Ref KB 00
SOU

Landstingens ansvar för kliniskt forsknings- och utvecklingsarbete

Delbetänkande av Kommittén om hälso- och sjukvårdens finansiering och organisation, HSU 2000

SOU
1994:132

Statens offentliga utredningar
1994:132
Socialdepartementet

Landstingens ansvar för kliniskt forsknings- och utvecklingsarbete

Delbetänkande av Kommittén om hälso- och sjukvårdens finansiering och organisation, HSU 2000
Stockholm 1994

SOU och Ds kan köpas från Fritzes kundtjänst. För remissutsändningar av SOU och Ds svarar Fritzes, Offentliga Publikationer, på uppdrag av Regeringskansliets förvaltningskontor

Beställningsadress: Fritzes kundtjänst
106 47 Stockholm
Fax: 08-20 50 21
Telefon: 08-690 90 90

REGERINGSKANSLIETS
OFFSETCENTRAL
Stockholm 1994

ISBN 91-38-13805-0
ISSN 0375-250X

Till statsrådet Bo Könberg

Genom beslut den 12 mars 1992 bemyndigade regeringen statsrådet Bo Könberg att tillkalla en parlamentarisk kommitté om hälso- och sjukvårdens finansiering och organisation med uppdrag att dels analysera och bedöma hälso- och sjukvårdens resursbehov fram till år 2000, dels överväga hur hälso- och sjukvården bör finansieras och organiseras på den övergripande samhällsnivån.

Kommittén antog namnet HSU 2000. En kortfattad redogörelse för utredningsuppdraget och kommitténs arbete med detta betänkande återfinns i kapitel 1. Direktiven till utredningen (Dir 1992:30) har i sin helhet bifogats betänkandet (bil. 2).

I arbetet med betänkandet har som ledamöter deltagit statssekreteraren Göran Rådö (fp), ordförande samt riksdagsledamöterna Leif Bergdahl (nyd), Jerzy Einhorn (kds), Karin Israelsson (c), Göte Jonsson (m) och Liselott Wågö (m).

Riksdagsledamöterna Berit Andnor (s) och Bo Holmberg (s) samt informationssekreteraren Ann-Christine Andersson (v) och landstingsrådet Bengt Holgersson (s) entledigades den 21 januari 1994 på egen begäran från uppdragen som ledamöter i kommittén och har således inte deltagit i arbetet med detta betänkande.

Som sakkunniga har deltagit programchefen Gert Alaby, Svenska kommunförbundet, departementssekreteraren Per-Olof Burén (fr.o.m. den 21 mars 1994), Socialdepartementet, generaldirektören Agneta Dreber, Folkhälsoinstitutet, departementssekreteraren Kenneth Ennefors, Socialdepartementet, direktören Toivo Heinsoo, Landstingsförbundet, ombudsmannen Tore Lidbom, Landsorganisationen i Sverige, verkställande direktören Anders Milton, Sveriges läkarförbund, ordföranden Inger Ohlsson, Vårdförbundet SHSTF, departementsrådet Ingrid Petersson, Socialdepartementet, departementsrådet Inger Rydén (t.o.m. den 21 mars 1994), Socialdepartementet, generaldirektören Karl Gustav Scherman, Riksförsäkringsverket, departementsrådet Hans Strandell, Utbildningsdepartementet, departementsrådet Gunnar Wetterberg, Finansdepartementet samt generaldirektören Claes Örtendahl, Socialstyrelsen.

En expertgrupp har i enlighet med direktiven varit knuten till kommittén. Följande experter har ingått i gruppen: professorn Bengt Jönsson (ordförande), Handelshögskolan, finansdirektören Tord Bergstedt, Stockholms läns landsting, utvecklingschefen Mats Bylund, Landstinget Dalarna, sjukhusdirektören Mora Kallner, Löwenströmska sjukhuset, finansdirektören Mats-Olof Ljungqvist, Apoteksbolaget AB, professorn Casten von Otter, Arbetslivscentrum samt t.f. professorn Lars Söderström, Universitet i Linköping. Filosofie doktorn Peter Garpenby, Universitetet i Linköping samt ekonomie doktorn Clas Rehnberg, Handelshögskolan i Stockholm har varit expertgruppens sekreterare. Samtliga experter och sekreterare entledigades i mars 1994 i samband med att expertgruppen överlämnade sin rapport Hälso- och sjukvården i framtiden - Tre modeller (SOU 1993:38) till kommittén. Samtidigt förordnades professorn Bengt Jönsson som expert i kommittén.

Kommitténs huvudsekreterare har varit departementsrådet Christina Kärvinge och dess biträdande sekreterare filosofie kandidaten Sara Nordling. F.d. chefsjuristen Jan Sahlin har medverkat som expert i arbetet med betänkandet.

Kommittén har tidigare avlämnat följande expertrapporter: Hälso- och sjukvården i framtiden - Tre modeller (SOU 1993:38), Teknologi och vårdkonsumtion inom sluten somatisk korttidsvård 1981-2001 (SOU 1994:86), En allmän sjukvårdsförsäkring i offentlig regi (SOU 1994:95) samt Sjukvårdsreformer i andra länder (SOU 1994:115). Vidare har kommittén i samarbete med Spri publicerat rapporten Svenska hälso- och sjukvårdsreformer i ett internationellt perspektiv - Rapport från en hearing om tre modeller för hälso- och sjukvårdsreform (Spri rapport 379). Spri har vidare på uppdrag av kommittén utarbetat rapporten Mått och steg för bättre resursutnyttjande i vården (Spri rapport 374).

Kommittén får härmed överlämna betänkandet Landstingens ansvar för kliniskt forsknings- och utvecklingsarbete inom hälso- och sjukvården (SOU 1994:132). I betänkandet föreslås att hälso- och sjukvårdslagen kompletteras med en bestämmelse som preciserar landstingens ansvar för forsknings- och utvecklingsarbete inom hälso- och sjukvården. Direktören Lars-Åke Flood, Stockholms läns landsting, har på kommitténs uppdrag utarbetat rapporten Forskning, utveckling och utbildning - Konsekvenser av pågående förändringar inom hälso- och sjukvården. Rapporten, som fogats till betänkandet som bilaga 1, har utgjort underlag för kommitténs överväganden och förslag i den del som rör landstingens ansvar för kliniskt forsknings- och utvecklingsarbete. I övrigt har inte kommittén tagit ställning till de överväganden och förslag som presenteras i rapporten utan dessa svarar författaren själv för.

Stockholm i september 1994

Göran Rådö

Leif Bergdahl

Karin Israelsson

Liselott Wågö

Jerzy Einhorn

Göte Jonsson

/Christina Kärvinge

Innehållsförteckning

Sammanfattning 9

Författningsförslag 11

1 *Inledning* 13
1.1 Direktiven 13
1.2 Expertgruppens bedömning 14
1.3 Kommitténs fortsatta beredning av frågor rörande forskning, utveckling och klinisk utbildning 14
1.4 Betänkandets innehåll 15

2 *Finansieringen av FoUU* 17
2.1 Statens åtaganden inom FoUU 17
2.2 Sjukvårdshuvudmännens åtaganden inom FoUU 17
2.3 Styrningen av FoUU-verksamheten 18
2.4 Ansvarsfördelningen för FoUU mellan staten och sjukvårdshuvudmännen 20
2.4.1 Den kliniska utbildningen 20
2.4.2 Forskning och utveckling 21

3 *Kommitténs överväganden och förslag* 25

4 *Författningskommentar* 31

Bilaga 1: *Forskning, utveckling och utbildning – Konsekvenser av pågående förändringar inom hälso- och sjukvården* 35

Bilaga 2: *Kommittédirektiv* 79

Sammanfattning

HSU 2000 har enligt direktiven (1992:30) bl.a. i uppdrag att överväga hur hälso- och sjukvården bör finansieras och organiseras på den övergripande samhällsnivån. Kommittén överväganden och förslag skall grundas på en analys av i första hand tre olika finansierings- och organisationsmodeller. I direktiven nämns vidare bl.a. att frågan om hur *viss forskningsverksamhet* bör finansieras och organiseras samt förutsättningarna för *läkarutbildningen* i de olika modellerna bör beaktas.

I betänkandets inledning (kapitel 1) redogörs kortfattat för direktiven och det utredningsarbete som ligger till grund för det förslag som läggs fram i betänkandet. Det konstateras bl.a. att en av de expertrapporter som utarbetats på uppdrag av kommittén (bil.1) innehåller en redovisning av de konsekvenser som den pågående förändringen mot nya ekonomiska styrmodeller och andra organisationsförändringar inom hälso- och sjukvården får för forskning, utveckling och klinisk utbildning (FoUU). I den rapporten redovisas också vilka lösningar som kan övervägas för finansieringen av FoUU när sådana förändringar genomförs.

Vidare framgår att kommittén avser att återkomma till FoUU-frågorna i sitt slutbetänkande. I det nu aktuella betänkandet avgränsas kommitténs överväganden och förslag till ansvarsfördelningen för finansieringen av kliniskt forsknings- och utvecklingsarbete mellan staten och landstingen.

I kapitel 2 görs en översiktlig redovisning av finansieringen av FoUU inom hälso- och sjukvården och ansvarsfördelningen mellan staten och sjukvårdshuvudmännen. Där konstateras bl.a. att ansvarsfördelningen i fråga om den kliniska utbildningen är tydlig. Staten ansvarar för och finansierar via den s.k. ALF-ersättningen kostnaderna för klinisk utbildning som ingår i den grundutbildning som staten är huvudman för. Kostnaderna för vidareutbildningen av läkare och den kliniska utbildning som ingår i övriga utbildningar finansieras av sjukvårdshuvudmännen. I fråga om forskning och utveckling är ansvarsfördelningen mera oklar, bl.a. till

följd av att det är svårt att dra tydliga gränser mellan de olika leden i det samlade FoU-arbetet. Grundforskning, klinisk forskning och utvecklingsverksamhet går i varandra och är dessutom starkt integrerade i det direkta hälso- och sjukvårdsarbetet. Detta gör det svårt att dra en tydlig gräns mellan vad som kan anses vara ett statligt finansieringsansvar och vad som är landstingens ansvar, särskilt i "gråzonen" mellan klinisk forskning och utvecklingsarbete. Det konstateras vidare att särskilt landsting med universitetssjukhus har medverkat vid finansieringen av FoU i relativt stor omfattning. Dessa kostnader har emellertid hittills varit "dolda" i de olika sjukvårdsenheternas ramanslag och inte kunnat särskiljas från den egentliga sjukvårdsverksamheten.

I kapitel 3 redovisas kommitténs överväganden och förslag. Motiven vidareutvecklas i författningskommentaren i kapitel 4. Det framgår bl.a. hur kommittén ser på ansvarsfördelningen mellan staten och landstingen i fråga om FoU. Grundforskningen liksom övrig forskning i prekliniska discipliner är ett renodlat statligt ansvar. I fråga om den kliniska forskningen är ansvaret i praktiken delat mellan staten och landstingen. Enligt kommitténs bedömning är det i första hand ansvaret för den *patientnära kliniska forskningen* - dvs. den forskning som har sin utgångspunkt i studier av patienters undersökningsresultat och reaktion på försök eller behandling samt genomgångar av journalmaterial m.m. - som är en gemensam angelägenhet för staten och landstingen medan *den rent experimentella kliniska forskningen* primärt är ett statligt ansvar. Utvecklingsarbetet får däremot anses vara ett renodlat ansvar för sjukvårdshuvudmännen.

Kommittén har efter en kommunalrättslig granskning kommit fram till att det är tveksamt om det finns tillräckligt lagstöd för landstingen att finansiera klinisk forskning med kommunala medel. Eftersom ett sådant engagemang förekommer - och enligt kommitténs mening bör förekomma - har kommittén funnit det angeläget att föreslå att hälso- och sjukvårdslagen kompletteras med en bestämmelse som preciserar landstingens ansvar för kliniskt forsknings- och utvecklingsarbete. Det ansvar som läggs på landstingen genom den nya bestämmelsen innefattar att medverka vid finansiering, planering och genomförande av kliniskt forsknings- och utvecklingsarbete på hälso- och sjukvårdens område. Vidare framgår att landstinget i den omfattning som behövs bör samverka med andra landsting samt med berörda universitet och högskolor.

Författningsförslag

Förslag till

Lag om ändring i hälso- och sjukvårdslagen (1982:763)

Härigenom förordnas att i hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) skall införas en ny paragraf, 8 a §, av nedan angiven lydelse.

Föreslagen lydelse

8 a §

Till landstingets ansvar enligt denna lag hör att medverka vid finansiering, planering och genomförande av kliniskt forsknings- och utvecklingsarbete på hälso- och sjukvårdens område. Härvid bör landstinget i den omfattning som behövs samverka med andra landsting samt med berörda universitet och högskolor.

Denna lag träder i kraft den - - -

1 Inledning

1.1 Direktiven

Av direktiven (1992:30) till Kommittén om hälso- och sjukvårdens finansiering och organisation (HSU 2000) framgår bl.a. att en av dess huvuduppgifter är att överväga hur hälso- och sjukvården bör finansieras och organiseras på den övergripande samhällsnivån. Kommitténs överväganden och förslag skall grundas på en analys av i första hand tre olika finansierings- och organisationsmodeller. Dessa är:

- Reformerad landstingsmodell
- Primärvårdsstyrd vård
- Obligatorisk sjukvårdsförsäkring

En expertgrupp har enligt direktiven varit knuten till kommittén. Dess uppdrag har varit att vidareutveckla och analysera de olika modellerna med utgångspunkt i ett antal kriterier som anges i direktiven. Expertgruppens analys redovisades våren 1993 i rapporten Hälso- och sjukvården i framtiden - Tre modeller (SOU 1993:38).

De frågor som rör forskning, utveckling och utbildning (FoUU) behandlas mycket kortfattat i direktiven. Där konstateras att det inom hälso- och sjukvården finns delar som inte är direkt kopplade till kvantifierbara prestationer. Det gäller t.ex. det långsiktiga folkhälsoarbetet, handledning av personal samt *viss forskningsverksamhet*. Enligt direktiven bör expertgruppen belysa hur dessa och närliggande verksamheter bör finansieras och organiseras i de olika modellerna. Expertgruppen bör också beakta de förändrade *förutsättningar för läkarutbildningen* som kan uppstå i de olika finansierings- och organisationsmodellerna (s. 12 f).

1.2 Expertgruppens bedömning

Expertgruppen konstaterar i sin rapport att dagens sjukhus ansvarar för funktioner som vård, forskning och utbildning samtidigt som specialiseringsgraden varierar. Det är i synnerhet i fråga om universitetssjukhusen som inslagen av forskning och högre utbildning motiverar en särlösning eftersom det har visat sig svårt att inkludera kostnaderna för dessa uppgifter i priset för vårdtjänsterna. Enligt expertgruppen är forskning och högre utbildning att betrakta som kollektiva nyttigheter, vilket motiverar att dessa uppgifter finansieras av staten. Verksamheten i övrigt kan enligt expertgruppens bedömning finansieras genom att universitetssjukhusen lägger anbud och konkurrerar om den vård som beställaren/finansiären efterfrågar. Vidare framhålls att det är en central managementuppgift vid universitetssjukhusen att internt hålla isär kostnadsredovisningen för forskning/utbildning och vård. En diskussion förs också om alternativa driftformer för universitetssjukhusen (s. 111 f, 144 f och 182 f).

1.3 Kommitténs fortsatta beredning av frågor rörande forskning, utveckling och klinisk utbildning

Kommittén beslutade i juni 1993 att frågan om hur forskning och utveckling samt klinisk utbildning (FoUU) kan finansieras och organiseras bör belysas ytterligare. Detta har skett genom att en extern utredare och expert haft i uppdrag att ta fram underlag för den fortsatta beredningen i kommittén. Syftet med uppdraget var bl.a. att redovisa hur systemutformningen i stort inom hälso- och sjukvården påverkar förutsättningarna för FoUU. Uppdraget avrapporterades första gången i december 1993 och inriktades därefter i enlighet med kommitténs beslut på att belysa sjukvårdshuvudmännens ansvar för kliniskt forsknings- och utvecklingsarbete. Uppdraget avrapporterades slutligt i april 1994. Rapporten "Forskning, utveckling och utbildning - Konsekvenser av pågående förändringar inom hälso- och sjukvården" har fogats till detta betänkande som bilaga 1.

Kommittén har också haft vissa kontakter med den arbetsgrupp med företrädare för universitetssjukhusen och de medicinska fakulteterna som gjort en liknande utredning. Arbetsgruppen, som antog namnet Gråzons-(GZ)gruppen, har haft som utgångspunkt för sitt utredningsarbete att klargöra den s.k. gråzon som föreligger mellan forskning - utvecklingsarbete - sjukvård vid universitetssjukhusen. Resultatet av arbetet, rapporten

"Universitetssjukhusens roll och ställning", presenterades vid en konferens i maj 1994 som anordnades av Utbildnings- och Socialdepartementen samt Landstingsförbundet. Vid konferensen presenterades också den expertrapport som utarbetats på uppdrag av kommittén. I konferensen deltog representanter från landstingen, universitetssjukhusen, de medicinska fakulteterna, berörda myndigheter samt riksdagens social- och utbildningsutskott.

1.4 Betänkandets innehåll

Frågan om hur forskning, utveckling och utbildning skall finansieras och organiseras är starkt avhängig kommitténs förslag om hur hälso- och sjukvården i sin helhet skall finansieras och organiseras. Kommittén skulle enligt direktiven ha redovisat sina överväganden och förslag i dessa frågor under våren 1994. Kommittén beslutade i januari 1994 att avvakta med detta ställningstagande. Motivet var att det inte fanns ett tillräckligt brett parlamentariskt underlag för att ta ställning till dessa strategiska frågor eftersom socialdemokraternas och vänsterpartiets ledamöter valde att lämna kommittén vid den tidpunkten. Arbetet under våren och sommaren har i stället inriktats på att ta fram olika expertrapporter och delbetänkanden som kan utgöra underlag för det slutliga ställningstagandet till hälso- och sjukvårdens framtida finansiering och organisation.

Den expertrapport som återfinns i bilaga 1 till detta betänkande innehåller bl.a. en redovisning av de konsekvenser som den pågående utvecklingen mot nya ekonomiska styrmodeller och andra organisationsförändringar inom hälso- och sjukvården får för forskning, utveckling och klinisk utbildning. I rapporten redovisas också vilka lösningar som kan övervägas för finansieringen och styrningen av FoUU-verksamheten när sådana förändringar genomförs. Kommittén avser att återkomma till dessa frågor i sitt slutbetänkande.

Kommittén har emellertid funnit det angeläget att redan nu lägga ett lagförslag som preciserar landstingens ansvar för kliniskt forsknings- och utvecklingsarbete. Den föreslagna bestämmelsen bör gälla landstingen och de tre landstingsfria kommunerna Göteborg, Malmö och Gotland som enligt 3 § första stycket i hälso- och sjukvårdslagen (HSL) jämställs med landsting. I kapitel 2 redovisas hur forskning, utveckling och utbildning finansieras samt hur ansvaret är fördelat mellan staten och sjukvårdshuvudmännen. I kapitel 3 redovisar kommittén sina överväganden och förslag. Motiven vidareutvecklas i författningskommentaren i kapitel 4.

Kommittén avser att i sitt fortsatta arbete överväga om det finns behov av en lagändring som preciserar primärkommunernas ansvar för patientnära forskning inom de delar av sjukvården som de är huvudmän för.

2 Finansieringen av FoUU

2.1 Statens åtaganden inom FoUU

Huvudansvaret för forskning och forskarutbildning åvilar staten genom universitet och högskolor liksom grundutbildningen av läkare, sjukgymnaster och logopeder.

Det statliga stödet till forskning, utveckling och utbildning sker i huvudsak genom fakultetsanslag och rådsmedel, främst från Medicinska forskningsrådet (MFR). Fakultetsanslagen går främst till tjänster som lärare och forskare vid de medicinska fakulteterna, t.ex. professurer, lektorat, kliniska assistenter och forskarassistenter. I många fall är dessa tjänster kombinerade med en tjänst hos sjukvårdshuvudmannen.

Forskning och forskarutbildning inom de medicinskt kliniska ämnesområdena kräver tillgång till resurser inom hälso- och sjukvården. Detsamma gäller för den del av läkarnas, sjukgymnasternas och logopedernas grundutbildning som är förlagd till sjukvårdshuvudmännens enheter. Staten ersätter landstingen för de resurser som tas i anspråk för klinisk utbildning, forskning och forskarutbildning vid universitetssjukhusen och andra s.k. upplåtna enheter. Denna samverkan mellan staten och berörda sjukvårdshuvudmän regleras dels i det centrala avtalet om läkarutbildning, forskning m.m. (ALF), dels närmare i lokala samarbetsavtal mellan berörda universitet och sjukvårdshuvudmän.

2.2 Sjukvårdshuvudmännens åtaganden inom FoUU

Sjukvårdshuvudmännen har också egna åtaganden inom FoUU. Det gäller t.ex. vidareutbildning av läkare, klinisk utbildning av blivande sjuksköterskor, undersköterskor och många andra yrkesgrupper samt utveckling och uppföljning av hälso- och sjukvårdsverksamheten.

2.3 Styrningen av FoUU-verksamheten

Under senare år har rambudgetering varit den förhärskande ekonomiska styrmetoden inom hälso- och sjukvården. Detta har inneburit att de medel som disponerats av landstingen för sjukvård, forskning och utveckling, klinisk utbildning etc. (dvs. de medel som landstingen själva anvisar samt de s.k. ALF-medlen) har fördelats till olika enheter i form av årliga driftsanslag som skulle täcka kostnaderna för all verksamhet som respektive enhet haft i uppdrag att utföra.

Rambudgetmodellen bygger på förutsättningen att varje chef tar ett ansvar för en rätt avvägning av de olika uppgifterna som enheten har i fråga om hälso- och sjukvård, forskning, klinisk undervisning m.m. Rambudgetar var ett mycket enkelt och obyråkratiskt sätt att hantera sjukvårdsenheternas olika uppdrag i tider med god ekonomi.

Samtidigt innebar rambudgetmodellen att den faktiska resursförbrukningen för de olika uppdragen inte var synliga för uppdragsgivarna, dvs. staten som finansiär genom s.k. ALF-medel samt landstingen som finansiär av hälso- och sjukvården. Utredaren konstaterar att rambudgetmodellen troligen har inneburit att den kliniska forskningen har fått stå tillbaka för ett ökande sjukvårdstryck vid vissa enheter, medan andra har kunnat bedriva forsknings- och utvecklingsarbete i betydligt större omfattning än vad som förutsattes i avtalet mellan staten och sjukvårdshuvudmännnen eller vad sjukvårdshuvudmannen uppmärksammat och varit beredd att finansiera med egna medel. Han gör vidare bedömningen att de sjukvårdshuvudmän som har regionsjukhus har satsat betydligt mer resurser på tillämpad klinisk forskning än genomsnittet för övriga huvudmän.

Utvecklingen under senare tid har på olika sätt påverkat förutsättningarna för forskning, utveckling och klinisk utbildning inom hälso- och sjukvården. Det gäller inte minst för universitetssjukhusen som har en mycket komplex uppdragssituation med många finansiärer och en mycket hög grad av integration mellan sjukvård, forskning, utveckling och utbildning.

I många landsting genomförs förändringar som innebär att ansvaret för att finansiera och beställa vård separeras från ansvaret för att producera och tillhandahålla vård. Utvecklingen mot en tydligare ansvarsuppdelning för den egentliga vården kommer sannolikt att leda till krav på en motsvarande tydlighet i fråga om forskning, utveckling och klinisk utbildning. När en beställare/finansiär av hälso- och sjukvård identifieras måste också klarläggas vem som är beställare/finansiär av FoUU.

