olika årgångar*.
- Landstingsförbundet (1993a), *Kostnader per intagen patient, vård dag, läkarbesök m.m. 1991*.
- Landstingsförbundet (1993b), *Från sjukrona till avreglering, Landstingen och patientavgifterna*.
- Landstingsförbundet (1994), *Värden i vården, Politikens, administratörers och läkares syn på resursfördelning inom hälso- och sjukvården*.
- Landstingsförbundet (1995a), *Kostnader per intagen patient, vård dag, läkarbesök m.m. 1993*.
- Landstingsförbundet (1995b), *Landstingens ekonomi, augusti 1995*.

- Landstingsförbundet (1996a), *Landstingens ekonomi, december 1996*.
- Landstingsförbundet (1996b), *Statistisk årsbok för landsting 1997*.
- Landstingsförbundet (1997a), *Landstingens personal våren 1997*.
- Landstingsförbundet (1997b), *1996 års vårdgaranti, Årsskiftet 1996/1997*.
- Landstingsförbundet (1997c), *Landstingens ekonomi, december 1997*.
- Landstingsförbundet (1997d), *Statistisk årsbok för landstingen 1998*.
- Landstingsförbundet och Socialstyrelsen (1994), *Basårsstatistik 1993, Verksamhet & personal, Sammanställning av vårdagar, vårdplatser, läkarbesök, årsarbetare m.m.*
- Landstingsförbundet och Socialstyrelsen (1995), *Basårsstatistik 1994, Verksamhet, Sammanställning av vårdagar, vårdplatser, läkarbesök m.m.*
- Landstingsförbundet och Socialstyrelsen (1996), *Basårsstatistik 1995, Verksamhet, Sammanställning av vårdagar, vårdplatser, läkarbesök m.m.*
- Landstingsförbundet och Socialstyrelsen (1997), *Basårsstatistik 1996, Verksamhet, Sammanställning av vårdagar, vårdplatser, läkarbesök m.m.*
- OECD (1995), *New Directions in Health Care Policy*, Health Policy Studies No. 7.
- OECD (1997), *OECD Health Data 1997*.
- Regeringens proposition 1981/82:97, *Hälso- och sjukvårdslag, m.m.*
- Regeringens proposition 1984/85:181, *Utvecklingslinjer för hälso- och sjukvården, m.m.*
- Regeringens proposition 1988/89:138, *Om riktlinjer för specialiserings-tjänstgöring för läkare m.m.*
- Regeringens proposition 1992/93:160, *Om husläkare m.m.*
- Regeringens proposition 1993/94:150, *Reviderad finansplan m.m.*
- Regeringens proposition 1994/95:195, *Primärvård, privata vårdgivare m.m.*
- Regeringens proposition 1996/97:1, *Budgetpropositionen för år 1997*.
- Regeringens proposition 1996/97:52, *Den kommunala redovisningen*.
- Regeringens proposition 1996/97:123, *Privata vårdgivare*.
- Regeringens proposition 1996/97:150, *1997 års ekonomiska vårproposition*.
- Regeringens proposition 1997/98:1, *Budgetpropositionen för 1998*.
- Regeringens skrivelse 1996/97:66, *Redogörelse för en överenskommelse om vissa ersättningar till sjukvårdshuvudmännen m.m. för år 1997*.
- Regeringens skrivelse 1996/97:118, *Utvecklingen inom den kommunala sektorn*.

Regeringens skrivelse 1997/98:51, *Redogörelse för en överenskommelse om vissa ersättningar till sjukvårdshuvudmännen m.m. för år 1998.*

Rehnberg, C. (1995), "Nya former för sjukvårdens finansiering och organisation", i Carlsson, P. och Rehnberg, C. (red.), *Hälsoekonomiska perspektiv*, SNS Förlag, Stockholm.

Ribacke, M. (1997), *Turning Hospital Based Health Care Around: Primary Health Care at the Crossroad in Sweden*, 63rd European Health Policy Forum Meeting, June 10–11, 1997, Club Leuven, Belgium.

Riksdagens revisorer (1991), *Den svenska hälso- och sjukvården*, Rapport 1990/91:4.

Riksdagens revisorer (1997), *Primärvårdens resurser*, Förstudie 1996/97:14.

