RefKB Occ SOU

En allmän sjukvårdsförsäkring i offentlig regi

Rapport till Kommittén om
hälso- och sjukvårdens finansiering
och organisation,
HSU 2000

SOU
1994:95

Statens offentliga utredningar
1994:95
Socialdepartementet

En allmän sjukvårdsförsäkring i offentlig regi

Rapport till 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 91-38-13732-1
ISSN 0375-250X

Förord

Hur skall hälso- och sjukvården finansieras och organiseras i framtiden? Den frågan utreds av en av regeringen tillsatt parlamentarisk kommitté. Kommittén, som antagit namnet HSU 2000, skall enligt sina direktiv (dir. 1992:30) grunda sina överväganden på en analys och värdering av i första hand tre olika finansierings- och organisationsmodeller. De tre modellerna är:

- Reformerad landstingsmodell
- Primärvårdsstyrd vård
- Obligatorisk sjukvårdsförsäkring

En expertgrupp har varit knuten till kommittén. Den hade till uppgift att vidareutveckla och självständigt analysera de tre modellerna. Resultatet finns redovisat i rapporten "Hälso- och sjukvården – tre modeller" (SOU 1993:38).

På grundval av expertrapporten och kommitténs egna överväganden beslöt kommittén i december 1993 att uppdra åt en extern utredare och expert att vidareutveckla hur ett system med en allmän, obligatorisk sjukvårdsförsäkring – offentligt finansierad och administrerad – skulle kunna tillämpas för finansiering av svensk hälso- och sjukvård.

Uppdraget skulle redovisas senast under mars månad. Som utredare och expert utsågs direktören vid Göteborgs Allmänna Försäkringskassa Torkel von Walter. I denna rapport redovisas resultatet av arbetet. Författaren svarar själv för rapportens innehåll.

Göran Rådö
Ordförande i HSU 2000

Innehållsförteckning

1 *Uppdraget* 7

2 *Några grundläggande utgångspunkter* 9

3 *Nya styrformer för sjukvården* 11

4 *Syftet med en obligatorisk sjukvårdsförsäkring* 13
4.1 Syftena sammanfattningsvis 13
4.2 Kommentarer till redovisade syften 14

5 *Skiss till en allmän, obligatorisk sjukvårdsförsäkring* 17
5.1 Huvuddragen i försäkringsmodellen 17
5.2 Begreppet "allmän försäkring" 19
5.3 Finansiering 21
5.4 Omfattning/försäkringstagarens rättigheter 26
5.5 Den regionala rättvisan 30
5.6 Ersättningssystemet, kostnads- ooh kvalitetskontroll m.m. . . 34

6 *Administrationen* 37
6.1 Inledning 37
6.2 Försäkringskassornas organisation 37
6.3 Riksförsäkringsverket 39
6.4 Försäkringskassornas kompetens som beställarorganisation . . 39
6.5 Försäkringskassornas geografiska ansvarsområden 41
6.6 Administrationskostnader 42

7 *Den demokratiska styrningen och kontrollen* 43
7.1 Den nationella nivån 43
7.2 Den regionala nivån 43
7.3 Den lokala nivån 44

8 *Finansiell samordning mellan socialförsäkring och hälso- och sjukvård* 45

9 *Avslutande kommentarer* 49

Bilaga:1 *Referat av expertgruppens rapport* (SOU 1993:38) 51

1 Uppdraget

I rapporten "Hälso-och sjukvården i framtiden – Tre modeller" (SOU 1993:38) har en expertgrupp, knuten till HSU 2000, utvecklat och analyserat de tre olika finansierings- och organisationsmodeller för den framtida hälso- och sjukvården som HSU 2000 skall ta ställning till.

I rapporten har expertgruppen redovisat bakgrundsfakta om svensk och internationell hälso- och sjukvård, förutsättningar och kriterier för utformningen och analysen av modellerna, själva modellerna samt en analys och jämförelse av dessa.