En annan trend i utvecklingen är att rambudgeteringen överges till förmån för ersättningssystem som är relaterade till de prestationer som utförs. På många håll har enheter inom medicinsk och allmän service omvandlats till interna resultatenheter med ersättning per prestation med kliniker och mottagningar som köpare. Införandet av prestationsersättning till vårdande enheter har ännu inte nått lika stor spridning. Några landsting har avskaffat de tidigare ramanslagen och ersätter praktiskt taget all somatisk sjukhusvård per prestation. I ett system där kliniker och mottagningar ersätts för faktiskt utförda sjukvårdstjänster måste man hitta nya former för finansieringen av forskning, utveckling och klinisk utbildning. Som framgår av redovisningen i bilaga 1 tillämpar Stockholms läns landsting ett finansieringssystem som innebär att de olika enheterna får särskild ersättning för merkostnaderna för FoUU-verksamheten vid sidan av prestationsersättningen för sjukvårdstjänsterna. Fördelningen av FoUU-medlen sker efter principer som fastställts av Karolinska institutet och landstingets hälso- och sjukvårdsnämnd.

Även i landsting som väljer att behålla rambudgeteringen är strävan att förbättra styrningen och uppföljningen genom att utveckla kostnadsredovisningen så att det blir möjligt att särskilja kostnaderna för forskning, utveckling och klinisk utbildning från den direkt sjukvårdande verksamheten. Som framgår av bilagan har Malmöhus läns landsting efter ett grundläggande utredningsarbete kunnat särskilja kostnaderna för FoUU från kostnaderna för vården vid Lunds lasarett som är ett universitets- och regionsjukhus. De kostnader som är förknippade med FoUU anslagsfinansieras numera direkt av landstinget. Sjukvårdshuvudmännen i Södra sjukvårdsregionen har också kommit överens om principer för ekonomisk utjämning som kompenserar Malmöhus läns landsting för en del av de merkostnader som man har för universitetssjukhuset.

Utvecklingen går således mot att man så långt möjligt särskiljer kostnaderna för forskning, utveckling och klinisk utbildning från de direkt sjukvårdande insatserna och tillämpar nya system för styrningen och finansieringen av de olika uppdragen.

2.4 Ansvarsfördelningen för FoUU mellan staten och sjukvårdshuvudmännen

2.4.1 Den kliniska utbildningen

Kostnaderna för den del av läkarnas grundutbildning som är förlagd till sjukvårdshuvudmännens enheter förutsätts täckas av den ersättning som staten utbetalar till berörda huvudmän enligt det ovan nämnda samarbetsavtalet (ALF). Ersättningen skall kompensera sjukvårdshuvudmännen för de merkostnader som uppkommer för undervisning, handledning, kursledning, administration etc. Den kliniska utbildningen förläggs i första hand till universitetssjukhusen, men även andra sjukhus och vårdenheter utanför sjukhusen utnyttjas. Enheter som mer regelmässigt utnyttjas för läkarutbildningen finns förtecknade i avtal mellan parterna. Dessa enheter kallas upplåtna enheter. Samarbetsavtalet omfattar också utbildning av sjukgymnaster och logopeder på vissa studieorter.

Landstingen har finansieringsansvaret för läkarnas fortsatta utbildning, dvs. allmäntjänstgöring (AT) och specialiseringstjänstgöring (ST). Vidareutbildningen i form av AT och ST sker genom praktiskt arbete inom en avlönad anställning. Det är sjukvårdshuvudmännen som anställer och avlönar läkare för AT och ST.

Sjukvårdshuvudmännen har också finansieringsansvaret för den kliniska utbildningen av blivande sjuksköterskor, undersköterskor, laboratorieassistenter och andra yrkesgrupper i vars utbildningsplan ingår att under kortare eller längre perioder delta i praktisk sjukvårdsverksamhet.

Ansvarsfördelningen mellan staten och sjukvårdshuvudmännen för finansieringen av den kliniska utbildningen är således tydlig. Staten ansvarar för och betalar via ALF-ersättningen kostnaderna för klinisk utbildning som ingår i den grundutbildning som staten är huvudman för. Kostnaderna för den kliniska utbildning som ingår i övriga utbildningar finansieras av sjukvårdshuvudmännen.

I expertrapporten konstateras bl.a. att genomförda eller planerade förändringar av den ekonomiska styrningen av hälso- och sjukvården i kombination med omstruktureringen av den slutna vården och krympande ekonomiska ramar på olika sätt får konsekvenser för den kliniska utbildningen. Bl.a. framhålls vikten av att de enheter inom hälso- och sjukvården som svarar för klinisk utbildning får ekonomisk kompensation för detta. I rapporten redovisas med utgångspunkt från den finansieringsmodell som tillämpas i Stockholms läns landsting de tekniska lösningar

som kan tillämpas för detta för olika kategorier inom ramen för nu gällande ansvarsfördelning i fråga om finansieringen av den kliniska utbildningen.

Utredaren för också en principiell diskussion om en ändrad ansvarsfördelning mellan staten och sjukvårdshuvudmännen i fråga om läkarutbildningen. Bl.a. föreslås att man bör överväga att låta högskolorna ta ansvaret för läkarutbildningen i dess helhet, dvs. ända fram till legitimation. Vidare pekar utredaren på att det finns skäl som talar för att respektive skola bör ta det samlade ekonomiska ansvaret för utbildningen och därmed också de kliniska utbildningsavsnitten för blivande sjuksköterskor och andra personalgrupper.

2.4.2 Forskning och utveckling

Den kontinuerliga FoU-processen brukar enligt utredaren indelas i:

Grundforskning Systematiskt och metodiskt sökande efter ny vetenskaplig kunskap och nya idéer utan någon bestämd tillämpning i sikte.

Tillämpad forskning Systematiskt och metodiskt sökande efter ny vetenskaplig kunskap och nya idéer med en bestämd tillämpning i sikte.

Utvecklingsarbete Systematiskt utnyttjande av redan framtagna forskningsresultat för att åstadkomma nya eller väsentligt förbättrade produkter och metoder.

Ett annat sätt att dela upp forsknings- och utvecklingsverksamhet är i inomvetenskapligt genererad forskning respektive FoU motiverad av en sektors eller annan avnämares intressen. Båda dessa typer kan omfatta såväl grundforskning som tillämpad forskning och utvecklingsarbete. Den inomvetenskapligt genererade forskningen bedrivs främst vid universitet och högskolor och finansieras till större delen av fakultetsanslag samt medel från statliga forskningsråd och privata stiftelser. Den andra typen av FoU finansieras i första hand av aktuella intressenter inom t.ex. näringslivet, olika sektorsorgan, vissa myndigheter, kommuner och landsting.

Överfört till det medicinska området kan processen beskrivas på följande sätt enligt rapporten från GZ-gruppen.

Grundforskning sker kring basala mekanismer och syftar enbart till att öka förståelsen för biologiska strukturer och funktioner. Grundforskningen har således inget förutbestämt nyttovärde. I medicinska sammanhang är grundforskning praktiskt taget alltid experimentell.

Grundforskning inom det medicinska fältet bedrivs huvudsakligen inom de prekliniska institutionerna och knappast alls på universitetssjukhusen. Sjukhusens forskning utgår från kliniska problem. Däremot sker ett intensivt utbyte mellan preklinik och klinik.

Klinisk forskning sker utifrån en klinisk frågeställning och kan vara rent experimentell eller utgå från patientmaterial.

> *Experimentell forskning* kräver ofta laboratoriemiljö och metodologi från biomedicinsk grundvetenskap samt ibland djurförsök och består av observationer utifrån största möjliga kontroll av försökssituationen. För framtagande av nya behandlingsmetoder för våra folksjukdomar krävs en satsning på experimentell forskning för att förstå sjukdomsorsaker och sedan utveckla och pröva nya metoder på människa. De flesta nya behandlingar har kommit och kommer att utvecklas genom en kombination av experimentell och patientnära forskning.
>
> *Patientnära forskning* utgår från patientmaterial såsom studier av patienters undersökningsresultat, reaktion på försök eller behandling eller genomgång av journalmaterial eller register.

Utvecklingsverksamhet syftar inte till att finna helt ny kunskap utan strävar mer efter att förbättra etablerade metoder. Till denna rubrik kan således hänföras arbete rörande metod- och produktutveckling och utvärdering av etablerad klinisk praxis samt kunskapsöverföring.

Kvalitetssäkring är enligt GZ-gruppen nivån under utvecklingsarbete och innefattar åtgärder som syftar till att säkerställa att det kliniska arbetet sker enligt beprövad erfarenhet och ger önskvärda resultat.

Enligt GZ-gruppen har senare års framsteg inom biomedicinsk forskning lett till en snabb idémässig och metodologisk utveckling inom klinisk forskning och till ett närmande mellan grundvetenskap och klinisk forskning. Detta utökade och nära samarbete mellan grundforskare och kliniska forskare har bl.a. lett till att forskningsframsteg numera snabbt kan överföras till klinisk tillämpning. Såväl gränserna mellan grundforskning och klinisk forskning som mellan klinisk forskning och utvecklingsarbete förskjuts kontinuerligt och kräver nya organisatoriska och ekonomiska lösningar. Enligt GZ-gruppen menar många att tiden från grundläggande upptäckter till kliniska tillämpningar inom många områden kommer att bli förkortad och att grundforskningsresultat snabbare kan komma den

praktiska sjukvården tillgodo. Detta gäller inte minst upptäckter med stöd av genteknologiska och molekylärbiologiska metoder. Vidare framhålls att patientnära forskning och utvecklingsarbete är en viktig länk i kedjan från basal upptäckt till klinisk tillämpning. Om inte den länken fungerar kan vetenskapliga landvinningar inte komma patienten till godo. Forskningen är därför i regel knuten till undervisningssjukhusens högspecialiserade vård. Forskarna måste tjänstgöra i kliniskt arbete för att upprätthålla sin kompetens. En del forskare har akademiska kombinationstjänster men många uppehåller vanliga tjänster vid undervisningssjukhusen och fungerar som en länk mellan experimentalforskarna och patienterna. Kunskapsöverföring sker också till andra delar av hälso- och sjukvården bl.a. genom de läkare som genomgår fortbildning och vidareutbildning, genom att individer byter anställning mellan universitetssjukhus och andra sjukhus, genom konferenser och symposier, genom konsultationer och samråd i enskilda fall etc.

Såväl i expertrapporten till kommittén som i GZ-gruppens utredning konstateras att det är mycket svårt att dra tydliga gränser mellan de olika leden i det samlade FoU-arbetet inom hälso- och sjukvården. Grundforskning, kliniskt tillämpad forskning, metodutveckling, produktkontroll och annan uppföljning är verksamheter som går i varandra och som dessutom är starkt integrerade i det direkta hälso- och sjukvårdsarbetet. Detta gör det svårt att dra en tydlig gräns mellan vad som kan anses vara ett statligt ansvar och som därmed skall finansieras med ALF-medel, fakultetsanslag eller rådsmedel och vad som är landstingets ansvar. GZ-gruppen pekar särskilt på den "gråzon" som finns mellan klinisk forskning och utvecklingsarbete.

Förutom att ansvarsbilden är oklar är finansieringen av de olika forsknings- och utvecklingsprojekten splittrad. FoU-verksamheten finansieras på många olika sätt. Staten svarar för större delen av finansieringen genom ALF-medel, fakultetsanslag och medel från forskningsråden, främst Medicinska forskningsrådet (MFR). Landstingen medverkar också i finansieringen av olika forsknings- och utvecklingsprojekt. Andra finansiärer är fonder, stiftelser och företag. I praktiken hämtas resurser till de flesta projekt ur flera finansieringskällor (se vidare bilaga 1 s. 53). Någon fullständig kostnadsredovisning på de olika FoU-projekten har knappast förekommit på sjukhus och mottagningar, vilket har gjort att kostnaderna för enskilda FoU-projekt oftast är mycket oklar.

Det är svårt att få en uppfattning om i vilken omfattning landstingen har bidragit till finansieringen av olika FoU-projekt eftersom dessa resurser normalt har ingått i ramanslagen och inte kunnat särskiljas från den

egentliga sjukvårdsverksamheten. Som framgår av bilaga 1 (s. 54) har de totala resurserna för den FoU-verksamhet som bedrivs vid Stockholms läns landstings hälso- och sjukvårdsenheter beräknats uppgå till cirka 1 miljard kronor. Av dessa medel beräknas landstinget bidra med cirka 300 miljoner kronor. De beräkningar som gjorts i Malmöhus läns landsting ger en liknande bild (se bilaga 1 s. 55 f).

3 Kommitténs överväganden och förslag

Finansieringsansvaret för forsknings- och utvecklingsarbetet inom hälso- och sjukvårdssektorn är delat mellan staten och sjukvårdshuvudmännen. Grundforskningen liksom övrig forskning i prekliniska discipliner är ett renodlat statligt ansvar. I fråga om tillämpad klinisk forskning som bedrivs vid universitetssjukhus och andra sjukvårdsenheter är ansvaret i praktiken delat mellan staten och landstingen. Enligt kommitténs uppfattning är det i första hand den patientnära kliniska forskningen som kan anses som ett gemensamt ansvar för staten och landstingen medan den rent experimentella kliniska forskningen primärt är ett statligt ansvar. Utvecklingsarbetet får däremot anses vara ett renodlat ansvar för sjukvårdshuvudmännen.

Kommitténs vill i det här sammanhanget hänvisa till Socialutskottets yttrande (1992/93:SoU25) över den forskningspolitiska propositionen (prop. 1992/93:170) våren 1993. Utskottet konstaterar bl.a. att en vidareutveckling av formerna för att organisera och bedriva hälso- och sjukvård kräver stora forsknings- och utvecklingsinsatser och att det därför är angeläget att olika lösningar prövas för att garantera att tillräckliga medel avsätts för forsknings- och utvecklingsarbete inom ramen för de förändrade styrsystemen. För att sjukvården skall kunna bedrivas rationellt krävs enligt utskottet att de metoder som används har genomgått vetenskaplig utvärdering i fråga om effektivitet och kostnadsbild. Utskottet konstaterar att den tillämpade kliniska medicinska forskningen är ett gemensamt ansvar för staten och sjukvårdens huvudmän och att denna forskning bör ges ett ökat stöd.

Kommittén anser att det ligger i sakens natur att sjukvårdshuvudmännen som en del i sitt ansvar för att erbjuda en god hälso- och sjukvård också tar ett betydande ansvar för att denna verksamhet utvärderas och utvecklas. Som framgått av redovisningen har landstingen sedan länge på olika

sätt medverkat i finansieringen av kliniskt forsknings- och utvecklingsarbete. Bakgrunden är att landstingen har ett intresse av att hälso- och sjukvården utvecklas, att nya och bättre diagnos- och behandlingsmetoder införs, att ändamålsenliga arbetsformer tillämpas och att en kontinuerlig uppföljning och utvärdering görs. När det gäller kvalitetssäkring har Socialstyrelsen meddelat föreskrifter (SOSFS 1993:9) som bl.a. lägger fast chefsöverläkarnas ansvar för att en systematisk analys görs av den egna verksamheten.

Som framgått har de resurser som landstingen anvisat för kliniskt forsknings- och utvecklingsarbete i praktiken kompletterat den s.k. ALF-ersättningen från staten och inrymts i de ramanslag som fördelats till i första hand universitetssjukhusen och andra s.k. upplåtna enheter. Tidigare har man saknat redovisningssystem som gjort det möjligt att internt hålla isär kostnaderna för den direkt sjukvårdande verksamheten från kostnaderna för enheternas forsknings- och utbildningsuppdrag. En del av de resurser som i praktiken disponerats för kliniskt forsknings- och utvecklingsarbete har återfunnits i en "gråzon" där kliniskt forsknings- och utvecklingsarbete varit integrerat med den sjukvårdande verksamheten. Det kan enligt GZ-gruppen t.ex. gälla laboratorie- och röntgenundersökningar, extra vårddagar, tid för landstingsanställda läkare och övrig personal m.m. som föranletts av forskningsintressen men som inte finansierats via forskningsanslagen. Med nya ekonomiska styrsystem där laboratorie- och andra undersökningar inte längre är "fria nyttigheter" måste sådana kostnader täckas av forskningsmedlen. Detsamma gäller kostnaderna för uppföljande undersökningar av patienter och kontrollgrupper som deltar i kliniska studier när ramanslagen ersätts med prestationsbaserade ersättningar för vårdtjänsterna.

Införandet av nya ekonomiska styrsystem synliggör således forskningskostnader som tidigare varit dolda i klinikernas ramanslag. Den utvecklingen är positiv eftersom det ökar möjligheterna att prioritera mellan olika forskningsändamål och följa upp forskningsverksamheten. Risken är emellertid att möjligheterna att genomföra klinisk forskning försämras om man inte uppmärksammar detta och identifierar FoU-kostnaderna samt hittar nya former för fördelningen av dessa. En sådan utveckling skulle enligt kommitténs mening vara mycket olycklig eftersom det skulle innebära att utrymmet för den rent kliniska forskningsverksamheten minskar och därmed också möjligheterna att värdera nya och gamla medicinska metoder från kvalitets- och effektivitetssynpunkt.

Som framgår av den tidigare redovisningen har flera landsting börjat tillämpa nya former för finansieringen av forskning, utveckling och klinisk

utbildning. Enligt kommitténs bedömning är det angeläget att erfarenheterna av detta utvecklingsarbete får vidare spridning och att landstingen strävar efter att i sina budgetbeslut särredovisa sina insatser för FoU. Som framhålls i expertrapporten till kommittén föreligger det stora svårigheter att härleda det resursutrymme för FoU som idag är inrymt i rambudgetar för sjukhus, mottagningar m.m. Kommittén delar emellertid bedömningen att det finns stora fördelar med att tydliggöra vilka resurser som kan användas för FoU och hitta nya former för fördelningen av dessa eftersom det skapar bättre förutsättningar för styrning och uppföljning av resultat och resursanvändning.

Det är också angeläget att landstingen kan hitta former för samverkan och en solidarisk finansiering av den forsknings- och utvecklingsverksamhet som landstingen finansierar. En sådan samverkan bör i första hand byggas upp regionalt med utgångspunkt från universitetssjukhusen och i nära samarbete med de medicinska fakulteterna. Genom en samverkan på regional nivå skapas förutsättningar för gemensamma satsningar på angelägna FoU-projekt och förbättrad kunskapsöverföring. Som framhålls i expertrapporten till kommittén finns det goda ansatser till sådan samverkan kring FoU i flera regioner. Landstingsförbundet har ställt sig positivt till att medverka till att en sådan samverkan kommer till stånd och har tagit vissa initiativ.

Kommittén delar vidare utredarens uppfattning att fastare former för regional samverkan också lägger grunden för en interregional samverkan. I ett sådant övergripande samarbete kan avstämningar göras över den aktuella situationen för klinisk FoU i hela landet, diskuteras gemensamma satsningar och viss arbetsfördelning.

Enligt kommitténs uppfattning bör man inte nu reglera formerna för denna samverkan. Kommittén noterar att det redan finns goda ansatser till regional samverkan kring FoU på flera håll och anser att man bör lämna utrymme för att denna skall finna sina former utifrån de olika förutsättningar som kan finnas på regional nivå. Kommittén anser emellertid att statsmakterna noga bör följa utvecklingen på området och senare ta initiativ till en närmare reglering om det visar sig att det finns behov av detta.

Omfattningen av den forskning och det utvecklingsarbete som skall bedrivas är självfallet en fråga om ambitioner som måste bli föremål för politiska ställningstaganden såväl på nationell som på kommunal nivå. Staten har huvudansvaret för medicinsk forskning och forskarutbildning. Statsmakterna har inte aviserat någon minskning av utrymmet för medicinsk forskning. Bedömningen är snarare att den medicinska forskningen

kommer att hävda sig väl genom de forskningsstiftelser som bildats och som tillförts kapital från de tidigare löntagarfonderna. Det finns inte heller några indikationer på att landstingen skulle sträva efter att minska sitt engagemang på området. De modeller för finansiering av forskning, utveckling och klinisk utbildning som tillämpas i Stockholms läns landsting och av sjukvårdshuvudmännen i Södra sjukvårdsregionen kan snarare ses som tecken på att landstingen har ambitioner att medverka vid finansieringen i samma omfattning som tidigare. Däremot finns, som nyss framhållits, en uppenbar risk för att särskilt den kliniska patientnära forskningen oavsiktligt drabbas vid en övergång till nya styrsystem om man inte hittar nya former för fördelningen av de resurser för FoU som tidigare ingått i sjukvårdsenheternas ramanslag.

Slutligen vill kommittén framhålla att den omständigheten att medel från landstingens ramanslag utan preciserad särredovisning använts såväl till renodlad hälso- och sjukvårdsverksamhet som till forskning vid en kommunalrättslig granskning föranleder viss tveksamhet beträffande gränsen för landstingens kompetens i vad avser befogenheten att använda kommunala skattemedel till finansiering av forskning, som primärt är en statlig angelägenhet. Utformningen av bestämmelserna om landstingens ansvar för hälso- och sjukvård i hälso- och sjukvårdslagen (1982:763, HSL) kan inte anses vara sådan att det på ett tillfredsställande sätt klargörs om landstingen till någon del eller ens överhuvud taget äger befogenhet att ägna sig åt forskningsverksamhet. Eftersom ett sådant engagemang likväl förekommer - och enligt kommitténs mening också bör förekomma - har kommittén funnit det angeläget att föreslå att HSL kompletteras med en bestämmelse som preciserar landstingens ansvar för kliniskt forsknings- och utvecklingsarbete. Det ansvar som läggs på landstingen genom den nya bestämmelsen innefattar att medverka vid finansiering, planering och genomförande av kliniskt forsknings- och utvecklingsarbete inom vården. Kommitténs förslag till lagtext återfinns i betänkandet på s. 11. Motiven vidareutvecklas i det följande i författningskommentaren.

Med det preciserade legala ansvaret för kliniskt forsknings- och utvecklingsarbete följer självfallet också rätten för ett enskilt landsting eller landsting i samverkan att påverka inriktningen på de forskningsprogram som de medverkar i. Detta inflytande bör enligt kommittén i första hand ske genom att de politiska organen anger problemområden och de sjukvårdspolitiska målen för programmen medan de FoU-ansvariga väljer metoder för genomförandet.

Kommitténs förslag

Hälso- och sjukvårdslagen kompletteras med en bestämmelse som preciserar landstingens ansvar för kliniskt forsknings- och utvecklingsarbete. Det ansvar som läggs på landstingen genom den nya bestämmelsen innefattar att medverka vid finansiering, planering och genomförande av kliniskt forsknings- och utvecklingsarbete inom vården. Härvid bör landstinget i den omfattning som behövs samverka med andra landsting samt med berörda universitet och högskolor.

4 Författningskommentar

Kommittén har i det föregående redovisat sin uppfattning att sjukvårdshuvudmännens ansvar för att erbjuda en god hälso- och sjukvård bör preciseras i den del det kan anses innefatta ett ansvar för kliniskt forsknings- och utvecklingsarbete och att detta särskilda ansvar bör regleras genom en egen bestämmelse i hälso- och sjukvårdslagen (1982:763, HSL). Utformningen av en sådan bestämmelse bör göras så att största möjliga klarhet uppnås i fråga om ansvarets innebörd och avgränsningar. Huvudansvaret för forskning åvilar liksom hittills staten genom främst universitet och högskolor. Det förtydligande i HSL som nu föreslås innebär ingen förändring i detta avseende.

Den nya bestämmelsen behövs främst av det skälet att lagstödet måste bli klarare för sjukvårdshuvudmännen att - som redan sker i stor utsträckning - på olika sätt stödja och stimulera den kliniska forskningen. Den utgör på samma gång en viktig principiell markering av forskningens stora betydelse för att som komplettering till erfarenheter från kvalitetssäkrings- och annat utvärderingsarbete ge landstingen ändamålsenligt underlag för att kunna uppfylla sitt ansvar för en god hälsa hos befolkningen och en hög standard i vården.