Socialdepartementet (1997), *Välfärdsfakta social – sammanställning av fakta/nyckeltal inom Socialdepartementets verksamhetsområde 1997-04-01.*

Socialstyrelsen (1987), *Primärvård – omfattning och inriktning 1986*, PM 166/87.

Socialstyrelsen (1990), *Primärvårdsuppföljning 1989, Personal i primärvård – Lokala sjukhem – Sjukvård i hemmet*, SoS-rapport 1990:35.

Socialstyrelsen (1993), *Primärvårdsuppföljning 1992, Personal vid vårdcentralerna, Statistik 1986–1992 på kommun- och landstingsnivå*, SoS-rapport 1993:20.

Socialstyrelsen (1995), *Primärvårdens läkarkår (husläkare) 1994*, Meddelandeblad Nr 1/95.

Socialstyrelsen (1996a), *Hälso- och sjukvårdsstatistisk årsbok 1996.*

Socialstyrelsen (1996b), *Tillgänglighet och kontinuitet i primärvården, Primärvårdsuppföljningen 1996:4.*

Socialstyrelsen (1996c), *Läkartillgänglighet i primärvården, Primärvårdsuppföljningen 1996:1.*

Socialstyrelsen (1996d), *Dispenserade husläkare, Primärvårdsuppföljningen 1996:3.*

Socialstyrelsen (1997a), *Allmänläkare i primärvården*, Meddelandeblad Nr 1/97.

Socialstyrelsen (1997b), *Öppen mottagning hos läkarna i primärvården, Primärvårdsuppföljningen 1997:1.*

Socialstyrelsen (1997c), *Informationsutbyte och arbetsfördelning mellan primärvård och specialistvård, Primärvårdsuppföljningen 1997:4.*

Socialstyrelsen (1997d), *Redovisning av det statliga stimulansbidraget till sjukvårdshuvudmännen 1993/94, 1994/95 samt 1995/96.*

Socialstyrelsen (1997e), *Besparingar och prioriteringar i hälso- och sjukvården i Sörmlands, Östergötlands och Jönköpings län*, Socialstyrelsens aktiva uppföljning.

Socialutskottets betänkande 1989/90:SoU9, *Specialiseringstjänstgöring för läkare*.

Socialutskottets betänkande 1994/95:SoU24, *Primärvård, privata vårdgivare m.m.*

Socialutskottets betänkande 1996/97:SoU17, *Privata vårdgivare*.

Socialutskottets betänkande 1997/98:SoU8, *Läkarnas vidareutbildning*.

SOU 1991:82, *Drivkrafter för produktivitet och välbefinnande*, Produktivitetsdelegationens betänkande, Allmänna förlaget, Stockholm.

SOU 1995:5, *Vårdens svåra val*, Slutbetänkande av Prioriteringsutredningen, Fritzes, Stockholm.

SOU 1996:163, *Behov och resurser i vården – en analys*, Delbetänkande av kommittén om hälso- och sjukvårdens finansiering och organisation (HSU 2000), Fritzes, Stockholm.

SOU 1996:175, *Styrning och samverkan*, Betänkande av Delegationen för samverkan mellan offentlig och privat hälso- och sjukvård, Fritzes, Stockholm.

SOU 1976:179, *Statens uppgiftsinsamling från kommuner och landsting*, Betänkande av Utredningen om statens uppgiftsinsamling från kommuner och landsting, Fritzes, Stockholm.

SOU 1997:154, *Patienten har rätt*, Delbetänkande av HSU 2000, Fritzes, Stockholm.

SOU 1997:179, *Klara spelregler – en förutsättning för samverkan mellan offentlig och privat hälso- och sjukvård*, Slutbetänkande av Delegationen för samverkan mellan offentlig och privat hälso- och sjukvård, Fritzes, Stockholm.

Spri (1994), *Verksamhet och kvalitet i primärvård. Resultat från lokal verksamhetsuppföljning 1990–1992*, Spri rapport 368.

Spri (1995), *Några fakta om den svenska hälso- och sjukvården 94/95*.

Spri (1996), *Några fakta om den svenska hälso- och sjukvården 96/97*.