Den nu aktuella expertutredningen skall i allt väsentligt ta sin utgångspunkt i denna redovisning. I bilaga 1 ges ett kort referat av vissa delar av expertgruppens rapport med särskild relevans för föreliggande uppdrag.

Den nu begärda expertutredningen skall på ett så konkret sätt som möjligt beskriva hur ett system med en allmän, obligatorisk sjukvårdsförsäkring – offentligt finansierad och administrerad – skulle kunna tillämpas för finansiering av svensk hälso- och sjukvård.

Sjukvårdsförsäkringen förutsätts vara konstruerad som en försäkring, i den bemärkelsen att det finns en klar koppling mellan erlagda avgifter till försäkringen och hälso- och sjukvårdens finansiering.

Analysen skall sikta på att ta tillvara det positiva i våra befintliga strukturer och tillföra de fördelar som en solidariskt finansierad obligatorisk sjukvårdsförsäkring visat sig medföra i andra länder.

Härvid skall stor hänsyn tas till befintliga personella och fysiska resurser, liksom till den ägar- och driftstruktur som faktiskt finns i svensk hälso- och sjukvård.

I stället för att bygga upp nya organ för att administrera sjukvårdsförsäkringen skall utredningen belysa en regional anknytning via socialförsäkringsadministrationen.

Utredningen skall belysa var den politiska styrningen och kontrollen kommer in och hur den skall utövas från riksdagsbeslut och ut i samhället.

Så långt det är möjligt skall utredningen även belysa följande frågeställningar

- Patientens valfrihet vid val av vårdgivare, oavsett geografiska gränser
- Förutsättningarna för kompletterande idéella, kooperativa och privata vårdgivare att etablera sig
- Den regionala "rättvisan" vad gäller resurser för hälso- och sjukvård
- Finansiell samordning mellan hälso- och sjukvård och socialförsäkringen
- Kvalitetskontrollen
- Etableringsfriheten

2 Några grundläggande utgångspunkter

En utgångspunkt i föreliggande utredning är att värna om det som är bra i den befintliga sjukvården. Ett system med sjukvårdsförsäkring skall således inte innebära snabba förändringar när det gäller befintliga personella och fysiska resurser, ägar- och driftsstrukturen etc. Detta kan endast ske på längre sikt.

En hörnsten i det svenska välfärdssamhället utgörs av det skydd som successivt byggts upp för att förebygga, bota och lindra sjukdom liksom för att säkerställa en trygg försörjning när sjukdom eller handikapp förhindrar förvärvsarbete. Till grund för denna uppbyggnad har legat en ambition att skapa rättvisa mellan friska och sjuka.

Hela Sveriges befolkning har således ett lagfäst skydd vid sjukdom och handikapp. Det innebär att den som blir sjuk eller handikappad garanteras en god vård till en låg avgift och på lika villkor som andra. Han/hon får också ersättning för förlorad arbetsinkomst. Samhällets utgifter finansieras solidariskt av medborgarna.

Jag utgår ifrån att detta skall gälla även i fortsättningen. Den svenska modellen innebär således att

* Vården skall ges på lika villkor till hela befolkningen och vara av god kvalitet
* Kostnaderna skall finansieras solidariskt av medborgarna
* Det finns en socialförsäkring som bl.a. ger skydd för inkomstbortfall vid sjukdom och skada

Med dessa utgångspunkter är det nödvändigt att ha en demokratisk insyn, styrning och uppföljning av de samlade resursernas användning och resultat.

3 Nya styrformer för sjukvården

De senaste åren har inneburit stora omvälvningar för sjukvårdshuvudmännen. Med krympande ekonomiska ramar har de haft att möta växande behov och anspråk. Andelen äldre fortsätter att öka, den fortlöpande medicintekniska utvecklingen ger ständigt nya möjligheter att diagnostisera, behandla och rehabilitera, och människors krav på kvalitet, valfrihet och personligt bemötande har stadigt vuxit.

Rationaliseringar och omprövningar har blivit nödvändiga. Man har sökt skapa kostnadsmedvetande, konkurrens och incitament för att få människor att agera effektivt. Marknadsinslagen har ökat.