Från kompetensrättslig synpunkt gäller enligt 2 kap 1 § kommunallagen (1991:900, KL) att kommuner och landsting själva får ta hand om sådana angelägenheter av allmänt intresse som har anknytning till kommunens eller landstingets område eller deras medlemmar och som inte skall handhas av staten, en annan kommun, ett annat landsting eller någon annan. Som nyss nämnts är forskning primärt en statlig angelägenhet. Av 2 kap 4 § framgår sedan att det på vissa områden finns särskilda föreskrifter om kommunernas och landstingens befogenheter och skyldigheter. I HSL ges sådana föreskrifter i vad avser hälso- och sjukvården. Deras utformning och tillgängliga uttalanden i förarbeten m.m. kan emellertid inte anses ge tillräckligt säkra anvisningar för entydiga tolkningar av vad som i legal

mening klart faller innanför respektive klart ligger utanför den kommunala kompetenssfären på den kliniska forskningens område. Förekomsten av mer allmänt hållna krav på att landsting och kommuner skall erbjuda sina invånare en "god" hälso- och sjukvård (3, 18 §§ HSL), av vissa kriterier för att vården skall kunna anses som "god" (2 a §) samt av bestämmelser om skyldighet för landstingen och kommunerna att planera och utveckla vården (7–8, 20–21 §§) innebär alltså inte utan vidare att det därigenom också föreligger fullt lagstöd för att finansiera klinisk forskning med kommunala skattemedel. Eftersom så likväl sker – i första hand på universitetssjukhusen – genom att den i det föregående beskrivna s.k. ALF-ersättningen från staten kompletteras med landstingsanslag, varvid man fram till helt nyligen saknat redovisningssystem som medgett särskiljande av vad som specifikt satsats på forskning från anslag som snarare återfunnits i en "gråzon" där hälso- och sjukvård och forskning mer eller mindre gått in i varandra – föreligger enligt kommitténs mening ett klart behov av att genom lagtext göra tydligt vad som skall gälla. När det gäller enbart utvecklingsarbete kan det med större styrka göras gällande att tillräckligt lagstöd för kommunala satsningar redan är för handen.

Vid utformningen av sitt lagförslag har kommittén inte funnit det lämpligt att direkt inkludera kliniskt forsknings- och utvecklingsarbete i legaldefinitionen av själva begreppet hälso- och sjukvård (1 § HSL). En sådan lagteknisk lösning skulle av olika skäl föra för långt. I stället bör den nya bestämmelsen föras in i en fristående paragraf.

Ett preciserat legalt ansvar för kliniskt forsknings- och utvecklingsarbete bör gälla landstingen exklusivt och sålunda inte bli aktuellt för primärkommunerna som sjukvårdshuvudmän (här bortses då från de tre landstingsfria kommunerna Göteborg, Malmö och Gotland, som ju enligt 3 § första stycket HSL jämställs med landsting). Den nya paragrafen föreslås därför få sin plats under mellanrubriken Landstingens hälso- och sjukvård och i paragrafföljden ges nr 8 a. Härav bör också följa att något tillägg till 2 § lagen (1991:1136) om försöksverksamhet med kommunal primärvård – där ett antal paragrafer i HSL räknas upp som tillämpliga på denna försöksverksamhet – inte skall göras. Som nyss anförts kan renodlat utvecklingsarbete utan särkilt forskningssamband redan nu anses ha tillräckligt lagstöd. Det gäller även hälso- och sjukvården i kommunerna.

Det ansvar som läggs på landstingen innefattar att medverka vid finansiering, planering och genomförande av kliniskt forsknings- och utvecklingsarbete inom vården. Hur omfattande denna medverkan kan bli och vilken inriktning den kan få måste liksom hittills bli beroende av vad varje landsting efter egen bedömning finner lämpligast med utgångspunkt i vad

tillgängliga resurser medger. Det är emellertid inte fråga om att landstingen skall bygga upp några egna forskningsinstitutioner för ändamålet.

I den föreslagna lagtexten anges det nydefinierade ansvaret omfatta "kliniskt forsknings- och utvecklingsarbete på hälso- och sjukvårdens område". Därmed avses praktiskt tillämpad forskning och utveckling på de vårdområden landstinget redan förut har ett ansvar för. Därvid får omvårdnadsforskning anses utgöra en integrerad del av den kliniska forskningen. Grundforskning faller sålunda utanför ansvaret liksom övrig forskning i prekliniska discipliner. När det gäller den kliniska forskningens uppdelning i experimentell forskning och s.k. patientnära forskning är det naturligt att det är den senare - som alltså har sin utgångspunkt i studier av patienters undersökningsresultat och reaktion på försök eller behandling samt genomgångar av journalmaterial m.m. - som i första hand skall anses som en landstingsangelägenhet. Med hänsyn till att kombinationer av experimentell och patientnära forskning är vanligt förekommande bör emellertid alltför långtgående preciseringar eller avgränsningar direkt i lagtexten undvikas.

Klinisk läkemedelsprövning bedrivs i landstingens hälso- och sjukvård som ett frivilligt åtagande enligt bestämmelserna i 13-14 §§ läkemedelslagen (1992:859) och ligger också utanför det nya lagbundna ansvaret. Detsamma gäller de kliniska prövningar som avses i 8 § lagen (1993:584) om medicintekniska produkter och 6 § förordningen (1993:876) om medicintekniska produkter. Slutligen innebär avgränsningen till "hälso- och sjukvårdens område" att klinisk odontologisk forskning inte heller innefattas. Om ett på det sättet vidgat ansvar skulle bli aktuellt får bestämmelser i den delen föras in i tandvårdslagen (1985:125). Det ligger utanför kommitténs uppdrag att behandla tandvårdsfrågor.

Med utvecklingsarbete avses särskilt metod- och produktutveckling, utvärdering av etablerad klinisk praxis och medverkan till implementering av kunskapsmaterial från t.ex. Statens beredning för utvärdering av medicinsk metodik (SBU). Till utvecklingsarbete hör också arbete med kvalitetssäkring.

För att garantera en hög kvalitet i den verksamhet inom kliniskt forsknings- och utvecklingsarbete som landstingen är engagerade i bör en nära samverkan ske med universitet och högskolor.

Det enskilda landstingets engagemang inom kliniskt forsknings- och utvecklingsarbete förutsätts vidare ske i samverkan med andra landsting i erforderlig utsträckning. Detta utesluter självfallet inte att ett landsting skulle kunna ensamt engagera sig i en viss forsknings- och utvecklingsverksamhet utan sådan samverkan. Som utvecklats i det föregående är det

emellertid angeläget att landstingen gemensamt kan finna former för ändamålsenlig samverkan och solidarisk finansiering i vad avser en samlad satsning på väsentliga kliniska forskningsområden. Detta kan ske genom en vidareutvecklad samverkan inom ramen för det regionsamarbete som för närvarande bedrivs med stöd av bestämmelserna i 9 § HSL och den till paragrafen knutna förordningen (1982:777) om rikets indelning i regioner för hälso- och sjukvård som berör flera landstingskommuner. Med hänsyn till att så stort utrymme som möjligt bör lämnas åt kommunal självstyrelse när det gäller de närmare formerna för hur lämplig samverkan på forskningsområdet skall etableras bör någon anknytning till nuvarande regionindelning inte göras i den nya 8 a §. Det bör sålunda lämnas öppet för huvudmännen att finna även andra samverkansformer om så i ett visst fall skulle anses lämpligt.

I 8 § HSL finns redan inskrivet att åliggande för landstinget att i planeringen och utvecklingen av hälso- och sjukvården samverka med samhällsorgan, organisationer och enskilda. Den samverkan med kommunerna som i vissa hänseenden kan bli aktuell inom ramen för landstingens engagemang i klinisk forskning kan komma till stånd enligt den paragrafen och behöver inte särskilt markeras i den nya 8 a §. Det torde överhuvud taget inte finnas behov av att närmare reglera gränsdragningen mellan samverkansansvaret för utvecklingen enligt 8 § och motsvarande ansvar i fråga om den kliniska forskningen.

Forskning, utveckling och utbildning

Konsekvenser av pågående förändringar inom hälso- och sjukvården

Rapport till HSU 2000
av
Lars-Åke Flood

Innehållsförteckning

Inledning 39

1 *Aktuell utveckling inom sjukvården* 41
1.1 Beställare och producenter av vård 41
1.2 Prestationsorienterad ersättning 41
1.3 Ökad konkurrens 42
1.4 Nya ägar- och driftformer 43
1.5 Strukturförändringar och krympt volym 43
1.6 Utvecklingens konsekvenser 44

2 *Aktuell utveckling inom högskolan* 45

3 *Hittillsvarande styrning av FoUU* 47
3.1 Rambudgetstyrning hos sjukvårdshuvudmännen 47
3.2 Avtal mellan staten och vissa sjukvårdshuvudmän om samarbete om läkarutbildning, forskning m.m. 48
3.3 Övriga åtaganden för sjukhusen m.fl. 49
3.4 Resurser som ej disponeras av sjukvårdshuvudmännen 49

4 *Många finansieringskällor* 51
4.1 Utbildning 51
4.2 Forskning och utveckling 52

5 *Nya ekonomiska styrsystem* 55
5.1 Malmöhus läns landsting 55
5.2 Stockholms läns landsting 56

6 *Universitetssjukhusens uppgifter* 59

7 *Diskussion* 61
7.1 Grundutbildning av läkare m.fl. 61
7.2 Vidareutbildning av läkare 63
7.3 Klinisk utbildning för övriga personalgrupper 65
7.4 Forskning och utveckling (FoU) 66

8 *Konsekvenser för FoUU vid val av olika modeller för framtida organisation och finansiering* 73

9 *Avslutande kommentarer* 75

Inledning

Uppdraget

Kommittén om hälso- och sjukvårdens finansiering och organisation (HSU 2000) beslöt vid sitt sammanträde den 14 juni 1993 att frågan om hur forskning och utveckling (FoU) samt klinisk utbildning (U), tillsammans förkortat FoUU, kan finansieras och organiseras bör belysas ytterligare. Detta skulle ske genom ett uppdrag till mig att, som extern utredare och expert, ta fram underlag inför den fortsatta beredningen i kommittén. Syftet med uppdraget är bl.a. att tydliggöra hur systemutformningen i stort av hälso- och sjukvården påverkar förutsättningarna för FoUU.

I en promemoria den 22 juni har kommitténs huvudsekreterare redovisat utgångspunkterna för uppdraget. Enligt promemorian bör utredaren

> "föra en principiell diskussion om hur forskning, utveckling och högre utbildning skall kunna finansieras och organiseras i det längre perspektivet. Särskild uppmärksamhet bör ägnas åt frågan hur man skall kunna säkra den långsiktiga kompetens- och kunskapsutvecklingen i ett sjukvårdssystem som bygger på ökad konkurrens mellan vårdenheter, nya former för ägandet och driften av vårdproduktionen och prestationsbaserade ersättningssystem till vårdproducenterna."

Ur promemorian kan också noteras att bl.a. följande frågeställningar önskas belysta

* Problem som införandet av nya styrsystem inom hälso- och sjukvården medfört för FoUU och vilka lösningar som prövas eller övervägs.
* Metoder som används för värdering och prissättning av sjukvård respektive FoUU
* Former för fördelning av tillgängliga medel för FoUU
* De nya styrsystemens konsekvenser för läkarutbildningen och annan klinisk utbildning

Arbetets uppläggning

Min huvudsakliga referensram utgörs av naturliga skäl av det arbete som bedrivits inom Stockholms läns landsting. Efter närmare 12 år som chef för Huddinge sjukhus leder jag sedan 1993 ett nyinrättat FoUU-kansli inom landstingets hälso- och sjukvårdsorganisation.

Jag har haft tillgång till en referensgrupp med följande sammansättning: departementsekreterare Lena Jonsson, professor Agne Larsson och överläkare Ove Lundvall (utsedda av Socialdepartementet) samt departementsekreterare Karin Odencrants, professor Håkan Eriksson, departementsråd Hans Strandell och kanslichef Sten Wennerström (utsedda av Utbildningsdepartementet). Tiden har medgivit att gruppen kunnat träffas endast vid två tillfällen. Icke destomindre har jag haft stor glädje av gruppen och fått många värdefulla synpunkter.

Jag har dessutom haft kontakt med en pågående utredning som genomförs av landets samtliga universitetssjukhus i samarbete med de medicinska fakulteterna. Denna utredning initierades vid en konferens den 19 april 1993 och syftar till att klargöra den gråzon som föreligger mellan grundforskning/utvecklingsarbete/sjukvård med avseende på avgränsning, definition och kvantitet. Utredningen beräknas bli klar under våren 1994.

En preliminär version av min utredning presenterades för kommittén (HSU 2000) den 6 december 1993. Efter den tidpunkten har mitt arbete främst inriktats på att försöka tydliggöra sjukvårdshuvudmännens roll inom forskning och utveckling.

1 Aktuell utveckling inom sjukvården

Det pågår för närvarande ett mycket omfattande förändringsarbete inom svensk hälso- och sjukvård. Förändringarna omfattar bl.a. ökad valfrihet för patienterna, tydligare rolluppdelning i beställare och producenter av vård, samt nya ekonomiska styrsystem. Gemensamt för förändringarna är att konkurrensen ökar. Förändringsarbetet genomförs på många håll i mycket snabb takt. Samtidigt finns det sjukvårdshuvudmän som valt att gå försiktigare fram. Pågående utveckling har redovisats i en bilaga till rapporten från expertgruppen till HSU 2000 (SOU 1993:38). Bilagan är författad av Anders Anell och Patrick Svarvar.

1.1 Beställare och producenter av vård

Inom många landsting pågår ett förändringsarbete som syftar till att tydliggöra roller. Ansvaret för att finansiera och beställa vård separeras från ansvaret att producera och tillhandahålla vård. Beställarrollen utövas i de flesta fall av sjukvårdsområden/distrikt med politiska styrelser som har ansvar för sin befolknings hälso- och sjukvård. Beställarna tilldelas ett ekonomiskt utrymme som är relaterat till befolkningens storlek, ålderssammansättning m.m. Producentsidan organiseras på lite olika sätt. Gemensamt är dock att politikernas inflytande över driftfrågorna minskar.

Utvecklingen mot en tydligare ansvarsuppdelning för den egentliga vården kommer sannolikt att också väcka krav på motsvarande tydlighet i fråga om forskning, utveckling och klinisk utbildning. När en beställare/-finansiär av hälso- och sjukvården identifieras måste också klarläggas vem som är beställare av FoUU.

1.2 Prestationsorienterad ersättning

Sedan flera år finns ambitionen hos de flesta landsting att överge de gamla budgetsystemen med tilldelning av fasta årsanslag till sjukhus, kliniker,

laboratorier, mottagningar m.m. Enheter inom medicinsk och allmän service har på många håll gjorts till interna resultatenheter med ersättning per prestation och med kliniker och mottagningar som köpare. Denna utveckling innebär en dramatisk förändring för de vårdande enheterna. Laboratorieundersökningar t.ex., som tidigare varit gratis nyttigheter, får numera betalas till sitt fulla värde. Inte minst för forsknings- och utvecklingsprojekt får detta konsekvenser. I en marknadsanpassad ekonomisk modell tillåts de vårdande klinikerna att köpa medicinsk service även från fristående producenter utanför sjukhusen. Företrädare för laboratoriemedicinen hävdar att en sådan utveckling kan leda till nedrustning av kompetensen vid i första hand universitetssjukhusens kliniska laboratoriespecialiteter.

Införandet av prestationsbaserad ersättning till de vårdande enheterna har ännu inte nått samma spridning som i fråga om medicinsk och allmän service. Flera landsting genomför eller planerar dock ett införande av lite varierande modell. I t.ex. Stockholm prestationsersätts fr.o.m. 1993 all somatisk vård med undantag för geriatrik och primärvård. I ett system där kliniker och mottagningar ersätts för faktiskt utförda vårdtjänster måste forskning, utveckling och klinisk undervisning finansieras i särskild ordning.

Prestationsbaserade intäkter till vårdproducenterna och uppdelningen i beställare och utförare är de aktuella reformer som tveklöst får störst konsekvenser för FoUU.

1.3 Ökad konkurrens

Genom ökad valfrihet för patienter, ökade inslag av upphandling av vård och service och nya ekonomiska styrsystem införs ett i stort sett helt nytt moment inom svensk hälso- och sjukvård, nämligen konkurrens mellan olika vårdgivare. En ökad konkurrens förväntas stimulera produktiviteten och förbättra servicen för patienterna.

Forsknings- eller snarare utvecklingsprojekt som befrämjar den egna verksamheten och stärker konkurrenskraften genom bättre kvalitet och/-eller ekonomi kommer säkerligen att prioriteras av vårdproducenterna. För deltagande i forskning och utvecklingsarbete i övrigt, men kanske framförallt när det gäller medverkan i klinisk undervisning, kan producenterna förmodas komma att kräva full kostnadstäckning. Detta är en fråga som är högaktuell i samband med införandet av husläkarorganisationen.

Det blir allt vanligare att det ekonomiska ansvaret för s.k. utomlänsremisser läggs på klinikcheferna vid remitterande sjukhus. Tidigare belastade kostnaderna för utomlänsvården som regel centrala konton hos den sjukvårdshuvudman som remitterat patienten. Utomlänsvården blir på detta sätt inte längre en "gratis nyttighet" för den remitterande kliniken utan kommer istället att direkt påverka den egna ekonomin. Detta kan leda till minskad benägenhet att remittera patienterna till sjukhus utanför det egna landstingsområdet, framförallt regionsjukhusen. I värsta fall kan konsekvensen av detta bli att patienten får en kvalitetsmässigt sämre vård när den utförs på ett hemmasjukhus som kanske inte har samma erfarenhet som ett regionsjukhus med en större frekvens vårdfall av det aktuella slaget. I detta sammanhang skall dock i första hand uppmärksammas att forsknings- och utvecklingsarbetet kan försvåras i och med att t.ex. kontrollerade kliniska studier försvåras om patientunderlaget blir alltför begränsat. Även utbildningen av blivande specialister kan negativt påverkas av en minskad koncentration av behandlingen av ovanligare diagnoser.

1.4 Nya ägar- och driftformer

Enligt direktiven till HSU 2000 skall kommittén utgå från att konkurrens mellan olika typer av vårdproducenter, offentliga såväl som privata, i allmänhet främjar produktiviteten. Mot denna bakgrund skall kommittén undersöka och beskriva förutsättningarna för att bl.a. överföra vissa offentliga vårdinrättningar till stiftelser, offentliga eller privata bolag m.m. Frågor som rör alternativa associationsformer för vårdproduktionen kommer att belysas i en särskild rapport varför dessa frågor kommer att beröras endast i begränsad omfattning i föreliggande utredning.

En nu mycket aktuell förändring inom hälso- och sjukvården är införandet av husläkarorganisationen. I samband härmed diskuteras husläkarnas medverkan i forskning och utveckling, men kanske framförallt i klinisk utbildning av såväl blivande läkare som annan vårdpersonal. Dessa frågor måste finna sin lösning i samband med de avtal som skall tecknas med husläkarna.

1.5 Strukturförändringar och krympt volym

Vid sidan av de omfattande systemförändringarna inom svensk sjukvård pågår också en kraftig omstrukturering genom överföring av behandlingar från sluten till öppen vård. Medelvårdtiderna sjunker. Antalet vårdplatser

minskas. Sjukvårdshuvudmännens svåra ekonomiska situation leder också till inskränkningar.

Strukturförändringar och nedskärningar får konsekvenser för både utbildning och forskning. Exempelvis ökar svårigheterna att placera elever för kliniska utbildningsmoment inom den slutna vården.

Självfallet måste hälso- och sjukvården ständigt förändras, utvecklas och anpassas till nya förutsättningar. Forskningen och undervisningen måste då på ett flexibelt sätt anpassas till dessa förändringar. Vid utformning av hälso- och sjukvårdsorganisationen måste samtidigt hänsyn tas till forskningens och utbildningens behov. De tre uppgifterna: vård, forskning och undervisning är ömsesidigt beroende.

1.6 Utvecklingens konsekvenser

Den pågående utvecklingen mot nya ekonomiska styrmodeller och eventuellt ändrade organisationsformer inom hälso- och sjukvården får på olika sätt konsekvenser för forskning, utveckling och klinisk utbildning.

En utveckling bort från opreciserade rambudgetar och övergång till olika former av prestationsersatt hälso- och sjukvård tvingar fram en särhantering av resurser till FoUU. Krav på denna förändring är alltså ett resultat av att nya styrsystem införs och måste hanteras *oavsett hur sjukvården i framtiden organiseras*. Fördelning av resurser till FoUU är därför primärt ett metodproblem. En särredovisning av resurstilldelningen för FoUU innebär emellertid en helt ny tydlighet som naturligen väcker olika frågor om ansvarsfördelning, befogenheter, insyn, prioriteringar m.m. Dessa frågor kommer att beröras i kommande avsnitt.

Vilken modell som i framtiden kommer att väljas för finansiering och organisation av den svenska hälso- och sjukvården har naturligtvis också stor betydelse för FoUU. I ett avslutande avsnitt gör jag ett försök att belysa detta med utgångspunkt från de tre huvudmodeller som HSU 2000 arbetar med.

2 Aktuell utveckling inom högskolan

Systemet för tilldelning av resurser till grundläggande högskoleutbildning har nyligen reformerats. En övergång har skett, från ett resurs- och kostnadsbaserat till ett mål- och resultatinriktat system. Det är alltså en förändring med samma inriktning som pågående utveckling inom hälso- och sjukvården.

I ett utbildningsuppdrag dokumenteras resultatet av budgetdialogen mellan utbildningsdepartementet och berört universitet/högskola avseende grundutbildningen för en treårsperiod. Av uppdraget framgår ramarna för den verksamhet högskolan skall bedriva och de ersättningar för detta som kan påräknas. Där anges också det högsta antal helårsstudenter och helårsprestationer som kan ge ersättning under perioden samt den högsta samlade ersättningen för dessa, ett takbelopp. Takbeloppet anges för vart och ett av budgetåren i treårsperioden.

Verksamheten skall organiseras i kurser. Dessa hänförs till olika utbildningsområden, som i stort motsvarar de traditionella fakultetsområdena samt undervisnings- och vårdutbildningsområdena, det konstnärliga området och övrigt. Utbildningsområdena utgör den lägsta nivå för vilken kvantitativa mål anges avseende helårsprestationer. Vad gäller vissa examina kan statsmakterna dock ange mål på en större detaljnivå. De belopp som skall tillämpas per capita för studentpeng och ersättning för helårsprestationer anges också per utbildningsområde.

Studentpeng och ersättning för helårsprestationer beräknas efter budgetårets slut på grundval av redovisat antal studenter och prestationer. Eventuella överskott av medel får balanseras mellan budgetår oberoende av treårsperiodens avgränsning. Underskott måste också, så länge de är av begränsad omfattning, balanseras till nästkommande budgetår.

3 Hittillsvarande styrning av FoUU

3.1 Rambudgetstyrning hos sjukvårdshuvudmännen

Under senare år har rambudgetar varit den förhärskande ekonomiska styrningsmetoden inom svensk hälso- och sjukvård. Sjukhus, laboratorier, kliniker, mottagningar etc. tilldelas i denna budgeteringsmodell årliga driftsanslag. Dessa skall täcka kostnaderna för all verksamhet som respektive enhet har i uppdrag att utföra. Någon uppdelning görs inte på sjukvård, forskning, utveckling eller klinisk undervisning. Däremot förekommer att totalramen är uppdelad i anslag för t.ex. personal, förbrukningsmateriel m.m.

Rambudgetmodellen bygger på förutsättningen att varje chef tar ett ansvar för en rätt avvägning av de olika uppgifter enheten har i fråga om hälso- och sjukvård, forskning, klinisk undervisning m.m. En fokusering sker på att hålla budgeten och inte på vad som uträttas. Styrmodellen innehåller därför inga egentliga incitament till att upprätthålla hög produktivitet. Samtidigt är den administrativt enkel och innebär stora friheter för respektive ledning att utforma verksamheten.