Spri (1997a), *Effekter av husläkarreformen – en primärvårdsuppföljning*, Spri rapport 454.

Spri (1997b), *Allmänmedicin i Europa – Vad kan Sverige lära?*, Spri rapport 447.

Stockholms läns landsting (1995), *Husläkarverksamheten inom Stockholms läns landsting*, Revisionsrapport nr 3/95.

Sveriges läkarförbund (1988), *Rekrytering av distriktsläkare i allmänmedicin, Rapport med förslag till åtgärder.*

Sveriges läkarförbund (1996a), *Arbetsmarknadssituationen 1996 ett år efter examen respektive legitimation.*

Sveriges läkarförbund (1996b), *Antal specialister i allmänmedicin, Prognos till år 2020.*

Sveriges läkarförbund (1997), *Statistik-Nytt, Aktuell statistik från Sveriges läkarförbund.*

Söderström, L. (1991), *Hur skall sjukvården betalas? – Om alternativa betalningsmodeller*, SNS Förlag, Stockholm.

Utbildningsutskottets betänkande 1996/97:UbU1, *Anslag till utbildning och forskning.*

1 Revisorernas granskning.....	1
2 Revisorernas överväganden	2
2.1 Avgränsning av granskningen.....	2
2.2 Primärvårdens ställning.....	3
2.3 Uppföljning och utvärdering	6
2.4 Styrmekanismer	11
2.5 Patientströmmar och kvalitet.....	13
2.6 Målformulering	14
3 Revisorernas förslag	16
Sammanfattning av remissyttranden över rapport 1997/98:5	
Primärvårdens resurser	17
1 Allmänna synpunkter.....	17
2 Avgränsning.....	17
3 Primärvårdens ställning	18
4 Uppföljning och utvärdering.....	19
5 Måluppfyllelse och styrmekanismer	21
6 Vidareutbildning av läkare.....	22
7 Patientströmmar och kvalitet	23
8 Målformulering.....	23
 <i>Bilaga</i>	
Förord	27
Sammanfattning.....	31
1 Granskningens bakgrund och inriktning	38
2 Hälsa- och sjukvårdens mål och organisation.....	40
2.1 Mål och struktur.....	40
2.2 Organisation.....	41
3 Sjukvårdens resurser och finansiering	44
3.1 Kostnader.....	44
3.2 Personal.....	47
3.3 Landstingens ekonomi	49
3.4 Finansiering	50
3.5 Internationell jämförelse	51
3.5 Sammanfattning	54
4 Primärvårdens utveckling	56
4.1 Några utvecklingstendenser	57
4.2 Riksdagens och regeringens intentioner.....	58
4.3 Personal.....	59
Delegationen för samverkan mellan offentlig och privat hälso- och sjukvård.....	63
4.4 Kostnader	70
4.5 Verksamhet och prestationer.....	72
4.6 Internationell jämförelse	81
4.7 Sammanfattning.....	89
5 Variationer mellan landstingen.....	90

5.1 Variationer mellan sjukvårdshuvudmännen	90
5.2 Prioriteringar inom sjukvården	94
5.3 Resursfördelningssystem och andra styrinstrument	101
5.4 Sammanfattning	103
6 Några styrinstrument i landstingen	105
6.1 Styrinstrument som kan påverka utbudet av läkare	105
6.2 Styrinstrument som kan påverka patientströmmar	109
6.3 Andra former av styrinstrument	114
6.4 Sammanfattning	114
7 Statliga instrument för att styra och följa upp hälso- och sjukvården .	116
7.1 Medel att styra verksamheten	116
7.2 Uppföljningsverksamhet	120
7.3 Publicerade och pågående utredningar	128
7.4 Sammanfattning	130
8 Planeringen av läkarutbildningen	132
8.1 Utbildningen av läkare	132
Kort historik	133
8.2 Några konsekvenser	137
8.3 Beslutade förändringar	139
8.4 Effekter av regleringar	141
8.5 Efterfrågan	145
8.6 Sammanfattning	147
9 Revisorernas bedömningar	149
9.1 Allmänt	150
9.2 Sjukvårdshuvudmännens verksamhet	152
9.3 Statens verksamhet	157
Referenser	167