I och med att rambudgeten inte anger resursutrymmet för enhetens olika uppdrag har det inte heller funnits krav på att i bokföringen hålla isär resursutnyttjandet. Detta är anledningen till att det föreligger mycket stora svårigheter att klarlägga vilka resurser som i praktiken används för hälso- och sjukvård respektive forskning/undervisning.

Vid vissa enheter har den kliniska forskningen fått stå tillbaka för ett ökande sjukvårdstryck medan andra enheter har kunnat bedriva forskning och utvecklingsarbete i betydligt större omfattning än vad som förutsätts i avtalet mellan staten och sjukvårdshuvudmännen eller vad sjukvårdshuvudmannen varit medveten om och varit beredd finansiera med egna medel.

3.2 Avtal mellan staten och vissa sjukvårdshuvudmän om samarbete om läkarutbildning forskning m.m.

Det nuvarande avtalet mellan staten och berörda sjukvårdshuvudmän om läkarutbildning, forskning m.m. (ALF) gäller fr.o.m. den 1 januari 1990 med en uppsägningstid av fem år. I avtalet konstateras att för läkarutbildning och forskning inom de medicinskt kliniska ämnesområdena krävs tillgång till resurser inom hälso- och sjukvården. Verksamheterna är integrerade med varandra. Detta medför att en samverkan mellan staten och huvudmännen för den offentliga hälso- och sjukvården måste ske, som bl.a. innebär att landstingskommunen vid planeringen av hälso- och sjukvården skall beakta läkarutbildningens och forskningens behov. Hälso- och sjukvårdens organisation och dimensionering utgör samtidigt den ram inom vilken läkarutbildningen och forskningen får bedrivas.

Som kompensation för de resurser inom sjukvårdsorganisationen som tas i anspråk för klinisk utbildning, forskning och forskarutbildning ersätter staten berörda huvudmän med ett årligt belopp. Sammanlagt uppgår denna ersättning till ca 1,5 miljarder kronor för innevarande år. I samband med förhandlingar mellan parterna har genom åren gjorts flera försök att objektivt beräkna storleken av de merkostnader som uppstår hos huvudmännen på grund av den kliniska utbildningen och forskningen. Dessa studier har inte lett fram till några entydiga besked. Ersättningsbeloppet från staten till huvudmännen måste istället betraktas som ett förhandlingsresultat som parterna kunnat acceptera.

Avtalet reglerar på ett mycket övergripande sätt parternas skyldigheter och former för samverkan. Den ekonomiska ersättningen utgörs av ett schablonbelopp per huvudman. Avtalet ger alltså ingen vägledning för den närmare resursfördelningen till upplåtna kliniker, mottagningar m.m. På en punkt lämnar avtalet dock en närmare precisering. Det gäller det minsta sammanlagda tidsutrymme som innehavare av landstingskommunal läkartjänst vid undervisningssjukhus skall beredas tillfälle att inom ramen för tjänstgöringen bedriva forskning. Ur den utredning som föregick det nuvarande avtalet kan också utläsas att ca 15 procent av den totala ersättningen uppskattningsvis kan anses avse kostnader för klinisk utbildning medan resten kan hänföras till forskning och forskarutbildning.

Vid flertalet universitetssjukhus utfördelas numera ersättningen från staten till kliniker, laboratorier och andra berörda interna resultatenheter. Fördelningen sker på olika sätt. Till viss del utfördelas ersättningen efter olika schabloner och till viss del efter någon form av aktivitetsindex. I det

senare fallet mäts olika faktorer som speglar den vetenskapliga aktiviteten vid klinikerna. Fördelningen sker i samtliga fall i nära samarbete mellan aktuell medicinsk fakultet och universitetssjukhuset.

3.3 Övriga åtaganden för sjukhusen m.fl.

Sjukvårdshuvudmännen har egna åtaganden inom FoUU. Det gäller t.ex. vidareutbildning av läkare, klinisk utbildning av blivande sjuksköterskor, undersköterskor och många andra yrkesgrupper samt utveckling och uppföljning av hälso- och sjukvårdsverksamheten. Kostnaderna för dessa egna åtaganden har inte särredovisats utan nästan undantagslöst bakats ihop med kostnaderna för den egentliga vårdverksamheten vid kliniker, mottagningar och sjukhus.

3.4 Resurser som ej disponeras av sjukvårdshuvudmännen

Som redovisas i efterföljande avsnitt är finansieringen av forskning, utveckling och undervisning vid universitetssjukhus och andra s.k. upplåtna enheter mycket splittrad. Förutom landstingsmedel och resurser enligt ALF disponeras fakultetsanslag och externa medel från många olika håll.

Fakultetsanslagen finansierar i första hand den vetenskapliga infrastrukturen och utnyttjas till större delen för tjänster som lärare och forskare, t.ex. professurer, lektorat, kliniska assistenter och forskarassistenttjänster. I många fall är dessa tjänster kombinerade med tjänst hos sjukvårdshuvudmannen. En mycket vanlig konstruktion är att en klinisk professor också är överläkare på universitetssjukhuset inom det kliniska ämnet samt prefekt och chef för den fakultetsanknutna institution som finns vid kliniken. I många fall är vederbörande också klinikchef. Enligt samarbetsavtalet skall högskolan och sjukvårdshuvudmannen vara överens om placering och finansiering av dessa s.k. kombinationstjänster.

Fakultetsanslagens utnyttjande i övrigt hanteras av högskolorna utan medverkan från berörda landsting. Under senare år har det blivit vanligare att de medicinska fakulteterna tillämpar forskningsrådsliknande procedurer för fördelning av viss del av sin budget. Syftet är att stimulera vetenskaplig förnyelse och premiera aktivitet och kreativitet i forskningen.

Styrning och uppföljning av de s.k. externa medlen sker från respektive forskningsråd, donationsfond etc. Som regel lämnas forskningsbidrag efter ett ansökningsförfarande och någon form av prioriteringsprocess.

Tilldelade resurser förvaltas vanligtvis av berörd högskola. På grund av mångfalden finansieringskällor är styrningen av den kliniska forskningen splittrad. Det är många råd, kommittéer och nämnder som är involverade.

4 Många finansieringskällor

4.1 Utbildning

Kostnaderna för den del av läkarnas grundutbildning som är förlagd till sjukvårdshuvudmännens enheter förutsätts täckas av ALF-ersättningen. Detsamma gäller för de övriga kategorier (sjukgymnaster och logopeder) som omfattas av samarbetsavtalet. I den utredning som föregick det nuvarande samarbetsavtalet (SOU 1989:29) beräknades utbildningskostnaderna utgöra ca 15 procent av den totala ALF-ersättningen. Det motsvarar för innevarande år totalt ca 225 mkr för berörda sjukvårdshuvudmän.

Kostnaderna på sjukhus och vårdcentraler för den kliniska utbildningen av andra kategorier än de som omfattas av samarbetsavtalet med staten finansieras av respektive sjukvårdshuvudman. Detsamma gäller läkarnas fortsatta utbildning i form av s.k. allmäntjänstgöring (AT) och specialiseringstjänstgöring (ST). Det finns inga beräkningar gjorda över kostnaderna för dessa grupper avseende hela landet. I Stockholms läns landsting har utbildningskostnaderna angivits till ca 200 mkr. Med utgångspunkt från detta belopp kan kostnaderna för hela landet antas vara i storleksordningen 1 000 mkr.

Kostnaderna för den kliniska utbildningen vid sjukvårdshuvudmännens vårdenheter är alltså osäkra. Däremot är finansieringsbilden enkel. Staten ansvarar för och betalar via ALF-ersättningen kostnaderna för klinisk utbildning som ingår i den grundutbildning som staten är huvudman för. Kostnaderna för den kliniska utbildning som ingår i övriga utbildningar finansieras av sjukvårdshuvudmännen.

4.2 Forskning och utveckling

Med forskning och utvecklingsverksamhet (FoU) menas vanligen att på ett systematiskt sätt öka kunskapen, att utnyttja denna inom befintliga eller nya användningsområden och härigenom skapa t.ex. nya eller förbättrade metoder och produkter. Den kontinuerliga FoU-processen brukar indelas i:

Grundforskning	Systematiskt och metodiskt sökande efter ny vetenskaplig kunskap och nya idéer utan någon bestämd tillämpning i sikte.
Tillämpad forskning	Systematiskt och metodiskt sökande efter ny vetenskaplig kunskap och nya idéer med en bestämd tillämpning i sikte.
Utvecklingsarbete	Systematiskt utnyttjande av redan framtagna forskningsresultat för att åstadkomma nya eller väsentligt förbättrade produkter och metoder.

Ett annat sätt att dela upp forsknings- och utvecklingsverksamheten är i inomvetenskapligt genererad forskning respektive FoU motiverad av en sektors eller annan avnämares intressen. Båda dessa typer kan omfatta såväl grundforskning som tillämpad forskning och utvecklingsarbete. Den inomvetenskapligt genererade forskningen bedrivs främst vid universitet och högskolor och finansieras till större delen av fakultetsanslag samt medel från statliga forskningsråd och privata stiftelser. Den andra typen av FoU finansieras i första hand av aktuella intressenter inom t.ex. näringslivet, olika sektorsorgan, vissa myndigheter, kommuner och landsting.

Det är generellt sett svårt att dra tydliga gränser mellan de olika leden i det samlade FoU-arbetet. Frågan är om det inte är särskilt svårt inom hälso- och sjukvården. Grundforskning, klinisk tillämpad forskning, metodutveckling, produktkontroll och annan uppföljning är verksamheter som går i varandra och som dessutom är starkt integrerade i det direkta hälso- och sjukvårdsarbetet. Detta gör det omöjligt att dra en tydlig gräns mellan vad som kan anses vara ett statligt ansvar och som därmed skall bekostas via ALF-medel, fakultetsanslag eller rådsmedel och vad som är landstingets ansvar.

Förutom att ansvarsbilden är oklar är finansieringen av olika forsknings- och utvecklingsprojekt mycket splittrad. FoU-verksamheten hos vårdproducenterna finansieras på många olika sätt:

* Fakultetsanslag
* ALF-medel
* Statliga rådsmedel, framförallt medicinska forskningsrådet (MFR)
* Andra statliga finansiärer, såsom SAREC/SIDA, NUTEK och Arbetsmiljöfonden
* Privata fonder och stiftelser, t.ex. Wallenbergsstiftelserna, Cancerfonden, Hjärt & lungfonden, Johnssons stiftelse.
* Utländska finansiärer, t.ex. WHO, EU och National Institutes of Health i USA
* Företag, främst läkemedelsföretag
* Landstingsmedel

Någon fullständig kostnadsredovisning på de olika FoU-projekten förekommer knappast på sjukhus och mottagningar, vilket gör att kostnaderna för enskilda FoU-projekt oftast är mycket oklar. I praktiken hämtas resurser till de flesta projekt ur flera finansieringskällor.

I och med att vårdproducenterna blir beroende av sin förmåga att hålla kostnaderna nere och samtidigt upprätthålla en hög produktion till hög kvalitet, kommer sannolikt kraven att öka på att ha en fullständig finansiering av alla åtaganden vid sidan av den egentliga vården. Kraven kommer att växa på att tilltänkta FoU-projekt skall vara fullt finansierade innan de kan sjösättas.

Jag har inte kunnat finna några uppgifter över totala resursvolymen på den FoU-verksamhet som är förlagd till sjukvårdshuvudmännens enheter och som finansieras med statliga, landstingskommunala eller privata medel. I Stockholms läns landsting uppskattas de sammanlagda resurserna till ca 1 miljard kronor, med följande fördelning.

Tabell 4.1 Sammanlagda resurser för FoU-verksamhet vid Stockholms läns landstings hälso- och sjukvårdsenheter (miljoner kronor)

	FoU resurser i mkr	
Staten		
ALF	300	
Karolinska institutet	150	
Rådsmedel m.m.	100	550
Stockholms läns landsting		300
Övriga (fonder, stiftelser, företag m.m.)		150

Källa: Stockholms läns landsting

5 Nya ekonomiska styrsystem

Det pågår, som tidigare nämnts, ett omfattande förändringsarbete hos de flesta sjukvårdshuvmän vad gäller de ekonomiska styrsystemen. Dessa förändringsprojekt har ofta försetts med "modellnamn": Dalamodellen, Bohusmodellen och Stockholmsmodellen för att nämna några. Det ligger utanför ramen för den här utredningen att försöka göra en heltäckande bild över det aktuella läget. Som exempel på pågående förändringar har valts att kortfattat redovisa något från Malmöhus respektive Stockholms läns landsting.

5.1 Malmöhus läns landsting

Landstinget i Malmöhus län har beslutat att succesivt införa en s.k. vårdbehovsbudgetering inom sjukvården. Denna innebär en fördelning av resurserna mellan landstingets olika sjukvårdsdistrikt grundad på distriktens invånarantal, ålderssammansättning och med hänsynstagande till den relativa förekomsten av ohälsa. Budgeteringsmetoden syftar till att ge alla distrikt likvärdiga möjligheter att tillgodose vårdbehoven hos distriktsinvånarna. Vårdbehovsbudgeteringen skall alltså ge rättvisa för distrikten när ekonomiska resurser skall följa patienterna vid det fria vårdsökandet.

För att kunna ge sjukvårdsdistrikten likvärdiga möjligheter bedömde landstinget det nödvändigt att "Lunds sjukvårdsdistrikts särskilda kostnader för forskning samt övriga kringkostnader föranledda av regionsjukhusets särskilda krav, kan kartläggas och ringas in".

I samband med beslut angående hälso- och sjukvårdens utveckling 1993-95 konstaterar landstingsstyrelsen:

> "Hälso- och sjukvården är en forsknings- och utvecklingsintensiv verksamhet. Forskningsresultat här har inte sällan en direkt avgörande betydelse för livskvaliteten hos stora grupper. Därför är det landstingets strävan att förbättra villkoren för medicinsk forskning och utveckling samt omvårdnadsforskning.

> För första gången är det nu - efter ett grundläggande utredningsarbete möjligt att klart särskilja kostnaderna för landstingsfinansierad FOU från kostnaderna för direkt sjukvårdande verksamhet vid lasarettet i Lund.
>
> Att denna forskning bedrivs är att anse som ett direkt landstingsuppdrag åt Lunds sjukvårdsdistrikt. Eftersom resultaten av forskningen kommer alla tillgodo är det rimligt att de kostnader som är förknippade med forskningen anslagsfinansieras direkt av landstinget."

Den i budgetskrivningen omnämnda utredningen kom fram till att de särskilda kostnaderna för Lunds lasarett uppgick till 202 mkr för 1993. Samma år erhöll landstinget 171 mkr som ersättning från staten enligt avtalet om läkarutbildning, forskning m.m. (ALF). Totalt tillfördes Lunds sjukvårdsdistrikt alltså drygt 370 mkr som kompensation för de särskilda merkostnader man har för att Lunds lasarett är ett universitets- och regionsjukhus.

5.2 Stockholms läns landsting

Den s.k. Stockholmsmodellen innebär att tillgängligt ekonomiskt utrymme fördelas mellan nio sjukvårdsområden enligt ett befolkningsrelaterat index. Sjukvårdsområdena köper sedan sjukvård för sin befolkning av sjukhusen, som är intäktsfinansierade och alltså i princip inte tilldelas några anslag. Patienterna har rätt att välja sjukhus och pengarna följer patienten, dvs. det sjukvårdsområde i vilket patienten är hemmahörande betalar vården vid det sjukhus patienten valt.

Stockholmsmodellen innebär att rambudgetarna har försvunnit. Istället får kliniker och sjukhus ersättning för den faktiskt utförda sjukvårdsverksamheten. Om ansvaret för FoUU hade varit jämnt fördelat på samtliga sjukhus och andra enheter hade det varit möjligt att kompensera för FoUU-kostnaderna genom ett påslag på priset för sjukvårdsinsatserna. FoUU är emellertid inte en uppgift som sprids likformigt på alla sjukvårdens enheter. Detta är anledningen till att man i Stockholm måste fördela resurser till FoUU på ett nytt sätt.

Enligt samarbetsavtalet med staten (ALF) erhåller Stockholms läns landsting för närvarande ca 400 mkr som kompensation för kostnader i samband med grundutbildning av läkare, forskning m.m. Landstinget har också egna åtaganden inom FoUU, till exempel vidareutbildning av läkare, klinisk utbildning av sjuksköterskor och undersköterskor samt utveckling av sjukvårdsverksamheten. Kostnaderna för dessa egna ansvarsområden har uppskattats till ca 400 mkr/år, dvs. samma belopp som ersättningen från staten enligt ALF.

Totalt har alltså reserverats ca 800 mkr för FoUU inom hälso- och sjukvårdsnämndens ansvarsområde. I det beloppet ingår inte resurser till vissa samhällsmedicinska enheter. Inte heller är inkluderat de medel som landstinget satsar i de s.k. Novumstiftelserna i anslutning till Huddinge sjukhus. Fördelningen av FoUU-medlen sker efter principer som fastställts av Karolinska institutet och hälso- och sjukvårdsnämnden.

Fördelningen av FoUU-medlen sker i grova drag på följande sätt:

Utbildning	En kostnad per studerandekategori faställs. Sjukhusen tilldelas medel i relation till antalet studerande.
Lokaler och utrustning	Enheter som är upplåtna enligt ALF tilldelas schablonersättningar som kompensation för sina bedömda extra kostnader med anledning av avtalet.
Forskning och utveckling	Driftkostnader för vissa FoU-laboratorier kompenseras. Den särskilda forskningstiden enligt ALF fördelas efter prioritering av KI:s två forskningsnämnder. Upplåtna enheter enligt ALF tillförs dels en schablonersättning relaterad till antal professurer m.m., dels en aktivitetsrelaterad ersättning. Icke upplåtna enheter kan erhålla medel efter ansökan och prioritering

6 Universitetssjukhusens uppgifter

Nya ekonomiska styrsystem och ny organisation inom hälso- och sjukvården får mycket stora konsekvenser för alla vårdproducenter. Störst blir kanske konsekvenserna för universitetssjukhusen. Det beror på att dessa sjukhus har en mer komplex uppdragssituation. Universitetssjukhusen tilldelas i den traditionella budgetmodellen anslag som skall täcka kostnaderna för sjukhusens samtliga uppgifter. När nu nya ekonomiska system är på väg att införas är det viktigt att försöka klarlägga vilka uppdrag sjukhusen har. Följande sammanställning är ett försök att belysa vilka åtaganden universitetssjukhuset har *sett från sjukhusledningens sida*. De uppdrag som åligger de medicinska fakulteternas institutioner placerade på universitetssjukhusen är alltså inte medtagna.

Tabell 6.1 Åtaganden som universitetssjukhuset har sett från sjukhusledningens sida

	Beställare/Finansiär	Betalningssätt
* Sjukvård		
- Länsdels/Närsjukvård	Ägarlandsting	Anslag alt. prestationsers.
- Länssjukvård	Ägarlandsting	Anslag alt. prestationsers.
- Regionsjukvård	Ägarlandsting Övr. landsting i regionen	Anslag alt. prestationsers. Prestationsers.
- Rikssjukvård	Patientens hemlandsting	Prestationsers.
* Klinisk undervisning		
- Grundutbildning av läkare m.fl.	Staten	ALF
- Vidareutbildning av läkare	Ägarlandsting	Anslag
- Övriga yrkesutbildningar	Ägarlandsting	Anslag
- Internutbildning	Sjukhuset	Internbudget
* Forskning- utveckling		
- Forskning, forskarutbildning, metodutveck./patientnära forskn.	Staten och ägarlandsting	ALF och anslag
- Läkemedelsprövn. m.m.	Företag	Avtalsersättning
- Produkt-/kvalitetskontroll	Sjukhuset	Internbudget

När det gäller sjukvårdsuppdraget kan noteras att universitetssjukhusen svarar för en betydande volym basal sjukvård för befolkningen i närområdet (länsdelssjukvård). Detta är också en mycket viktig förutsättning för en god forskning och undervisning. I rollen som läns- och regionsjukhus ligger att ansvara för mer komplicerade, ovanligare och mer resurskrävandediagnostik och behandling. Om prestationsersättningar införs för dessa verksamheter är det mycket viktigt att priserna sätts så att rimliga förutsättningar finns för sjukhusen att få täckning för kostnaderna i denna del. På samma sätt är det viktigt att debiteringen av utomlänspatienter också medger att de faktiska vårdkostnaderna täcks. I annat fall tvingas sjukhusen kompensera sig genom att t.ex. åsidosätta uppdraget inom FoU.

Uppdraget som läns- och regionsjukhus innebär inte bara att "mot betalning" ta emot och undersöka/behandla patienter eller analysera prover. I uppgiften ligger också att fungera som sista utpost i vårdkedjan med krav att vidmakthålla den höga kompetensen och som regel alltid vara tillgänglig genom jour/beredskap. Läkarna på universitetsklinikerna fungerar ofta som konsulter per telefon åt läkare inom och utom det egna landstinget.

Det är universitetssjukhusen som tar hem, utvärderar och vidarebefordrar kunnande från andra länder, anpassar utländska innovationer till svenska förhållanden och informerar utomlands om den svenska sjukvården. Den kunskap och kompetens som genereras vid universitetssjukhusen kommer, förr eller senare hela hälso- och sjukvården till del. Sjukhusen är garanter för att modern och adekvat metodologi utvecklas eller importeras och används på ett riktigt sätt i vårt land. De är också garanter för att patienter med ovanliga och komplicerade sjukdomar får en högkvalitativ vård och behandling. Universitetssjukhusens styrka ligger i integrationen av de tre uppgifterna: vård, forskning och utbildning.

Utvecklingen går entydigt mot att finansiering och styrning av de tre uppgifterna separeras och tydliggörs, samtidigt som det också klarare framträder vem som är beställare av uppdragen. Att som expertgruppen till HSU 2000 förslår, knyta universitetssjukhusen till universiteten eller låta dem ingå i en offentligt ägd sjukhuskedja kan naturligtvis vara ett sätt att lösa ägarfrågan om landstingen avvecklas. Däremot är det, enligt mitt sätt att se, ingen lösning på de frågor som berörs i denna promemoria. Sjukvården kommer att finansieras och styras på sitt sätt och forskningen och utbildningen på sitt sätt. Den tid då vi hade en hopblandad budget är - på gott och ont - snart förbi.

7 Diskussion

7.1 Grundutbildning av läkare m.fl.

Den kliniska grundutbildningen av läkare bedrivs i huvudsak under de sista sju terminerna av utbildningen. Den är förlagd till i första hand universitetssjukhusen, men även andra sjukhus utnyttjas liksom vissa vårdcentraler och andra enheter utanför sjukhusen. Enheter som utnyttjas för läkarutbildningen mer regelmässigt finns förtecknade i avtal mellan parterna. Dessa enheter kallas upplåtna enheter. Vid tillsättning av läkartjänster vid dessa enheter ställs krav på förutom klinisk kompetens även pedagogisk och vetenskaplig skicklighet.

I samband med förhandlingar mellan parterna har de årliga kostnaderna för sjukvårdshuvudmännen för en utbildningsplats vid läkarlinjen schablonmässigt angivits till 219 tkr (1993 års prisnivå). Detta belopp skall kompensera sjukvårdshuvudmännen för den tid som av huvudmannen anställda läkare och annan personal lägger ner på katedral undervisning, handledning, kursledning och administration. Beloppet avses också täcka omkostnader som förorsakas av utbildningen, t.ex. undervisningsmaterial, kläder, telefon etc.

Från en del håll har framförts att kompensationen avseende läkarutbildningen inte täcker de faktiska kostnaderna. Någon studie som entydigt visar detta har emellertid inte presenterats.

Samarbetsavtalet omfattar också utbildning av logopeder och sjukgymnaster på vissa studieorter. I förhandlingsunderlaget kan utläsas att kostnaderna för dessa utbildningar satts till ca 19 tkr/årsstudieplats. I Stockholm har landstinget och Karolinska institutet gemensamt konstaterat att denna ersättningsnivå är för låg. En omfördelning av ALF-medel har därför gjorts till dessa utbildningar.

Hanteringen av ersättningen för den kliniska utbildningen av läkare och andra grupper, som staten är huvudman för, utgör inget större metodproblem. Det handlar egentligen bara om att försöka hitta rätt prislapp på aktuella utbildningar. Fördelningen kan därefter förhållandevis enkelt

göras till de kliniker och sjukhus m.fl. som deltar i den kliniska undervisningen. Detta kan ske oavsett om landstinget tillämpar rambudgetering eller prestationsersättning för hälso- och sjukvården.

Ersättningen för deltagandet i den kliniska utbildningen av läkare m.fl. utgör en del (ca 15 procent) av det belopp som staten varje år per 1 juli betalar till berörda sjukvårdshuvudmän enligt ALF. Rent administrativt fungerar det nuvarande systemet enligt min mening i huvudsak bra. Om någon av parterna anser att ersättningsnivån bör korrigeras får det bli en fråga för en eventuell kommande förhandling.

Viss utbildning äger för närvarande rum utan ekonomisk kompensation vid enheter som formellt inte är s.k. upplåtna enheter. Delar av en kurs förläggs t.ex. till ett länsdelssjukhus för att de medicine studerande skall få breddad erfarenhet. Det kan förmodas att intresset från dessa enheter, som alltså inte har formell skyldighet medverka i den kliniska utbildningen, minskar om man inte kan rymma kostnaderna inom sina ekonomiska ramar. Detta är en fråga som parterna på det lokala planet bör uppmärksamma och hantera.

I ökande utsträckning förläggs utbildning även till enheter utanför landsting, t.ex. till kommuner samt privata vårdhem och vårdcentraler/husläkarmottagningar. Denna utveckling kommer sannolikt att fortsätta och bör därför uppmärksammas vid fördelning av ALF-medel.

Genom att deltagande i utbildning direkt kopplas till resurstilldelningen skapas förutsättningar för högskolan att ställa tydligare krav på de enheter som medverkar i den kliniska utbildningen. Ännu tydligare skulle sambanden bli om ersättningen och villkoren i övrigt för den kliniska undervisningen gjordes upp i avtal direkt mellan berörd högskoleenhet och aktuella sjukhus m.fl. istället för att som nu slussas via sjukvårdshuvudmännens centrala kanslier. Skulle utvecklingen gå mot att sjukhus, som deltar i läkarutbildningen, blir självständiga juridiska personer (stiftelser eller bolag) är det än mer troligt, att direkta överenskommelser kommer att träffas mellan högskolan och sjukhusen. Samtidigt är det dock viktigt för högskolorna att kunna träffa avtal med den instans som påverkar universitetssjukhusens struktur, omfattning och innehåll. För högskolan kan det därför i en sådan situation möjligen bli aktuellt med avtal på två nivåer, dels ett övergripande principavtal med sjukvårdshuvudmannen, dels tillämpningsavtal med universitetssjukhuset och andra aktuella vårdproducenter.

7.2 Vidareutbildning av läkare

Läkarnas fortsatta utbildning omfattar allmäntjänstgöring (AT) och specialiseringstjänstgöring (ST).

AT är ett blockförordnande och omfattar 21 månaders tjänstgöring fördelade på kirurgi, medicin, allmänmedicin (6 månader vardera) och psykiatri (3 månader). AT, som skall ske under handledning leder fram till legitimation och rätt att påbörja specialiseringsperioden.

Legitimerad läkare som vill uppnå specialistkompetens skall genomgå vidareutbildning under minst 5 år. Den praktiska tjänstgöringen, som skall ske under handledning, fullgörs på läkarbefattning.

Det är sjukvårdshuvudmännen som anställer och avlönar läkare för AT och ST och som därmed också avgör antalet AT-block och tjänster för ST. För närvarande finns tendens till att huvudmännen på grund av en trängd ekonomisk situation och strukturförändringar inom hälso- och sjukvården minskar utrymmet för AT och ST. Det kan leda till en obalans mellan omfattningen av grundutbildningen och möjligheterna att få fortsatt utbildning fram till specialistexamen, vilket kan komma till uttryck i form av stigande arbetslöshet bland nyexaminerade läkare.

Vidareutbildningen i form av AT och ST sker genom praktiskt arbete inom en avlönad anställning. Lönekostnaden, som är ett resultat av avtal mellan parterna, borde därför i princip motsvara den produktiva insats som utförs av läkaren. I samband med införande av Stockholmsmodellen har landstinget beräknat att merkostnaden för de sjukhus/kliniker som tar emot AT-läkare är ungefär 50 procent och kompenserar därför dessa med halva lönekostnaden. Kostnaderna för läkare under ST anses av landstinget däremot motsvara den nytta de fullgör vid moderkliniken för specialiseringstjänstgöring.

Förutom för halva lönekostnaderna för läkare under AT, kompenseras vårdenheterna i Stockholm med ett schablonbelopp för det produktionsbortfall som uppkommer på grund av att den ordinarie läkarstaben måste avsätta tid för handledning av läkare under AT och ST. Denna ersättning uppgår till 1 800 kr/vecka för AT och 900 kr/vecka för ST.

Sjukvårdshuvudmannen har alltså för närvarande vissa kostnader för läkarnas fortsatta utbildning. Denna ordning kan synas logisk när landstingen är både huvudfinansiär och huvudproducent av vården. Ett aktuellt problem som dock måste uppmärksammas är, som tidigare nämnts, tillgången och behovet av vidareutbildningsplatser i förhållande till dimensioneringen av grundutbildningen. Vid bedömning av denna fråga måste också vägas in kraftiga pensionsavgångar i läkarkåren omkring år 2010.

Högskolorna anordnar och ansvarar för närvarande för de kunskapsprov som de studerande genomgår efter fullgjord AT. Efter godkänt kunskapsprov erhålles läkarlegitimation, som är en förutsättning för att få utöva läkaryrket och som också är en föutsättning för att påbörja nästa tydliga etapp i utbildningen: specialiseringstjänstgöringen. Det finns enligt min mening anledning överväga att hålla samman läkarutbildningens olika delar. Internationellt sett finns inte motsvarigheten till den form av styrd allmäntjänstgöring, som utmärker de nordiska ländernas läkarutbildning och som är krav för legitimation. Inom EG har nyligen antagits ett direktiv som innebär att medlemsländerna före den 1 januari 1995 skall ha infört en tvåårig praktiktjänstgöring till allmänpraktiserande läkare. I och med att EES-avtalet träder i kraft skall även Sverige anordna denna utbildning. Det kan i detta sammanhang verka logiskt att se över läkarutbildningen fram till legitimation och överväga om högskolorna kan få ett utvidgat ansvar.

När det gäller ST kan teoretiskt följande fyra huvudalternativ tänkas:

Den enskilde läkaren	Läkaren avgör utifrån en marknadsbedömning och sin intresseinriktning vilken specialitet hon/han vill satsa på. Individen får sedan förhandla om villkoren med den klinik som hon/han vill bli utbildad på.
Staten/Högskolan	Man ger en och samma instans ansvaret för hela utbildningen fram till färdig specialist.
Vårdproducent	Varje sjukhus utbildar de läkare man anser sig behöva i sin verksamhet och står också för kostnaderna
Landsting/Kommun	Utifrån ett totalansvar för hälso- och sjukvård åläggs/påtar sig landsting/primärkommun att se till att det finns tillräckligt med läkare inom olika specialiteter.

Det finns naturligtvis för- och nackdelar med de olika här skissade alternativen. Vilken huvudinriktning som bör väljas blir i hög grad beroende av vilken övergripande modell som väljs för hälso- och sjukvårdens framtida organisation och finansiering.

7.3 Klinisk utbildning för övriga personalgrupper

Sjukhus, husläkarmottagningar och andra vårdenheter tar regelmässigt emot studerande från olika gymnasier och högskolor. Det är studerande i vars utbildningsplan ingår att under kortare eller längre perioder delta i praktisk sjukvårdsverksamhet. Dessa studerande har efter avslutad utbildning till mycket stor del kommit att arbeta vid sjukvårdshuvudmannens institutioner. Att medverka i de kliniska utbildningsavsnitten utan särskild ekonomisk kompensation har därför varit naturligt för sjukhus och vårdcentraler mot bakgrund av att de studerande varit en viktig grupp för kommande rekrytering och att denna typ av kostnader också ingått i rambudgetarna.

I en mättad arbetsmarknadssituation och när vårdproducenterna får betalt för utförda vårdprestationer kommer intresset att vara begränsat att avsätta tid och resurser för medverkan i klinisk utbildning. Det är tveksamt om man är beredd göra det ens i en situation med brist på personal. Det är sannolikt attraktivare att "köpa över" färdigutbildad och erfaren personal. För att undervisningsprogrammen skall kunna löpa problemfritt krävs därför att särskilda överenskommelser träffas med vårdproducenterna. I dessa överenskommelser regleras åtagandets omfattning och vilken ekonomisk kompensation som skall utgå.

Exempel på kostnader som uppstår när man tar emot studenter för klinisk utbildning är t.ex. tidsåtgång för handledning och förbrukning av materiel. Samtidigt utför de studerande i vissa fall en insats i vårdarbetet. För de flesta utbildningar är kostnaderna dock högre än den insats de studerande utför.

I Stockholm har kostnaderna för den kliniska utbildningen för samtliga grupper med undantag för läkare uppskattats till totalt ca 70 mkr per år. Det är ungefär lika höga kostnader som för läkarnas vidareutbildning, i form av AT och ST.

Det finns skäl som talar för att respektive skola bör ta det samlade ansvaret för utbildningen och därmed även överta finansieringen av de kliniska utbildningsavsnitten för sina grupper. Härigenom blir det en tydligare köp/sälj-situation. Skolorna kan då i princip upphandla den kliniska undervisningen och alltså med berörda vårdproducenter komma överens om kvalitet, kvantitet och pris. En sådan ordning blir också mer neutral för förändringar i ägarstrukturen för sjukvården.

7.4 Forskning och utveckling (FoU)

Sett i ett internationellt perspektiv har svensk sjukvård länge haft en hög standard. Nya utrednings- och behandlingsmetoder har kontinuerligt utvecklats och den kliniska forskningen har nått stora framgångar. Rambudgetar vid universitetssjukhusen har varit ett mycket enkelt och obyråkratiskt sätt att hantera den ekonomiska styrningen av klinikernas olika uppdrag: sjukvård, klinisk forskning, utvecklingsarbete och undervisning. Rambudgeten har angivit den yttersta sammanlagda resursgränsen för alla aktiviteter. Någon uppdelning på delfunktioner har inte krävts. Modellen byggde på förutsättningen att varje chef tog ett ansvar för rätt avvägning av de olika uppgifterna. Klinikcheferna, som i många fall samtidigt också är professorer, har alltså haft stor frihet. I tider med god ekonomi har de relativt enkelt kunnat hantera resursfrågorna.

Klinisk tillämpad forskning, utvärdering av kliniska metoder och studier av hur olika sätt att organisera omhändertagandet av patienterna påverkar resultatet äger rum inte bara vid universitetssjukhusen utan förekommer också på många andra håll. Finansieringen sker till viss del genom medel från statliga forskningsråd och från olika fonder. En del av kostnaderna täcks också av berörda sjukvårdshuvudmän. Bakgrunden är att huvudmännen har ett intresse av att hälso- och sjukvården utvecklas, att nya och bättre diagnos- och behandlingsmetoder införs, att ändamålsenliga arbetsformer införs och att en kontinuerlig uppföljning och utvärdering görs.

Utvecklingsarbete i begränsad omfattning, kvalitetskontroll och annan uppföljning är viktiga verksamheter och bör ses som ett naturligt inslag hos alla vårdproducenter. När det gäller kvalitetssäkring har Socialstyrelsen meddelat föreskrifter (SOSFS 1993:9), som bl.a. lägger fast chefsöverläkarnas ansvar för att en systematisk analys görs av den egna verksamheten. Tillämpas prestationsersättning inom vården bör priserna därför sättas på sådant sätt att de också täcker kostnaderna för dessa aktiviteter.

Utvecklings- och förändringsarbete, som befrämjar den egna verksamheten och stärker konkurrenskraften genom bättre kvalitet och/eller ekonomi, bör kliniker, sjukhus, husläkare m.fl. självfallet ha ett eget intresse av att driva. I denna del behöver därför inte vidtagas några särskilda åtgärder.

Det finns ingen klar gräns mellan vad som kan anses vara forskning och därmed en statlig angelägenhet och vad som kan anses som metodutveckling. Forskning och utveckling övergår i varandra och är dessutom många gånger starkt integrerade i den direkta hälso- och sjukvården. Det är detta som gör det näst intill omöjligt att entydigt redovisa en fördelning av

resursåtgången på forskning, på utveckling och på sjukvård.

Ett handlingsutrymme för att påverka inriktningen av forskning och utvecklingsarbete finns på många nivåer. Med utgångspunkt från ett universitetssjukhus kan följande nivåer urskiljas:

Den anställde	Den enskilde läkaren (även andra grupper) bör ha vissa möjligheter att satsa på sådan FoU som hon/han tror på.
Kliniken/institutionen	Klinikchefen och prefekten (ibland samma person) skall naturligtvis ha ett betydande utrymme att avgöra inriktningen på enhetens FoU. Mot bakgrund av att den kliniska forskningen och utvecklingsarbetet är mycket intimt integrerat i sjukvårdsarbetet måste ett nära samarbete ske mellan klinikchef och prefekt i de fall de inte är samma person.
Universitetssjukhuset	Ledningen bör ha möjlighet att på olika sätt satsa på sjukhusets profilområden. Det är dessa som utgör basen för sjukhusets ställning som regionsjukhus och därmed genererar intäkter för vård av patienter från andra landsting.
Sjukvårdshuvudmannen	Sjukvårdshuvudmannen har ett betydande intresse av att sådan FoU bedrivs som har positiva effekter på hälso- och sjukvården eller på annat sätt främjar det egna landstinget.
Den statliga högskolan	Den enskilda högskolan har stor frihet att utveckla och avgöra inriktningen på den egna kliniska forskningen.
Staten	Staten har det övergripande ansvaret för landets forskningspolitik. Staten fördelar genom forskningsråden betydande resurser för tidsbegränsade FoU-projekt inom sjukvården.Staten har genom SBU också tagit ett visst ansvar för utvärdering av medicinska metoder.

Statens roll

Den i det här sammanhanget mest intressanta frågan är hur man bör se på ansvarsfördelningen mellan staten och sjukvårdshuvudmännen. I regeringens senaste forskningsproposition anges att statens roll i forskningspolitiken framför allt är att vårda och utveckla den vetenskapliga infrastrukturen. Det innebär en koncentration till de mer grundläggande och inomvetenskapliga delarna av forskningen samt till forskarutbildningen. Staten, sägs det i propositionen, har också ett ansvar för att forskningsorganisationen har en rimlig geografisk täckning utan att resurserna för den skull splittras upp. Det statliga stödet till medicinsk forskning sker i huvudsak genom fakultetsanslag och rådsmedel.

Fakultetsanslagen går främst till tjänster vid de medicinska fakulteterna. Dessa tjänster tillsätts med inomvetenskapliga kvalitetskrav. Tjänsteinnehavare väljer fritt och avgränsar själv vilka problem hon eller han vill bedriva forskning kring.

Vid sidan av fakultetsanslagen sker den statliga finansieringen av den medicinska forskningen främst från Medicinska forskningsrådet (MFR). Under budgetåret 1993/94 disponerar MFR 340 mkr. Dessa medel fördelas huvudsakligen enligt inomvetenskapliga kvalitetskriterier till tidsbegränsade forskningsprojekt eller forskningsprogram. Ur forskningspropositionen kan följande citeras:

> "Förutom att stödja inomvetenskapligt motiverad forskning av grundläggande och långsiktig karaktär har MFR till uppgift att ta initiativ till att stärka forskning inom medicinska områden som har särskild betydelse för samhället samt att stärka internationellt forskningssamarbete och informera om forskningens resultat."

Socialvetenskapliga forskningsrådet ger stöd till grundforskning och tillämpad forskning inom socialvetenskap, socialpolitik och folkhälsovetenskap. Folkhälsoinstitutet stöder för sin vetenskapliga förankring, forskning och utveckling inom folkhälsoområdet. Statens beredning för utvärdering av medicinsk metodik bedriver forskningsbaserad utvärdering av medicinska metoder. Staten finansierar vidare, tillsammans med sjukvårdshuvudmännen, Spri som är hälso- och sjukvårdens utvecklingsinstitut. Det finns ytterligare exempel på statliga medel avsedda för forskning, utveckling och förändringsarbete inom hälso- och sjukvården.

Sjukvårdshuvudmännens ansvar

Sjukvårdshuvudmännens bidrag till forskning och utveckling inom hälso- och sjukvården sker genom att medel anvisas i den årligen fastställda budgeten. Sjukvårdshuvudmännen kan ha varierande motiv för satsningar på FoU. I vissa fall kan i budgeten tydligt urskiljas huvudmannens satsningar på forskning och utveckling. Till stor del är dock, som tidigare påtalats, huvudmännens insatser dolda i de rambudgetar som anvisas t.ex. de skilda sjukhusen. Detta innebär att huvudmännen inte har helt klart för sig hur stora resurser som sammanlagt utnyttjas för forskning och utveckling.

Ett viktigt motiv för huvudmännens satsningar på FoU utgår från hälso- och sjukvårdsansvaret för befolkningen. Genom stöd till forskning och utvecklingsarbete vid samhällsmedicinska och andra utvecklingsenheter är förhoppningen att få underlag för säkrare beslut rörande insatser i bl.a. sjukdomsförebyggande syfte. Huvudmännen har också ett intresse av att kunna erbjuda innevånarna en så god vård som möjligt inom ramen för tillgängliga resurser. För att möjliggöra detta krävs att nya diagnos- och behandlingsmetoder ständigt utvecklas och införs. Viktigt är också att kontinuerliga utvärderingar görs av vedertagna metoder. Ytterst hänger nämligen effektiviteten i sjukvården samman med om de metoder som tillämpas för att diagnostisera och behandla verkligen är effektiva. Ett ansvar för hälso- och sjukvården bör därför naturligen även inkludera ett ansvar för utveckling av området.

Regionalpolitiska motiv för stöd till FoU från landstingens sida är inte ovanligt. Stöd till forskning och utveckling hoppas man skall ge återbetalning i form av en positiv regional utveckling. Även personalpolitiska motiv kan återfinnas för FoU-satningar från sjukvårdshuvudmännens sida.

Av redovisade motiv för stöd till FoU inom hälso- och sjukvården ligger det regionalpolitiska i högsta grad i huvudmannens eget intresse och eventuella positiva effekter kommer också främst den egna befolkningen till del. När det gäller stöd till utveckling av nya metoder och utvärdering av gamla är läget lite annorlunda. Detta gäller oavsett om en viss metod avser sjukdomsförebyggande insatser eller vård. Möjligen kan det ifråga om förebyggande åtgärder finnas inslag av faktorer som är specifika för den egna befolkningen. I övrigt har vi här att göra med kollektiva nyttigheter, dvs. resultaten av forsknings och utvecklingsarbetet är allmängiltiga och därmed till glädje för samtliga sjukvårdshuvudmän och många gånger för samhällsekonomin i stort.

Stor betydelse för sjukvårdens kvalitet och effektivitet

Utvecklingen inom hälso- och sjukvården bestäms till stor del av effektiviteten i både nya och etablerade åtgärder för prevention, diagnostik, behandling och rehabilitering av sjukdom och handikapp. De metoder som tillämpas inom hälso- och sjukvården har stor betydelse också för resursförbrukning och ekonomi för primärkommuner och för staten genom konsekvenser inom exempelvis socialförsäkringens område, inom socialtjänsten och även i arbetslivet. Det var bl.a. mot bakgrund av detta konstaterande som regeringen 1987 beslöt inrätta Statens Beredning för Utvärdering av medicinsk metodik (SBU).

SBU:s huvudsakliga verksamhet bedrivs i projektform, med deltagande av experter från såväl preklinisk som klinisk forskning. I projekten sammanställs aktuella kunskaper som bygger på genomförda studier inom vissa utvalda områden. SBU har med sin begränsade budget mycket små möjligheter att finansiera egna studier utan måste bygga sina slutsatser och rekommendationer på redan utförda svenska och internationella vetenskapliga studier.

Risk att forskningen blir eftersatt

Patientnära forskning inklusive utvärdering av olika behandlingsmetoder och olika sätt att organisera vården, fordrar väl kontrollerade och förhållandevis stora patientmaterial, som följs under flera år enligt ett i förväg överenskommet protokoll. De sammanlagda kostnaderna för denna typ av studier blir därför höga. Det kan i vissa fall röra sig om 10-tals miljoner kronor för en enda utvärdering. Projekten innefattar behandlingsinsatser för berörda patienter och bör därför i denna del finansieras på det sätt som sker för hälso- och sjukvården i övrigt.

Utvärdering av behandlingsresultaten kräver uppföljande undersökningar på patientgrupper och kontrollgrupper och kan alltså pågå under lång tid. Kostnader för dessa undersökningar är inte motiverade av ett egentligt vårdbehov och kan därför bli svåra att få täckta av en instans som i första hand har att finansiera den direkta hälso- och sjukvården. Det finns därför en uppenbar risk att möjligheterna försämras att genomföra den här beskrivna patientnära forskningen när köp/sälj-system införs i vården.

Riksdagens socialutskott konstaterar i sitt yttrande över den forskningspolitiska propositionen att den kliniska forskningen är ett gemensamt ansvar för staten och sjukvårdens huvudmän. Utskottet framhåller som sin åsikt att denna forskning bör ges ett ökat stöd. Det föreligger enligt min

mening ingen tvekan om att sjukvårdshuvudmännen har direkt nytta av insatser inom detta område. Samtidigt kan konstateras att varje huvudman själv avgör vilka resurser man vill och anser sig kunna avsätta för FoU. Trots brist på faktaunderlag gör jag den bedömningen att huvudmännens insatser vad avser tillämpad klinisk forskning varierar kraftigt. Sannolikt satsar de huvudmän som har regionsjukhus betydligt mer än genomsnittet för övriga huvudmän.

Viss del av den kliniska forskningen finansieras av industrin. Det handlar då om projekt som syftar till att utveckla produkter, t.ex. läkemedel eller utrustning, som kan kommersialiseras och därmed återbetala forsknings- och utvecklingskostnaderna. Denna forskning skall självfallet ha sitt utrymme, men det är angeläget att det vid sidan av den industristyrda forskningen också finns goda förutsättningar att finansiera sådan patientnära klinisk forskning vars resultat inte kan säljas men som har mycket stor betydelse för den svenska hälso- och sjukvårdens kvalitet och effektivitet.

För svensk hälso- och sjukvård är det av vital betydelse att forskning och utveckling bedrivs över ett brett fält från biomedicinsk grundforskning via klinisk grundforskning till klinisk tillämpad forskning och omvårdnadsforskning men även ifråga om utvärdering av behandlingsmetoder och sätt att organisera vården liksom epidemiologiska studier. Gemensamt för insatser inom hela detta spektrum är att resultaten nästan undantagslöst är kollektiva nyttigheter, som kommer hela det svenska samhället till del. I en situation där varje sjukvårdshuvudman i första hand har ansvar för hälso- och sjukvården för sin egen befolkning och de ekonomiska förutsättningarna rent allmänt försämras föreligger en uppenbar risk att huvudmännen minskar sina insatser inom FoU. Ett sådant kortsiktigt agerande skulle, sett i ett längre perspektiv, få allvarliga konsekvenser för den svenska hälso- och sjukvården.

8 Konsekvenser för FoUU vid val av olika modeller för framtida organisation och finansiering

Expertgruppen till HSU 2000 har i sin rapport analyserat tre olika modeller för att finansiera och organisera hälso- och sjukvården i Sverige. Modellerna kan förmodas få olika konsekvenser för klinisk forskning, utveckling och undervisning. I det följande görs ett kortfattat försök att belysa dessa konsekvenser. Detta görs med utgångspunkt från följande tre renodlade modeller:

1 **Reformerad landstingsmodell.** Landstingen ansvarar helt för finansiering av hälso- och sjukvården för befolkningen inom området och får i första hand en beställarroll. Vården kan tillhandahållas vid såväl landstingsägda enheter som från landstinget fristående vårdgivare.

2 **Primärvårdsstyrd vård.** Primärkommunerna finansierar helt hälso- och sjukvården. Sjukhusen får en självständig ställning. Husläkare med kontroll av sjukhusresurser.

3 **Obligatorisk sjukvårdsförsäkring.** Statlig finansiering av hälso- och sjukvården. Regional administration och upphandling av vård. Självständiga vårdproducenter.

Gemensamt för de tre modellerna är att sjukvårdsfinansiären får en tydligare roll som beställare av hälso- och sjukvård. Vårdproduktionen kan organiseras på olika sätt, men med en tydlig köp/sälj-relation till beställaren.

När det gäller klinisk utbildning finns, som redovisats under utbildningsavsnittet, skäl som talar för att det bör tydliggöras vem som är beställare. Dessa beställare bör sedan genom avtal med vårdproducenterna reglera omfattningen och kvaliteten på den kliniska undervisningen samt den ekonomiska kompensation som producenterna skall erhålla. En sådan

lösning kan tillämpas i alla tre modellerna för organisation och finansiering av sjukvården.

I och med att sjukvårdsfinansiären koncentrerar sig på huvuduppgiften att tillhandahålla hälso- och sjukvård för viss befolkning blir intresset av att delta i en mer allmän finansiering av FoU förmodligen begränsat. Däremot bör det naturligtvis ligga i finansiärens intresse att satsa på sådana FoU-projekt som med rimlig sannolikhet och inom rimlig tid kan antas leda till effektivare vård och behandling eller önskvärd kvalitetsförbättring. I en modell där primärkommunerna finansierar vården förefaller det minst troligt att man är beredd att satsa FoU-medel om man inte kan se en omedelbar eller i vart fall snar återbäring.

I en reformerad landstingsmodell med marknadsmekanismer för styrning av vården måste klarläggas vilket ansvar som sjukvårdshuvudmännen skall ha för framför allt den patientnära forskningen. Ett problem i det sammanhanget är fördelningen av kostnader mellan landsting med universitetssjukhus och landsting utan. Om kostnaderna önskas fördelade mer rättvist mellan huvudmännen kan säkert utformas tekniker för sådan utjämning. Ett sätt att komma ifrån utjämningsdiskussionen är naturligtvis att lägga finansieringsansvaret på staten. Väljs en lösning med betydligt färre regionala sjukvårdshuvudmän minskar sannolikt behovet av utjämning eftersom områdena lättare kan bära sina egna FoU-kostnader.

I en modell med statligt finansierad hälso- och sjukvård är finansieringen av FoU given: Staten blir den enda offentliga finansären och kan välja att avsätta en viss andel av sjukvårdsbudgeten för FoU. I detta alternativ blir diskussionen snarare hur FoU-finansieringen skall administreras. Enligt min bedömning bör i detta fall eftersträvas ett utrymme för prioritering av FoU-insatserna inte bara från nationell nivå. Det är önskvärt att även verksamhetsföreträdare från sjukvårdsregioner/landsting ges ett utrymme att bedöma vilka lokala satsningar som bör göras. Jag vill dock understryka, att oavsett hur FoU-finansieringen administreras, skall prioriteringar ske utifrån vetenskapliga grunder.

9 Avslutande kommentarer

Förändringar i sättet att styra sjukvården får stora konsekvenser för den forskning och utveckling som bedrivs vid sjukvårdshuvudmännens vårdenheter. Även den kliniska utbildningen påverkas. Införande av nya ekonomiska styrmodeller och organisationsformer är av naturliga skäl anpassade för och inriktade mot huvuduppgiften att tillhandahålla hälso- och sjukvård för befolkningen. Det är i det sammanhanget viktigt att de sjukvårdsansvariga uppmärksammar FoUU-frågorna. Risk föreligger annars att förutsättningarna för den viktiga kliniska utbildningen och forskningen allvarligt försämras. Tillgängliga FoUU-resurser bör identifieras och former sökas för en så optimal användning som möjligt.

Samhällets ansvar för den kliniska forskningen och utvecklingsarbetet är för närvarande i praktiken delat mellan staten och sjukvårdshuvudmännen. Som jag försökt visa i denna utredningspromemoria går det inte att dra en klar gräns mellan vad som bör anses som ett statligt ansvar och vad som bör åvila sjukvårdshuvudmännen. I en trängd ekonomisk situation och då oklarhet råder om ansvarsförhållandena föreligger risk att resurstilldelningen till forskning och utvecklingsarbete kan komma att påverkas negativt. Detta skulle enligt min mening vara mycket olyckligt. Effektiviteten och kvaliteten i den svenska hälso- och sjukvården påverkas nämligen i hög grad av omfattningen och inriktningen av den kliniska forskningen och utvecklingsarbetet. Även andra delar av samhället påverkas såsom socialtjänsten och socialförsäkringen.

Som jag tidigare nämnt anser jag det både logiskt och självklart att den som har huvudansvaret för att tillhandahålla hälso- och sjukvård också tar ett betydande ansvar för att denna verksamhet utvärderas och utvecklas. För att undvika oklarhet på den punkten bör övervägas att lägga fast ett sådant ansvar t.ex. i hälso- och sjukvårdslagen.

Eftersom patientnära forskning och utveckling har stor betydelse även för andra delar av samhället är det logiskt med insatser även från statens sida. Det statliga stödet sker för närvarande på många olika sätt bl.a. genom de resurser som forskningsråden och de medicinska fakulteterna

avdelar för klinisk forskning och utvecklingsarbete samt de ALF-medel som skall ersätta huvudmännen för kostnader som uppkommer i samband med de medicinska fakulteternas FoU vid huvudmännens institutioner. Det är angeläget att dessa resurser även i framtiden, i minst oförändrad omfattning, kan säkras för patientnära forskning och utveckling.

För att garantera att resurser även i fortsättningen avdelas för forskning och utvecklingsarbete och för att dessutom skapa förutsättningar för ett bättre resursutnyttjande bör sjukvårdshuvudmännen förmås att i sina budgetbeslut särredovisa sina insatser på FoU. Jag är fullt medveten om att det föreligger svårigheter att kunna härleda det resursutrymme som idag finns inbakat i rambudgetar för sjukhus, mottagningar m.m. Jag är dock övertygad om att det är stora fördelar att vinna med att lyfta fram och tydliggöra vilka resurser som kan användas för FoU. Självklart avgör varje huvudman vilken resursvolym man anser sig kunna avsätta för FoU. Samtidigt måste understrykas, att eftersom resultaten av forskning och utvecklingsarbete är kollektiva nyttigheter som kommer alla huvudmän tillgodo, är det rimligt att finansieringen sker på ett någorlunda solidariskt sätt. Landstingsförbundet föreslås ta initiativ i dessa frågor.

Jag menar att FoU-arbetet skulle vinna på en ökad samverkan mellan huvudmännen inbördes och mellan huvudmännen och staten. Ett sådant samarbete bör i första hand byggas upp regionalt med utgångspunkt från universitetssjukhusen. Genom samverkan skapas förutsättningar för gemensamma satsningar på angelägna FoU-projekt och förbättrad kunskapsöverföring. Hur ett regionalt samarbete lämpligen organiseras är en fråga som endast berörda parter själva kan avgöra. Det bör framhållas att det redan i nuläget finns goda ansatser till ökad samverkan kring FoU inom flera regioner. Detta samarbete bör stödjas och utvecklas.

Om fastare former för regional samverkan kring FoU-frågorna kan skapas läggs också en grund för en interregional samverkan. I ett sådant övergripande samarbete kan avstämningar göras över den aktuella situationen för klinisk FoU inom hela landet, diskuteras gemensamma satsningar och viss arbetsfördelning. I en sådan samverkan bör även Socialstyrelsen, SBU och MFR medverka. Ett genomförande av mer omfattande studier, t.ex. stort upplagda utvärderingar av behandlingsmetoder, skulle givetvis underlättas om centrala medel fanns att tillgå.

För att underlätta planeringen och genomförande av läkarutbildningen menar jag att det bör övervägas att låta högskolorna ansvara för utbildningen till legitimationen, dvs. även ta ett ansvar för den s.k. allmäntjänstgöringen

När det gäller klinisk utbildning för grupper som sjukvårdshuvudmännen har kostnadsansvaret för, bör eftersträvas en tydligare rollfördelning. Beställare bör identifieras som får träffa överenskommelser med vårdproducenterna om omfattning och inriktning av utbildningen. I överenskommelserna får också klarläggas vilken ekonomisk kompensation som producenterna skall erhålla.

Sammanfattningsvis vill jag alltså föreslå:

* Överväg att låta högskolorna ta ansvaret för läkarutbildningen fram till legitimation.

* Klarlägg, t.ex. i hälso- och sjukvårdslagen, att sjukvårdshuvudmännen har ett ansvar för utveckling och utvärdering av hälso- och sjukvården.

* Bibehåll statens insatser för klinisk FoU på minst nuvarande nivå.

* Landstingsförbundet bör verka för en solidarisk finansiering av sjukvårdshuvudmännens insatser inom FoU och ta initiativ till att sjukvårdshuvudmännen i sina budgetar identifierar tillgängligt resursutrymme för FoU.

* Utveckla samverkan kring FoU-frågor i första hand på regional nivå.

Kommittédirektiv

Dir. 1992:30

Hälso- och sjukvårdens finansiering och organisation

Dir. 1992:30

Beslut vid regeringssammanträde 1992-03-12

Statsrådet Könberg anför.

1. Mitt förslag

Jag föreslår att en parlamentarisk kommitté tillkallas med uppdrag att dels analysera och bedöma hälso- och sjukvårdens resursbehov fram till år 2000, dels överväga hur hälso- och sjukvården bör finansieras och organiseras på den övergripande samhällsnivån. Kommitténs överväganden skall grundas på en analys och värdering av i första hand tre olika finansierings- och organisationsmodeller. Dessa bör beskrivas utifrån framför allt följande utgångspunkter:

* möjligheterna att verka för en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen
* vårdens tillgänglighet och kvalitet
* individens valfrihet
* att etableringsfrihet successivt skall införas och konkurrensen mellan olika alternativ därmed öka
* det demokratiska inflytandet
* möjligheterna för hälso- och sjukvården att samverka med andra samhällssektorer
* kostnadseffektivitet och förutsättningar för kostnadskontroll
* möjligheterna till kvalitetskontroll, nationell uppföljning och utvärdering
* möjligheterna till förnyelse och utveckling.

Utredningsarbetet skall bedrivas med utgångspunkten att hälso- och sjukvården måste utvecklas inom ramen för en samhällsekonomi i balans, vilket bl.a. innebär att kommittén i sina bedömningar skall utgå från riksdagens kommande beslut med anledning av 1992 års långtidsutredning. Kommittén bör således vid sina bedömningar av hälso- och sjukvårdens resursbehov fram till år 2000 särskilt beakta effekterna av en förbättrad folkhälsa och de möjligheter till kostnadsminskningar som finns genom t.ex. strukturomvandling och medicinsk rationalisering, nya organisationsformer, ökad konkurrens och höjd produktivitet. Möjligheterna till kostnadsminskningar bör ställas mot de ökade behov av resurser som blir följden av ett ökat antal äldre i befolkningen och mot de otillfredsställda behov av sjukvård, omvårdnad, omsorg och medicinsk rehabilitering som otvivelaktigt finns i dagens hälso- och sjukvård. Hänsyn skall också tas till effekterna av den medicinsk-tekniska utvecklingen som dels ger möjligheter till bättre och/eller billigare behandlingsmetoder, dels medför möjligheter till nya behandlingar som i sig kan innebära ökade kostnader.

2. Bakgrund och utgångspunkter

2.1 Hälso- och sjukvårdens särdrag

Hälso- och sjukvård är en grundläggande del av de tjänster som den offentliga sektorn måste garantera alla invånare. Verksamheten har flera särdrag som påverkar dess finansiering och organisation.

Ett första sådant särdrag är att behoven av hälso- och sjukvård är mycket ojämnt fördelade i befolkningen. De är också mycket ojämnt fördelade under livsförloppet. Behoven kan till viss del förutses av samhället, men som regel inte alls för eller av den enskilde individen. Därför behövs instrument som utjämnar kostnaderna över tid och mellan individer och som ger förutsättningar för att vården och omsorgen finns tillgänglig oavsett människors ålder, bosättningsort eller tidigare konsumtion av hälso- och sjukvård samt oavsett orsaken till det uppkomna vårdbehovet. En hög andel egen finansiering från patientens sida är därmed utesluten.

Ett andra särdrag är patientens svaga ställning som konsument. Denne kan i många fall inte själv ställa en korrekt diagnos, inte bedöma om vårdpersonalens behandling är lämplig eller ens om resultatet av behandlingen är rimligt. I det professionella systemet har vårdpersonalen en mycket stark ställning och kan – i kraft av sina stora kunskaper – göra livsav-

görande ställningstaganden för patientens räkning. Samhället måste därför skapa särskilda system av regler och kontroller för att garantera att den professionella insatsen är väl grundad i vetenskap och erfarenhet och att endast personer som besitter dessa erfarenheter tillåts behandla patienten. Andra regler som motiveras av patientens svaga ställning är regler för receptbeläggning, tillsyn av vården samt särskilda säkerhetsföreskrifter m.m.

Ett tredje särdrag är att sjukvården behandlar frågor som är av existensiell karaktär för patienten. Denne ställer därför krav på bästa tänkbara vård utan att närmare beakta kostnaderna för densamma. Eftersom hälso- och sjukvården i en generell välfärdspolitik i huvudsak bör finansieras av skatter eller obligatoriska avgifter, som tas ut efter betalningsförmåga och oberoende av risk för den enskilde, konkurrerar dock patientens önskemål med andra befolkningsgruppers krav på att få ta del av samhällets samlade resurser. Detta ställer särskilt höga krav på den politiska processen när det gäller att åstadkomma folklig förankring för de grundläggande prioriteringarna.

Dessa tre omständigheter medför särskilda krav på vårdens finansiering och organisation som måste beaktas i varje system.

2.2 Hälso- och sjukvårdens hittillsvarande inriktning

Den svenska hälso- och sjukvården är i ett internationellt perspektiv av hög klass. Det beror inte minst på att det bland de anställda i vården finns en hög kompetens, en hög moral och en vilja att göra nytta. Enligt undersökningar som Statistiska centralbyrån har genomfört har också en majoritet av befolkningen en stark tilltro till vården. Detta innebär dock inte att det saknas problem inom hälso- och sjukvården som behöver lösas.

Till flera typer av behandlingar finns idag alltför långa väntetider. På våra sjukhus finns det många, framför allt äldre människor, som är medicinskt färdigbehandlade och väntar på en annan omvårdnadsform som bättre svarar mot deras behov. I syfte att komma till rätta med bl.a. dessa problem har riksdagen gett kommunerna ett samlat ansvar för allt boende, för hälso- och sjukvård i särskilda boendeformer och i dagverksamheter samt befogenhet att bedriva hemsjukvård i övrigt, den s.k. ÄDEL-reformen. Riksdagen har även beslutat att införa ett kommunalt betalningsansvar för medicinskt färdigbehandlade patienter inom den somatiska akutsjukvården och geriatriken. En överenskommelse har vidare träffats mellan staten och landstingen om en vårdgaranti för vissa behandlingar.

Garantin innebär att om landstinget inte ger den vårdsökande behandling inom en tremånadersperiod skall landstinget tillgodose behovet av behandling på annat håll hos privata eller offentliga vårdgivare. Det är emellertid ännu för tidigt att bedöma vilka effekter dessa åtgärder kommer att få på väntetider, vårdkvalitet m.m.

Trots att hälsoutvecklingen för befolkningen i stort varit positiv finns det skillnader i sjuklighet och dödlighet, inte bara mellan olika åldrar utan också mellan könen, mellan olika sociala grupper, mellan svenska och utländska medborgare och mellan olika delar av landet. I en internationell jämförelse är dock dessa skillnader förhållandevis små.

Jämfört med andra länder går en stor andel av resurserna inom den svenska hälso- och sjukvården till slutenvård medan primärvården har en mer begränsad omfattning. Detta trots den kraftiga utbyggnaden av primärvården som skedde främst i början av 1980-talet. Primärvårdens - och i viss utsträckning även den slutna vårdens - skiftande utbyggnad gör att utbudet av hälso-och sjukvård varierar mellan olika delar av landet, bl.a som en följd av att det har varit svårt att rekrytera läkare främst till vissa delar av norra Sverige.

Patienternas valmöjligheter av vem och var de skall få vård har i det svenska systemet hittills varit starkt begränsade. Indelningen i upptagningsområden har under senare år luckrats upp och patienterna har nu ofta möjligheter att fritt söka vård inom landstinget och i vissa fall i hela sjukvårdsregionen. Fortfarande finns det brister när det gäller patienternas valmöjligheter.

Det svenska sjukvårdssystemet och dess olika delar har traditionellt varit budgetstyrt. Systemet har i vissa delar präglats av centralplanering och byråkrati. Kopplingen mellan ekonomiska ramar och utförda prestationer har varit svag och ekonomiska incitament att öka effektiviteten har därför ofta saknats. En annan effekt av budgetstyrningen är den svaga ställning som patienten kommit att få gentemot vårdgivaren. När vårdgivaren har fördelat tillgängliga resurser har vårdtagarens intresse av en god vård och en hög servicenivå inte alltid beaktats. Patientens önskemål har därför i vissa fall kommit i skymundan.

Inom många landsting och kommuner genomförs nu förändringar av organisation och styrsystem med en inriktning på att stärka kopplingen mellan prestation och ersättning. Ett annat inslag är att söka separera beställarfunktionen från utförarfunktionen och därmed få klarare roller. Genom ÄDEL-reformen har ekonomiska styrmedel även införts mellan landsting och kommuner för att främja bättre resursutnyttjande. Flertalet av dessa reformverksamheter har emellertid just inletts varför det ännu är för tidigt att bedöma resultaten av dem.

2.3 Hälso- och sjukvårdens resurser

Utvecklingen av kostnaderna för hälso- och sjukvården har under de senaste 25 åren i stort varit likartad i hela den industrialiserade världen. Under perioden 1960 - 1970 ökade vårdens genomsnittliga andel av bruttonationalprodukten (BNP) från 4 till 7 % för OECD-länderna. I slutet av 1970-talet bromsades volymökningen upp till följd av främst ökad konkurrens om resurserna från andra samhällssektorer. Efter år 1980 har de reala kostnaderna för hälso- och sjukvården ökat i stort sett i samma takt som bruttonationalprodukten. För åren 1990-1992 uppvisar landstingen i stort sett nolltillväxt vilket innebär ytterligare ett trendbrott jämfört med utvecklingen under 1980-talet.

Utvecklingen i vårt land har i huvudsak följt utvecklingen i andra OECD-länder. Under 1980-talet har dock kostnadsutvecklingen inom hälso- och sjukvårdssektorn i Sverige dämpats kraftigt och sektorns andel av BNP minskat något främst på grund av låga relativpriser. Samtidigt har hälso- och sjukvårdens andel av BNP fortsatt att öka i ett flertal andra OECD-länder. Antalet anställda inom den svenska hälso- och sjukvården har dock - trots sektorns minskande andel av BNP - fortsatt att öka under hela 1980-talet. Samhällets samlade kostnader för ohälsa har fortsatt att öka under den senare hälften av 1980-talet till följd av de kraftiga kostnadsökningarna inom socialförsäkringssystemet.

Hälso- och sjukvårdssektorn sysselsätter drygt 10 % av alla anställda och har - som en av samhällets största sektorer - stor betydelse för samhällsekonomin. I Sverige svarade hälso- och sjukvården år 1989 för cirka 8,5 % av BNP, vilket är avsevärt mindre än i USA och ungefär lika mycket som i några andra västeuropeiska länder men samtidigt högre än i de allra flesta andra OECD-länder. Påpekas bör dock att i de svenska sjukvårdsutgifterna fram till 1992 också ingår utgifter för långtidsvård av äldre som i flertalet andra länder hänförs till den sociala sektorn. Utan dessa utgifter skulle den svenska hälso- och sjukvårdens andel av BNP år 1989 ligga drygt en procentenhet lägre. BNP-andelen kan inte anses som onormalt hög med hänsyn tagen till att Sverige har den högsta andelen äldre i befolkningen, västvärldens högsta kvinnliga förvärvsfrekvens och en allmänt hög levnadsnivå. Här bör nämnas att det från vissa håll hävdas att sjukvårdssektorns reella storlek i Sverige underskattas när man på detta sätt mäter storleken som andel av BNP. Detta beror främst på att relativpriset på sjukvård är förhållandevis lågt i Sverige.

Kommunalekonomiska kommittén har i sitt betänkande (SOU 1991:98) "Kommunal ekonomi i balans - statsbidrag för ökat handlingsutrymme och

nya samarbetsformer" konstaterat att det samhällsekonomiska utrymmet för den kommunala sektorn måste begränsas av både reala och finansiella skäl så att den konkurrensutsatta sektorn får bättre tillgång till arbetskraft och andra resurser. Enligt kommitténs bedömningar måste nya resurskrav inom den samlade kommunsektorn under 1990-talet i första hand mötas genom effektiviseringar och anpassningar av verksamheten. Kommunalekonomiska kommittén har dock inte gjort några separata bedömningar av resursbehov och finansieringsmöjligheter inom vare sig hälso- och sjukvårdssektorn eller andra samhällssektorer.

Landstingsförbundet presenterade i en bilaga till Långtidsutredningen 1990 förbundets syn på hälso-och sjukvårdens resursbehov de kommande åren. Man bedömde här behovet av fortsatt volymtillväxt till minst 2 % per år med beaktande bl.a. av kravet på att kunna möta de anspråk som följer av att befolkningen åldras och av de möjligheter som den medicinsktekniska utvecklingen ger. Svenska kommunförbundet gjorde motsvarande beräkning för den kommunala äldre- och handikappomsorgen och även här bedömde man behovet av fortsatt volymtillväxt till ca 2 %. Landstingsförbundet och Svenska kommunförbundet kommer inom kort med nya bedömningar av hälso- och sjukvårdens samt äldre- och handikappomsorgens framtida resursbehov.

Den svenska hälso- och sjukvården tillgodoser i allmänhet befolkningens vårdbehov på ett tillfredsställande sätt. Det finns emellertid uppgifter som tyder på att patienter inom psykiatrin, långtidssjuka och äldre med omvårdnadsbehov, svårt hjärnskadade människor, människor som till följd av handikapp eller kroniska sjukdomar har omfattande behov av rehabiliteringsinsatser, samt svårt sjuka och döende patienter ibland inte får den vård som de behöver.

Svårigheter finns också att tillgodose behovet av tidiga och aktiva rehabiliteringsinsatser där en helhetssyn på patienten liksom samverkan mellan olika samhällssektorer har stor betydelse.

Mot detta behov av ökade resurser skall ställas de betydande möjligheter till besparingar och ett bättre resursutnyttjande inom hälso- och sjukvården som olika utredningar pekat på. Produktivitetsdelegationen har i sitt huvudbetänkande, (SOU 1991:82) Drivkrafter för produktivitet och välstånd, uppmärksammat en svag eller kanske t.o.m. negativ produktivitetsutveckling inom hälso- och sjukvården och konstaterar att det bör finnas en betydande potential för ökning av produktiviteten inom denna liksom många andra sektorer. Tydligare beställar- och utförarroller kan, enligt delegationen, utgöra drivkrafter i detta arbete.

Statens beredning för utvärdering av medicinsk metodik (SBU) har i ett

antal rapporter pekat på möjligheter till ett bättre resursutnyttjande. Det s.k. Dagmar 50-projektet har belyst åtgärder för att öka vårdens tillgänglighet och kapacitet. Inom projektet har man även uppmärksammat hur resurserna används samt initierat lokalt förändringsarbete.

I Spris arbete med jämförande studier har framkommit tydliga resultat som visar på stora geografiska ojämnheter i resursfördelning och utnyttjande av vård.

För närvarande täcks nästan tre fjärdedelar av de svenska hälso- och sjukvårdsutgifterna av landstings- och kommunalskatt. Sjukförsäkringen och statsbidrag finansierar cirka en fjärdedel av utgifterna medan patientavgifter endast svarar för cirka två procent.

Den låga andel av utgifterna som finansieras genom patientavgifter och det förhållandet att vårdpersonalen ofta inte uppfattar sig ha ett direkt kostnadsansvar för den vård man ger innebär att det finns få ekonomiska incitament att begränsa hälso- och sjukvårdsutgifterna. Patienten vill naturligen få all den sjukvård han anser sig i behov av samtidigt som vårdpersonalen inte har några ekonomiska incitament att t.ex. begränsa antalet prover, röntgenundersökningar eller remisser eftersom kostnaderna inte direkt belastar den egna budgeten utan finansieras från andra källor. Den s.k. tredjepartsproblematiken uppstår där en part konsumerar tjänsten, en annan producerar den och en tredje part, som har svårt att påverka såväl konsumentens som producentens beteende, står för finansieringen.

Ett annat problem är att kommuner och landsting, av besparingsskäl, ibland skjuter över ansvar och uppgifter på varandra. Detta är särskilt uttalat inom de delar av hälso- och sjukvården som har tydlig anknytning till socialtjänsten, som t.ex. den psykiatriska vården, primärvården och missbrukarvården samt i övrigt sådan vård där omvårdnaden dominerar. Genom ÄDEL-reformen har ansvarsfördelningen mellan kommun och landsting inom äldre- och handikappomsorgen blivit tydligare.

2.4 Hälso- och sjukvårdens finansiering och organisation

De flesta OECD-länder har låtit någon av följande två grundmodeller dominera hälso- och sjukvårdens finansiering. Antingen betalas vården, liksom i Sverige, av budgeterade anslag eller också bygger den på ett försäkringssystem där förmånstagaren har rätt till behandling enligt vissa regler. Då båda systemen har sina för- och nackdelar har de i de flesta länder modifierats och lånat drag av varandra.

De budgetstyrda systemen har svårt att utnyttja marknadsmekanismer och möta kraven på tillgänglighet, mångfald och valfrihet. Produktiviteten är också ofta låg i dessa system, vilket dock inte nödvändigtvis innebär att de är ineffektiva. Kraven på kostnadskontroll har i stort sett kunnat uppfyllas.

De rättighetsbaserade systemen har bättre förutsättningar att erbjuda mångfald och anpassa sig till de vårdsökandes efterfrågan. De har å andra sidan nackdelen att kostnaderna blir rättighets- och efterfrågestyrda vilket innebär att det är svårt att hålla kontroll över kostnadsutvecklingen. Det kan i dessa system också vara svårt för den vårdsökande att - som "lekman" - välja rätt bland det utbud av vård som finns att tillgå.

I flera länder pågår nu ett reformarbete vad gäller hälso- och sjukvårdens finansiering och organisation. Betecknande för detta arbete är att man försöker kombinera de två systemen för att få ut ett bättre resultat i form av såväl bättre resursutnyttjande som högre kvalitet.

I Sverige, som har ett budgetstyrt system, pågår nu i många landsting och kommuner ett förändringsarbete där ambitionen är att dra nytta av de positiva elementen i marknadens sätt att fungera utan att göra avkall på verksamhetens kvalitativa nivå och det övergripande målet för hälso-och sjukvården, dvs. en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen. Patienternas valfrihet har ökat genom att de nu kan söka vård på ett friare sätt. Kopplingen mellan resurser och prestationer har blivit starkare när betalningen följer patienten och på flera håll har en uppdelning gjorts mellan finansiering och produktion.

I USA och Tyskland, med ett frivilligt respektive obligatoriskt försäkringssystem, går utvecklingen åt andra hållet genom försök att på olika sätt fastställa budgetramar. I USA finns på vissa håll system där sjukvårdsproducenten får ersättning baserad på det antal patienter som han ansvarar för. Ersättningen är således inte direkt kopplad till prestationen. I den tyska primärvården, som omfattar privatpraktiserande allmänläkare och specialister, sätts olika poäng - inte priser - på de olika prestationerna. Vid varje periods slut summeras alla poäng, varefter en på förhand given summa pengar fördelas efter var och ens andel av poängsumman. Därmed stimuleras ett ökat antal prestationer inom primärvården utan att dessa behöver bli kostnadsdrivande.

En annan aspekt på hälso- och sjukvårdens finansiering och organisation är i vilken mån denna sker i offentlig eller privat regi. I vårt land dominerar såväl den offentliga finansieringen som produktionen av hälso- och sjukvård. Här kan paralleller göras med Storbritannien där cirka 95 % av finansieringen sker med offentliga medel och 75 % av produktionen äger rum i offentlig regi.

Generellt kan sägas att merparten av hälso- och sjukvården i länder jämförbara med Sverige finansieras med offentliga medel samtidigt som privata försäkringslösningar dock kan utgöra ett komplement. Patientavgifternas andel är relativt låg. På produktionssidan är bilden mera splittrad, men den privata sektorn dominerar. I t.ex. Canada sker huvuddelen av produktionen i stiftelseregi medan provinsregeringar har det avgörande inflytandet över investeringar m.m. samt även godkänner budgetar för sjukhusen. Den privata sektorn ser mycket olika ut i olika länder men det tycks finnas en tyngdpunkt på stiftelser och företag m.m. som inte drivs i vinstsyfte.

2.5 Tidigare utredningar och erfarenheter från andra länder

Under senare år har ett flertal utredningar och kartläggningar gjorts som på olika sätt belyser de frågor och problem som är av intresse i förevarande sammanhang. Som exempel kan bl.a. nämnas tre bilagor till Långtidsutredningen 1990, nämligen bilaga 11 Svensk hälso- och sjukvård i ett internationellt perspektiv, bilaga 14 Landsting för välfärd och bilaga 26 Den offentliga sektorn.

Den kommunalekonomiska kommittén har nyligen lämnat sitt betänkande (SOU 1991:98) Kommunal ekonomi i balans - Statsbidrag för ökat handlingsutrymme och nya samarbetsformer.

Expertgruppen för studier i offentlig ekonomi (ESO) har bl.a. publicerat två rapporter inom området. Det är (Ds 1987:11) Integrering av sjukvård och försäkring och (Ds 1990:39) Sjukvårdskostnader i framtiden - Vad betyder åldersfaktorn?

Landstingsförbundets utredning VÄGVAL - Hälso- och sjukvårdens övergripande strukturer och framtiden, i vilken även representanter för Socialdepartementet och Socialstyrelsen har medverkat, behandlar frågor om hälso- och sjukvårdens framtida struktur, organisation och innehåll. Landstingsförbundet har även i övrigt, liksom Socialstyrelsen, publicerat ett antal skrifter med anknytning till de frågor som bör genomlysas.

Riksrevisionsverket (RRV) berör i rapporten Statsbidragen till sjukvården - en analys av Dagmarreformen m.m. bl.a. förändringarna i det statliga finansiella styrsystemet, det ekonomiska utfallet för sjukvårdshuvudmännen samt effekterna på vårdutbud och vårdkonsumtion.

Sveriges Läkarförbund har presenterat en idéskiss till hälso- och sjukvårdens framtida finansiering i rapporten Valfrihet och effektivitet i vården - En idéskiss.

En fristående arbetsgrupp inom Sveriges Akademikers Centralorganisation (SACO) diskuterar snarlika frågor i rapporten Operation utmaning - ett inlägg i debatten om sjukvårdens organisering och finansiering.

Studieförbundet näringsliv och samhälle (SNS) har under de senaste åren gett ut flera rapporter inom det område som här är av intresse. Häribland kan nämnas rapporterna Hur skall sjukvården betalas? - Om alternativa betalningsmodeller, Sjukvård i andra länder - Vad kan Sverige lära? samt Valfrihet och konkurrens i sjukvården. SNS har även låtit ett antal utländska hälsoekonomer bedöma svensk hälso- och sjukvård. Deras rapport kommer inom kort att publiceras på svenska.

Riksdagens revisorer har i rapport 1990/91:4 Den svenska hälso- och sjukvården granskat sjukvårdshuvudmännens hantering av riksdagens hälso- och sjukvårdspolitiska intentioner.

Svenska hälso- och sjukvårdens tjänstemannaförbund (SHSTF) och Svenska kommunalarbetarförbundet har i skriften Vården spränger ramarna gjort en analys av den offentliga sektorns effektivitet och den svenska sjukvårdens problem.

Inom ramen för en vårdpolitisk utredning har Landsorganisationen (LO) gjort ett inlägg i debatten om sjukvårdens framtida utformning med särskild betoning på rättviseaspekterna.

3. Utredningsuppdraget

3.1 Allmänt

En parlamentarisk kommitté bör nu tillsättas för att lägga fram en analys och bedömning av hälso- och sjukvårdens resursbehov samt hur dessa skulle kunna tillgodoses fram till år 2000 inom ramen för en samhällsekonomi i balans. Kommittén skall även lägga fram ett eller flera förslag avseende hälso- och sjukvårdens framtida finansiering och organisation.

Kommitténs arbete kan i flera avseenden ses som en fortsättning på det arbete som tidigare utredningar har utfört och som redovisats i det föregående. Det material som dessa utredningar redovisat bör således såväl underlätta för kommittén att snabbt sätta sig in i de aktuella frågeställningarna som begränsa behovet av egna kartläggningar m.m.

Olika länder har, som tidigare nämnts, valt skilda modeller för hälso- och sjukvårdens finansiering och organisation. I många länder pågår för närvarande ett omfattande förändringsarbete där existerande system refor-

meras. Kommittén bör ta del av förhållandena i andra länder och förutsättningslöst studera för- och nackdelar med olika finansieringssystem samt tillgodogöra sig erfarenheter och dra slutsatser av det pågående reformarbetet. Här kan nämnas det analysarbete avseende utvecklingen av olika länders sjukvårdssystem som för närvarande sker inom OECD. Vissa preliminära resultat från detta arbete har nyligen presenterats. I detta sammanhang är det troligen av särskilt intresse att följa utvecklingen i de nordiska länderna, Tyskland, Storbritannien, Nederländerna samt Canada.

3.2 Hälso- och sjukvårdens resursbehov fram till år 2000

Någon samlad bild av hälso- och sjukvårdens resursbehov de närmaste åren finns för närvarande inte. Kommittén bör mot denna bakgrund analysera och bedöma hur hälso- och sjukvårdens resursbehov kommer att utvecklas fram till år 2000. Utgångspunkten bör vara att hela befolkningen skall erbjudas en god hälso- och sjukvård på lika villkor. Samtidigt måste utvecklingen inom hälso- och sjukvården ske inom ramen för en samhällsekonomi i balans, varför kostnaderna måste begränsas. Kommittén skall i sina bedömningar utgå från riksdagens kommande beslut med anledning av 1992 års långtidsutredning. Kommittén bör särskilt beakta de möjligheter till kostnadsminskningar som finns genom t.ex. strukturomvandling och medicinsk rationalisering, nya organisationsformer, ökad konkurrens och höjd produktivitet. Dessa möjligheter till kostnadsminskningar bör vägas mot de ökade behov av resurser som blir följden av ett ökat antal äldre i befolkningen och mot de otillfredsställda behov av sjukvård, omvårdnad, omsorg och medicinsk rehabilitering som otvivelaktigt finns i dagens hälso- och sjukvård. Hänsyn skall också tas till effekterna av den medicinsk-tekniska utvecklingen som dels ger möjligheter till bättre och/eller billigare behandlingsmetoder, dels medför nya möjligheter till behandlingar som i sig kan innebära ökade kostnader.

Denna typ av bedömningar är till sin karaktär svåra att göra då behovet av hälso- och sjukvård inte enkelt kan definieras och avgränsas. Hittills har resursrestriktioner ofta varit det som begränsat tillgången på hälso- och sjukvård.

Mot denna bakgrund bör kommittén i första hand studera vilka resursbehov olika utvecklingstendenser inom hälso- och sjukvården kan föranleda och hur dessa resursbehov kan förenas med en samhällsekonomi i balans.

Kommittén bör vidare pröva om det finns delar av hälso- och sjukvården där insatser inte bör omfattas av den solidariska finansieringen eller begränsas genom differentiering av avgifter. Detta kan gälla åtgärder som har låg medicinsk prioritet eller begränsad medicinsk effekt, som t.ex. kosmetiska ingrepp.

3.3 Hälso- och sjukvårdens framtida finansiering och organisation

Internationella erfarenheter visar att de olika modeller för hälso- och sjukvårdens finansiering och organisation som prövats har såväl positiva som negativa sidor. Något färdigt system finns inte att ta över.

Kommitténs överväganden om hur framtidens hälso- och sjukvård bör finansieras och organiseras bör göras på den övergripande samhällsnivån. Detta innebär att kommittén bör ta ställning till vem som skall finansiera vården, vem som skall ansvara för att vården finns tillgänglig, i vilka former produktionen bör ske samt hur samhällets kontrollsystem bör vara uppbyggt. En viktig del av arbetet är att finna incitament som stimulerar en effektiv hälso- och sjukvårdsorganisation. Kommittén bör även överväga hur hälso- och sjukvårdens finansiering och organisation kan komma att påverkas av närmandet till EG:s inre marknad.

Kommitténs ställningstaganden bör utgå från en analys och värdering av i första hand tre finansierings- och organisationsmodeller. Dessa modeller bör arbetas fram och analyseras av en till kommittén knuten expertgrupp.

Utgångspunkten för expertgruppens arbete vad gäller samtliga modeller skall vara att hela befolkningen skall kunna erbjudas en god hälso- och sjukvård på lika villkor oberoende av såväl sjukdomens art eller varaktighet som den vårdsökandes ålder, ekonomi eller bosättningsort. Samtliga tre modeller skall vidare utgå från att finansieringen nästan helt och hållet skall ske med skatter, socialavgifter eller obligatoriska försäkringspremier som tas ut efter betalningsförmåga och oberoende av risk för den enskilde.

Inom ramen för denna grundläggande förutsättning vad avser den solidariska finansieringen bör expertgruppen söka finna olika incitament för att begränsa hälso- och sjukvårdens kostnadsutveckling. En viktig del av detta är att söka undvika de negativa effekterna av att en tredje part – samhället – betalar medan besluten som leder till kostnader fattas i mötet mellan patienten och vårdpersonalen.

Expertgruppen bör i samtliga modeller pröva för- och nackdelar med en ökad samordning med andra samhällssektorer eller förmånssystem, i första hand sjukpenningförsäkringen och kommunernas verksamheter, främst

socialtjänsten. Finner kommittén att fördelarna överväger bör kommittén lämna förslag till hur en sådan ökad samordning skall åstadkommas.

Expertgruppen bör vidare i samtliga modeller pröva hur avvägningen mellan olika delar av hälso- och sjukvården samt avvägningen mellan denna och angränsande verksamheter, främst hos kommunerna, kan ske samt hur gråzoner mellan olika verksamheter kan undvikas.

Inom hälso- och sjukvården finns delar som inte är direkt kopplade till kvantifierbara prestationer. Det gäller t.ex. det långsiktiga folkhälsoarbetet, handledning av personal samt viss forskningsverksamhet. Expertgruppen bör belysa hur dessa och närliggande verksamheter bör finansieras och organiseras i de olika olika modellerna. Expertgruppen bör i sin analys också beakta de förändrade förutsättningar för läkarutbildningen som kan uppstå i de olika finansierings- och organisationsmodellerna.

De tre modellerna är:

- Reformerad landstingsmodell

Den reformerade landstingsmodellen bygger på dagens system där landstinget och kommunen ansvarar för finansiering och tillhandahållande av hälso- och sjukvård. Modellen bör även kunna tillämpas om förändringar av nuvarande landstingsgränser skulle komma till stånd. De möjligheter till marknadsmekanismer som finns inom systemet bör utnyttjas, t.ex. patientens rätt att fritt välja vårdgivare, interna marknader där betalningen följer patienten och klarare uppdelning mellan landstinget som finansiär och producent. Produktionen av hälso- och sjukvård bör i denna modell kunna ske av såväl offentliga som privata producenter på likartade villkor och i konkurrens.

- Primärvårdsstyrd vård

I denna modell läggs samtliga hälso- och sjukvårdens ekonomiska resurser hos primärvården. Den enskilde väljer en husläkare vars ersättning till helt övervägande del beror på hur många som har valt honom eller henne som sin husläkare. De resurser husläkaren tilldelas inkluderar även tänkta kostnader för bl.a. specialist- och slutenvård, som husläkaren vid behov köper från lämplig vårdgivare. Modellen påminner därmed om det system med s.k. fundholders som infördes i Storbritannien vid ingången av detta år. Gruppmottagningar som täcker en befolkning om minst 9 000 invånare har där getts möjlighet att disponera en totalbudget för befolkningens hälso- och sjukvård.

I den primärvårdsstyrda vården kan finansieringen ske såväl primärkommunalt eller landstingskommunalt som centralt av staten. Expertgruppen bör belysa för- och nackdelar med de olika alternativen. Vidare bör expertgruppen analysera hur stabilitet kan nås i modellen t.ex. genom att flera husläkare sluter sig samman i gruppmottagningar och på så sätt får en bredare befolkningsbas eller genom att olika återförsäkringssystem byggs upp. Expertgruppen bör likaså överväga hur riskerna för undervård exempelvis till följd av att en patient inte remitteras vidare kan undvikas.

- Obligatorisk sjukvårdsförsäkring

I denna modell samlas resurserna för hälso- och sjukvård hos en eller flera försäkringsgivare. Landstingens rätt att ta ut skatt för hälso- och sjukvård upphör därmed. Patienten har rätt till ersättning från försäkringen enligt vissa regler t.ex. för diagnos, behandling m.m. Sjukvårdsförsäkringen ger ersättning till vårdgivaren i enlighet med en fastställd taxa eller olika former av vårdkontrakt. Expertgruppen bör i denna modell särskilt studera hur kostnadskontroll kan erhållas och kvalitetskontroll kan säkras.

Expertgruppen bör vidareutveckla de här skisserade modellerna efter svenska förutsättningar, vilket dock inte innebär att den är bunden till den nuvarande institutionella uppbyggnaden för hälso- och sjukvården. En bred belysning av de olika modellernas för- och nackdelar bör göras framför allt utifrån följande utgångspunkter:

* möjligheterna att verka för en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen
* vårdens tillgänglighet och kvalitet
* individens valfrihet
* att etableringsfrihet successivt skall införas och konkurrensen mellan olika alternativ därmed öka
* det demokratiska inflytandet
* möjligheterna för hälso- och sjukvården att samverka med andra samhällssektorer
* kostnadseffektivitet och förutsättningar för kostnadskontroll
* möjligheterna till kvalitetskontroll, nationell uppföljning och utvärdering
* möjligheterna till förnyelse och utveckling.

Utifrån analysen av de olika modellernas för- och nackdelar bör kommittén lämna ett eller flera förslag till hälso-och sjukvårdens framtida finansiering och organisation inom ramen för en samhällsekonomi i

balans. Förslaget/förslagen - som kan vara någon/några av de av expertgruppen analyserade modellerna eller en kombination av dessa - bör inkludera förslag till författningsregleringar, ekonomiska beräkningar, formerna för tillsyn, uppföljning och utvärdering m.m.

Förslagen bör utgå från att konkurrens mellan olika typer av vårdproducenter, offentliga såväl som privata, i allmänhet främjar produktiviteten. Mot denna bakgrund bör kommittén undersöka och beskriva förutsättningarna för att bl.a. överföra vissa offentliga vårdinrättningar till stiftelser, offentliga eller privata bolag m.m. Kommittén bör även föreslå hur eventuella hinder mot sådana överföringar bör kunna överbryggas.

Avgörande för en god hälso- och sjukvård är att kvaliteten i vården kan säkerställas. Kommittén bör således särskilt behandla hur kvalitetssäkringen skall ske. Kommittén bör även behandla tillsynens, uppföljningens och utvärderingens roll för att hela befolkningen skall kunna erbjudas en god hälso- och sjukvård på lika villkor.

Det svenska sjukvårdssystemet har genom landstingen en unik möjlighet att parallellt pröva olika modeller och system. Denna möjlighet bör utnyttjas nu när sjukvårdens organisation och finansiering skall ses över. Redan idag förekommer omfattande förnyelseverksamhet inom olika landsting. Kommittén bör noga studera erfarenheterna från den försöksverksamhet som pågår och även, i görligaste mån, studera de nya verksamhetsformer som startar under perioden. Utredningen bör inte uppfattas som ett hinder för landsting som vill gå vidare och pröva nya organisations- och styrformer.

3.4 Patientavgifter

Till skillnad från vad som gäller i vissa andra länder tillämpas i Sverige patientavgifter inom såväl den slutna som den öppna hälso- och sjukvården. Som resultat av en överenskommelse mellan staten och sjukvårdshuvudmännen om ersättningar från sjukförsäkringen för år 1991 avskaffades systemet med statligt reglerade patientavgifter inom den öppna hälso- och sjukvården. Motivet var att möjliggöra för sjukvårdshuvudmännen att effektivare kunna utnyttja hälso- och sjukvårdens organisation och resurser genom att t.ex. differentiera avgiftsnivåerna mellan olika typer av mottagningar eller åtgärdsgrupper. En påtaglig höjning av patientavgifterna har därefter skett, liksom en differentiering mellan olika typer av vård. Samtidigt förändrades högkostnadsskyddet för personer med stort behov av öppen sjukvård och läkemedel så att kostnadsbefrielse uppnås när den

försäkrades sammanlagda utgifter under en 12-månadersperiod uppgår till minst 1 500 kronor.

Kommittén bör analysera patientavgifternas roll inom hälso-och sjukvården. Detta bör göras utifrån tre olika perspektiv: avgifternas roll som finansieringskälla, avgifternas roll som styrinstrument och avgifternas fördelningspolitiska betydelse.

Trots de senaste årens kraftiga avgiftshöjningar svarar patientavgifter idag endast för en liten del av hälso- och sjukvårdens finansiering. Kommittén bör, mot bakgrund av att den offentliga sektorn måste begränsas och skattetrycket hållas nere, pröva möjligheterna att ytterligare något höja intäkterna från avgifter och därmed öka avgifternas andel av hälso- och sjukvårdens finansiering.

Kommittén bör vidare studera avgifternas betydelse som styrinstrument. Internationella erfarenheter visar att en höjning av patientavgifterna minskar efterfrågan på hälso- och sjukvård. De försök som gjorts i Sverige med differentierade avgifter där ett besök i primärvården blivit billigare än ett besök på akutsjukhus har visat att besöken vid akutsjukhusen har minskat. Erfarenheter visar således att avgifter har både volympåverkande och styrande effekter.

Mot högre avgifter talar att det är de som har störst behov av vård som drabbas mest. Högre avgifter måste därför kombineras med ett effektivt högkostnadsskydd. Kommittén bör överväga möjligheterna att modifiera nuvarande högkostnadsskydd utan att avgifternas funktion som styrinstrument i vården försämras.

Kommittén bör vidare pröva om det är möjligt att införa olika nivåer på högkostnadsskyddet beroende på vilken behandling som avses. Genom ett differentierat högkostnadsskydd skulle vissa typer av behandling, t.ex. psykoterapi, som samhället idag endast i vissa fall subventionerar, kunna omfattas av den samlade solidariska sjukvårdsfinansieringen.

3.5 Ansvaret för läkemedel i öppen vård

I propositionen 1991/92:19 om vissa ersättningar till sjukvårdshuvudmännen m.m. uttalade sig föredraganden för att påbörja överläggningar med sjukvårdshuvudmännen om att föra över kostnadsansvaret för läkemedel i öppenvård från Riksförsäkringsverket till sjukvårdshuvudmännen med ett beräknat genomförande den 1 januari 1993. Riksdagen har emellertid nyligen bifallit socialförsäkringsutskottets hemställan i dess betänkande med anledning av propositionen där utskottet anför att frågan om

överföring av kostnadsansvaret inte bör avgöras separat. Utskottet utgår istället från att frågan behandlas skyndsamt i samband med den aviserade översynen av hälso- och sjukvårdens finansiering och organisation m.m. (1991/92:SfU3, rskr. 38).

Det bör ankomma på kommittén att bedöma om denna fråga kan behandlas för sig, eller om den lämpligen tas upp i anslutning till övriga finansierings- och organisationsfrågor inom hälso- och sjukvården.

3.6 Övrigt

Om kommittén finner det motiverat bör den också kunna ta upp andra närliggande frågor vad avser hälso- och sjukvårdens finansiering och organisation.

Kommittén skall beakta innehållet i regeringens allmänna direktiv (Dir. 1984:5) till samtliga kommittéer och särskilda utredare. Kommittén skall också beakta regeringens direktiv (Dir. 1988:43) till kommittéer och särskilda utredare angående EG-aspekter i utredningsverksamheten.

Samråd skall ske med Regionutredningen (C 1991:09) och med den parlamentariska beredning med uppgift att studera den regionala verksamhetens uppbyggnad och landets indelning i län som regeringen har för avsikt att tillsätta. Samråd skall även ske med Utredningen (S 1992:08) om prioriteringar inom hälso- och sjukvården och Beredningen för samverkan mellan stat och kommun (C 1990:B).

Kommittén bör följa och om möjligt redovisa slutsatser från den reformverksamhet med primärkommunalt huvudmannaskap för primärvården som inleddes den 1 januari innevarande år.

Kommittén bör även följa den lokala försöksverksamhet med finansiell samordning mellan socialförsäkring och hälso- och sjukvård som, under förutsättning av riksdagens godkännande, avses påbörjas den 1 januari 1993. Kommittén bör även ha kontakt med Utredningen om tillämpningen av det kommunala betalningsansvaret inom hälso- och sjukvården (Dir. 1991:105) samt ta del av socialstyrelsens löpande uppföljning av Ädelreformen och socialdepartementets uppföljning av betalningsansvaret för medicinskt färdigbehandlade patienter. Även andra former av pågående och planerad reformverksamhet med ändrat huvudmannaskap och nya styrformer inom hälso- och sjukvården bör uppmärksammas och slutsatser om möjligt redovisas i utredningen.

4. Redovisning av uppdraget

Bedömningar av resursbehov på medellång och lång sikt blir naturligen osäkra då de bygger på vissa antaganden. Mot denna bakgrund kan kommittén, om den så finner lämpligt, presentera mer än en bedömning av hälso- och sjukvårdens resursbehov fram till år 2000.

De tre alternativa finansierings- och organisationsmodeller som skisserats i dessa direktiv bör vidareutvecklas och analyseras bl.a. utifrån de aspekter som tidigare redovisats. Detta arbete bör, som jag tidigare nämnt, göras av en expertgrupp i kontinuerlig kommunikation med den parlamentariska kommittén. De olika modellerna bör redovisas i en eller flera rapporter som expertgruppen överlämnar till kommittén senast den 1 mars 1993.

Kommittén bör, utifrån de slutsatser som kan dras från redovisningen av de olika modellerna, presentera ett eller flera alternativa förslag avseende hälso- och sjukvårdens framtida finansiering och organisation. Beskrivningen av förslagen bör inbegripa erforderliga författningsändringar, kostnadsberäkningar, former för tillsyn, uppföljning och utvärdering m.m.

Ett intensivt förändringsarbete pågår för närvarande på många håll i landet vad avser hälso- och sjukvårdens organisation och styrformer. Mot denna bakgrund och med hänsyn till att en mer genomgripande förändring av hälso- och sjukvårdens finansiering och organisation kan ta relativt lång tid att genomföra bör utredningens arbete bedrivas så att det är slutfört senast den 1 mars 1994.

5. Hemställan

Med hänvisning till vad jag nu har anfört hemställer jag att regeringen bemyndigar det statsråd som har till uppgift att föredra ärenden som rör hälso- och sjukvård m.m.

att tillkalla en kommitté – omfattad av kommittéförordningen (1976:119) – bestående av högst tio ledamöter med uppdrag att dels analysera och bedöma hälso- och sjukvårdens resursbehov fram till år 2000, dels överväga hur hälso- och sjukvården bör finansieras och organiseras på den övergripande samhällsnivån,

att utse en av ledamöterna att vara ordförande,

att besluta om sakkunniga, experter, sekreterare och annat biträde åt kommittén.

Vidare hemställer jag att regeringen beslutar att kostnaderna skall belasta femte huvudtitelns anslag Utredningar m.m.

6. Beslut

Regeringen ansluter sig till föredragandens överväganden och bifaller hans hemställan.

(Socialdepartementet)

KUNGL. BIBL.
1994-10-28
STOCKHOLM

Statens offentliga utredningar 1994

Kronologisk förteckning

1. Ändrad ansvarsfördelning för den statliga statistiken. Fi.
2. Kommunerna, Landstingen och Europa + Bilagedel. C.
3. Mäns föreställningar om kvinnor och chefskap. S.
4. Vapenlagen och EG. Ju.
5. Kriminalvård och psykiatri. Ju.
6. Sverige och Europa. En samhällsekonomisk konsekvensanalys. Fi.
7. EU, EES och miljön. M.
8. Historiskt vägval – Följderna för Sverige i utrikes- och säkerhetspolitiskt hänseende av att bli, respektive inte bli medlem i Europeiska unionen. UD.
9. Förnyelse och kontinuitet – om konst och kultur i framtiden. Ku.
10. Anslutning till EU – Förslag till övergripande lagstiftning. UD.
11. Om kriget kommit... Förberedelser för mottagande av militärt bistånd 1949-1969 + Bilagedel. SB.
12. Suveränitet och demokrati + bilagedel med expertuppsatser. UD.
13. JIK-metoden, m.m. Fi.
14. Konsumentpolitik i en ny tid. C.
15. På väg. K.
16. Skoterkörning på jordbruks- och skogsmark. Kartläggning och åtgärdsförslag. M.
17. Års- och koncernredovisning enligt EG-direktiv. Del I och II. Ju.
18. Kvalitet i kommunal verksamhet – nationell uppföljning och utvärdering. C.
19. Rena roller i biståndet – styrning och arbetsfördelning i en effektiv biståndsförvaltning. UD.
20. Reformerat pensionssystem. S.
21. Reformerat pensionssystem. Bilaga A. Kostnader och individeffekter. S.
22. Reformerat pensionssystem. Bilaga B. Kvinnors ATP och avtalspensioner. S.
23. Förvalta bostäder. Ju.
24. Svensk alkoholpolitik – en strategi för framtiden. S.
25. Svensk alkoholpolitik – bakgrund och nuläge. S.
26. Att förebygga alkoholproblem. S.
27. Vård av alkoholmissbrukare. S.
28. Kvinnor och alkohol. S.
29. Barn – Föräldrar – Alkohol. S.
30. Vallagen. Ju.
31. Vissa mervärdeskattefrågor III – Kultur m.m. Fi.
32. Mycket Under Samma Tak. C.
33. Vandelns betydelse i medborgarskapsärenden, m.m. Ku.
34. Tekniskt utrymme för ytterligare TV-sändningar. Ku.
35. Vår andes stämma – och andras. Kulturpolitik och internationalisering. Ku.
36. Miljö och fysisk planering. M.
37. Sexualupplysning och reproduktiv hälsa under 1900-talet i Sverige. UD.
38. Kvinnor, barn och arbete i Sverige 1850-1993. UD.
39. Gamla är unga som blivit äldre. Om solidaritet mellan generationerna. Europeiska äldreåret 1993. S.
40. Långsiktig strålskyddsforskning. M.
41. Ledighetslagstiftningen – en översyn. A.
42. Staten och trossamfunden. C.
43. Uppskattad sysselsättning – om skatternas betydelse för den privata tjänstesektorn. Fi.
44. Folkbokföringsuppgifterna i samhället. Fi.
45. Grunden för livslångt lärande. U.
46. Sambandet mellan samhällsekonomi, transfereringar och socialbidrag. S.
47. Avveckling av den obligatoriska anslutningen till studentkårer och nationer. U.
48. Kunskap för utveckling + bilagedel. A.
49. Utrikessekretessen. Ju.
50. Allemansparandet - en översyn. Fi.
51. Minne och bildning. Museernas uppdrag och organisation + bilagedel. Ku.
52. Teaterns roller. Ku.
53. Mästarbrev för hantverkare. Ku.
54. Utvärdering av praxis i asylärenden. Ku.
55. Rätten till ratten - reformerat bilstöd. S.
56. Ett centrum för kvinnor som våldtagits och misshandlats. S.
57. Beskattning av fastigheter, del II – Principiella utgångspunkter för beskattning av fastigheter m.m. Fi.
58. 6 Juni Nationaldagen. Ju.
59. Vilka vattendrag skall skyddas? Principer och förslag. M.
59. Vilka vattendrag skall skyddas? Beskrivningar av vattenområden. M.
60. Särskilda skäl - utformning och tillämpning av 2 kap. 5 § och andra bestämmelser i utlänningslagen. Ku.
61. Pantbankernas kreditgivning. N.
62. Rationaliserad fastighetstaxering, del I. Fi.
63. Personnummer - integritet och effektivitet. Ju.
64. Med raps i tankarna? M.
65. Statistik och integritet, del 2 – Lag om personregister för officiell statistik m.m. Fi.
66. Finansiella tjänster i förändring. Fi.
67. Räddningstjänst i samverkan och på entreprenad. Fö.
68. Otillbörlig kurspåverkan och vissa insiderfrågor. Fi.

Statens offentliga utredningar 1994

Kronologisk förteckning

69. On the General Principles of Environment Protection. M.
70. Inomkommunal utjämning. Fi.
71. Om intyg och utlåtanden som utfärdas av hälso- och sjukvårdspersonal i yrkesutövningen. S.
72. Sjukpenning, arbetsskada och förtidspension - förutsättningar och erfarenheter. S.
73. Ungdomars välfärd och värderingar - en undersökning om levnadsvillkor, livsstil och attityder. C.
74. Punktskatterna och EG. Fi.
75. Patientskadelag. C.
76. Trade and the Environment - towards a sustainable playing field. M.
77. Tillvarons trösklar. C.
78. Citytunneln i Malmö. K.
79. Allmänhetens bankombudsman. Fi.
80. Iakttagelser under en reform - Lägesrapport från Resursberedningens uppföljning vid sex universitet och högskolor av det nya resurstilldelningssystemet för grundläggande högskoleutbildning. U.
81. Ny lag om skiljeförfarande. Ju.
82. Förstärkta miljöinsatser i jordbruket - svensk tillämpning av EG:s miljöprogram. Jo.
83. Övergång av verksamheter och kollektiva uppsägningar. EU och den svenska arbetsrätten. A.
84. Samvetsklausul inom högskoleutbildningen. U.
85. Ny lag om skatt på energi. En teknisk översyn och EG-anpassning.
    - Motiv. Del I.
    - Författningstext och bilagor. Del II. Fi.
86. Teknologi och vårdkonsumtion inom sluten somatisk korttidsvård 1981-2001. S.
87. Nya tidpunkter för redovisning och betalning av skatter och avgifter. Fi.
88. Mervärdesskatten och EG. Fi.
89. Tullagstiftningen och EG. Fi.
90. Kart- och fastighetsverksamhet - finansiering, samordning och författningsreglering. M.
91. Trafiken och koldioxiden - Principer för att minska trafikens koldioxidutsläpp. K.
92. Miljözoner för trafik i tätorter. K.
93. Levande skärgårdar. Jo.
94. Dagspressen i 1990-talets medielandskap. Ku.
95. En allmän sjukvårdsförsäkring i offentlig regi. S.
96. Följdlagstiftning till miljöbalken. M.
97. Reglering av vattenuttag ur enskilda brunnar. M.
98. Beskattning av förmåner. Fi.
99. Domaren i Sverige inför framtiden - utgångspunkter för fortsatt utredningsarbete. Del A+B. Ju.
100. Beskattningen vid gränsöverskridande omstruktureringar inom EG, m.m. Fi.
101. Höj ribban! Lärarkompetens för yrkesutbildning. U.
102. Analys och utvärdering av bistånd. UD.
103. Studiemedelsfinansierad polisutbildning. Ju.
104. PVC - en plan för att undvika miljöpåverkan. M.
105. Ny lagstiftning om radio och TV. Ku.
106. Sjöarbetstid. K.
107. Säkrare finansiering av framtida kärnavfalls-kostnader. M.
108. Säkrare finansiering av framtida kärnavfalls-kostnader - Underlagsrapporter. M.
109. Tåget kommer. K.
110. Omsorg och konkurrens. S.
111. Bilars miljöklassning och EG. M.
112. Konsumenterna och livsmedelskvaliteten. En studie av konsumentupplevelser. Jo.
113. Växande råvaror. M.
114. Avfallsfri framtid. M.
115. Sjukvårdsreformer i andra länder. S.
116. Skyldighet att lagra olja och kol. N.
117. Domstolsprövning av förvaltningsärenden. Ju.
118. Informationsteknologin-Vingar åt människans förmåga. SB.
119. Livsmedelspolitik för konsumenterna. - Reforme som kom av sig. Jo.
120. Finansiell leasing av lös egendom. Ju.
121. Bosparande. Fi.
122. Trygghet mot brott i lokalsamhället. Kartläggning principiella synpunkter och förslag. Ju.
123. Miljöombudsman. M.
124. Varu- och personkontroll vid EU:s yttre gräns. Ju
125. Samordnad insamling av miljödata. K.
126. Husläkarreformens första halvår. S.
127. Kronan Spiran Äpplet. En ny universitetsstruktu i södra Stockholmsområdet. U.
128. Lokal Agenda 21 - en vägledning. M.
129. Företagares arbetslöshetsersättning. A.
130. Försäkring under krigsförhållanden. Fi.
131. Skyddet vid den inre gränsen. Ju.
132. Landstingens ansvar för kliniskt forsknings- och utvecklingsarbete. S.

Statens offentliga utredningar 1994

Systematisk förteckning

Statsrådsberedningen

Om kriget kommit... Förberedelser för mottagande av militärt bistånd 1949-1969 + Bilagedel. [11]
Informationsteknologin
-Vingar åt människans förmåga.[118]

Justitiedepartementet

Vapenlagen och EG [4]
Kriminalvård och psykiatri. [5]
Års- och koncernredovisning enligt EG-direktiv. Del I och II. Ju. [17]
Förvalta bostäder. [23]
Vallagen. [30]
Utrikessekretessen. [49]
6 Juni Nationaldagen. [58]
Personnummer – integritet och effektivitet. [63]
Ny lag om skiljeförfarande. [81]
Domaren i Sverige inför framtiden
– utgångspunkter för fortsatt utredningsarbete. Del A+B. [99]
Studiemedelsfinansierad polisutbildning. [103]
Domstolsprövning av förvaltningsärenden. [117]
Finansiell leasing av lös egendom. [120]
Trygghet mot brott i lokalsamhället. Kartläggning, principiella synpunkter och förslag. [122]
Varu- och personkontroll vid EU:s yttre gräns. [124]
Skyddet vid den inre gränsen. [131]

Utrikesdepartementet

Historiskt vägval – Följderna för Sverige i utrikes- och säkerhetspolitiskt hänseende av att bli, respektive inte bli medlem i Europeiska unionen. [8]
Anslutning till EU – Förslag till övergripande lagstiftning. [10]
Suveränitet och demokrati
+ bilagedel med expertuppsatser. [12]
Rena roller i biståndet – styrning och arbetsfördelning i en effektiv biståndsförvaltning. [19]
Sexualupplysning och reproduktiv hälsa under 1900-talet i Sverige. [37]
Kvinnor, barn och arbete i Sverige 1850-1993. [38]
Analys och utvärdering av bistånd. [102]

Försvarsdepartementet

Räddningstjänst i samverkan och på entreprenad. [67]

Socialdepartementet

Mäns föreställningar om kvinnor och chefskap. [3]
Reformerat pensionssystem. [20]
Reformerat pensionssystem. Bilaga A.
Kostnader och individeffekter. [21]
Reformerat pensionssystem. Bilaga B.
Kvinnors ATP och avtalspensioner. [22]
Svensk alkoholpolitik – en strategi för framtiden. [24]
Svensk alkoholpolitik – bakgrund och nuläge. [25]
Att förebygga alkoholproblem. [26]
Vård av alkoholmissbrukare. [27]
Kvinnor och alkohol. [28]
Barn – Föräldrar – Alkohol. [29]
Gamla är unga som blivit äldre. Om solidaritet mellan generationerna. Europeiska äldreåret 1993. [39]
Sambandet mellan samhällsekonomi, transfereringar och socialbidrag. [46]
Rätten till ratten – reformerat bilstöd. [55]
Ett centrum för kvinnor som våldtagits och misshandlats. [56]
Om intyg och utlåtanden som utfärdas av hälso- och sjukvårdspersonal i yrkesutövningen. [71]
Sjukpenning, arbetsskada och förtidspension
– förutsättningar och erfarenheter. [72]
Teknologi och vårdkonsumtion inom sluten somatisk korttidsvård 1981-2001. [86]
En allmän sjukvårdsförsäkring i offentlig regi. [95]
Omsorg och konkurrens. [110]
Sjukvårdsreformer i andra länder. [115]
Husläkarreformens första halvår. [126]
Landstingens ansvar för kliniskt forsknings- och utvecklingsarbete.[132]

Kommunikationsdepartementet

På väg. [15]
Citytunneln i Malmö. [78]
Trafiken och koldioxiden – Principer för att minska trafikens koldioxidutsläpp. [91]
Miljözoner för trafik i tätorter. [92]
Sjöarbetstid. [106]
Tåget kommer. [109]
Samordnad insamling av miljödata. [125]

Finansdepartementet

Ändrad ansvarsfördelning för den statliga statistiken. [1]
Sverige och Europa. En samhällsekonomisk konsekvensanalys. [6]
JIK-metoden, m.m. [13]
Vissa mervärdeskattefrågor III – Kultur m.m. [31]
Uppskattad sysselsättning – om skatternas betydelse för den privata tjänstesektorn. [43]
Folkbokföringsuppgifterna i samhället. [44]
Allemanssparandet – en översyn. [50]
Beskattning av fastigheter, del II – Principiella utgångspunkter för beskattning av fastigheter m.m. [57]

Statens offentliga utredningar 1994

Systematisk förteckning

Rationaliserad fastighetstaxering, del I. Fi. [62]
Statistik och integritet, del 2
– Lag om personregister för officiell statistik m.m. [65]
Finansiella tjänster i förändring. [66]
Otillbörlig kurspåverkan och vissa insiderfrågor. [68]
Inomkommunal utjämning. [70]
Punktskatterna och EG. [74]
Allmänhetens bankombudsman. [79]
Ny lag om skatt på energi.
En teknisk översyn och EG-anpassning.
– Motiv. Del I.
– Författningstext och bilagor. Del II. [85]
Nya tidpunkter för redovisning och betalning av skatter och avgifter. [87]
Mervärdesskatten och EG. [88]
Tullagstiftningen och EG. [89]
Beskattning av förmåner. [98]
Beskattningen vid gränsöverskridande omstruktureringar inom EG, m.m. [100]
Bosparande. [121]
Försäkring under krigsförhållanden. [130]

Utbildningsdepartementet

Grunden för livslångt lärande. [45]
Avveckling av den obligatoriska anslutningen till studentkårer och nationer. [47]
Iakttagelser under en reform – Lägesrapport från Resursberedningens uppföljning vid sex universitet och högskolor av det nya resurstilldelningssystemet för grundläggande högskoleutbildning. [80]
Samvetsklausul inom högskoleutbildningen. [84]
Höj ribban!
Lärarkompetens för yrkesutbildning. [101]
Kronan Spiran Äpplet. En ny universitetsstruktur i södra Stockholmsområdet. [127]

Jordbruksdepartementet

Förstärkta miljöinsatser i jordbruket
– svensk tillämpning av EG:s miljöprogram. [82]
Levande skärgårdar. [93]
Konsumenterna och livsmedelskvaliteten.
En studie av konsumentupplevelser. [112]
Livsmedelspolitik för konsumenterna.
– Reformen som kom av sig. [119]

Kulturdepartementet

Förnyelse och kontinuitet – om konst och kultur i framtiden. [9]
Vandelns betydelse i medborgarskapsärenden, m.m. [33]
Tekniskt utrymme för ytterligare TV-sändningar. [34]
Vår andes stämma – och andras.
Kulturpolitik och internationalisering. [35]
Minne och bildning. Museernas uppdrag och organisation + bilagedel. [51]
Teaterns roller. [52]
Mästarbrev för hantverkare. [53]
Utvärdering av praxis i asylärenden. [54]
Särskilda skäl – utformning och tillämpning av 2 kap 5 § och andra bestämmelser i utlänningslagen. [60]
Dagspressen i 1990-talets medielandskap. [94]
Ny lagstiftning om radio och TV. [105]

Näringsdepartementet

Pantbankernas kreditgivning. [61]
Skyldighet att lagra olja och kol. [116]

Arbetsmarknadsdepartementet

Ledighetslagstiftningen – en översyn [41]
Kunskap för utveckling + bilagedel. [48]
Övergång av verksamheter och kollektiva uppsägningar. EU och den svenska arbetsrätten. [83]
Företagares arbetslöshetsersättning. [129]

Civildepartementet

Kommunerna, Landstingen och Europa.
+ Bilagedel. [2]
Konsumentpolitik i en ny tid. [14]
Kvalitet i kommunal verksamhet – nationell uppföljning och utvärdering. [18]
Mycket Under Samma Tak. [32]
Staten och trossamfunden. [42]
Ungdomars välfärd och värderingar – en undersökning om levnadsvillkor, livsstil och attityder. [73]
Patientskadelag. [75]
Tillvarons trösklar. [77]

Miljö- och naturresursdepartement

EU, EES och miljön. [7]
Skoterkörning på jordbruks- och skogsmark.
Kartläggning och åtgärdsförslag. [16]
Miljö och fysisk planering. [36]
Långsiktig strålskyddsforskning. [40]
Vilka vattendrag skall skyddas? Principer och förslag. [59]
Vilka vattendrag skall skyddas? Beskrivningar av vattenområden. [59]
Med raps i tankarna? [64]
On the General Principles of Environment Protection. [69]

Statens offentliga utredningar 1994

Systematisk förteckning

Trade and the Environment - towards a sustainable playing field. [76]
Kart- och fastighetsverksamhet - finansiering, samordning och författningsreglering. [90]
Följdlagstiftning till miljöbalken. [96]
Reglering av vattenuttag ur enskilda brunnar. [97]
PVC - en plan för att undvika miljöpåverkan. [104]
Säkrare finansiering av framtida kärnavfallskostnader. [107]
Säkrare finansiering av framtida kärnavfallskostnader - Underlagsrapporter. [108]
Bilars miljöklassning och EG. [111]
Växande råvaror. [113]
Avfallsfri framtid. [114]
Miljöombudsman. [123]
Lokal Agenda 21 - en vägledning. [128]

FRITZES
Postadress: 106 47 Stockholm
Fax 08-20 50 21, Telefon 690 90 90

ISBN 91-38-13805-0
ISSN 0375-250X