Somliga anser att människornas tilltro till politikernas förmåga att förändra och styra hälso- och sjukvården stadigt minskat.

Dessa utmaningar har landstingen på olika sätt försökt möta. Man har bl.a. strävat efter att förtydliga och i viss mån renodla politikerrollen till att uppfattas som medborgarnas företrädare gentemot sjukvården och inte som sjukvårdens företrädare gentemot allmänheten. Uppenbarligen finns det delade meningar bland allmänheten i vilken grad denna strävan har lyckats.

Ett av medlen för dessa försök till renodling av politikerrollen har varit att införa beställarstyrning. När såväl anslags- som målstyrning visat sig ha brister i genomslagskraft, tog i slutet av 80-talet beställarstyrningen form, inspirerat av det marknadstänkande som under decenniet börjat genomsyra den offentliga sektorn. I landstingsversionen är utgångspunkten densamma som för målstyrningen, den politiska styrningen skall frigöras från driftansvaret.

Skillnaden är dock att ett köp – sälj – förhållande skapas. Den politiska ledningen beställer verksamhet genom att teckna avtal med (i princip) fristående, intäktsfinansierade produktionsenheter inom – eller utanför – det egna huvudmannaskapet. Avsikten är därmed att dra en rågång mellan beställaransvaret och utföraransvaret. Genom att avgöra det totala

ekonomiska utrymmet, göra erforderliga prioriteringar mellan olika verksamheter och i avtalen utforma tydliga kravspecifikationer ska beställaren kunna styra verksamheten.

Detta behöver dock inte innebära att de förtroendevalda frånsäger sig utföraransvaret. I takt med att beställarmodellen prövats har det i landstingen blivit allt vanligare att bilda parallella politiska beställar- och utförarstyrelser.

Beroende på dessa dubbla ansvar inom en och samma organisation, landstingen, kan lätt uppkomma avvägningsproblem i landstingsstyrelse och fullmäktige. Dessa organ har ju såväl ansvar för att företräda medborgarna i förhållande till sjukvården som att förvalta de egna sjukvårdsenheterna på ett kostnadseffektivt sätt och därtill uppfylla arbetsgivaransvaret.

Det bör dock framhållas att begreppet beställarstyrning när det gäller sjukvården inte är entydigt. I en rapport som publicerats av Landstingsförbundet våren 1994 "Hur skall landstingen styras?" framgår detta tydligt. Mångfalden är stor inom landstingsvärlden. Det finns inte två landsting som valt exakt samma styrmodell. Notabelt är att över hälften av landstingen/sjukvårdshuvudmännen har, har beslutat eller planerar en beställarstyrning.

I samband med diskussionerna om att finansiera hälso- och sjukvården genom en allmän, obligatorisk sjukvårdsförsäkring är det intressant att notera att beställar-/utförarkonceptet i landstingstappning inte ligger långt ifrån principerna för en försäkringslösning. Mer om detta i det följande.

4 Syftena med en obligatorisk sjukvårdsförsäkring

Jag har uppfattat att förespråkarna för en försäkringslösning ser i huvudsak följande syften med en obligatorisk sjukvårdsförsäkring. Inledningsvis redogör jag för dem i punktform. Därefter kommenteras syftena mera utförligt.

4.1 Syftena punktvis

En obligatorisk sjukvårdsförsäkring som finansierar sjukvården, men som administreras helt fristående från ägare och driftsansvariga för olika sjukvårdsenheter, förutsätts på längre sikt ge utrymme för alternativa ägar- och driftsformer. En reell konkurrenssituation uppstår – dock inte fullt ut på "marknadens villkor". Den innebär:

* Bättre förutsättningar för patienterna att välja de vårdgivare som tillhandahåller sjukvårdstjänster i de former och med den kvalitet som efterfrågas av den enskilde.
* Patientens ställning stärks. Försäkringsadministrationen företräder entydigt patienten, både vad gäller behov och kostnader.
* Gentemot såväl patient som försäkringsadministration blir vårdproducenternas konkurrensmedel lyhördhet till patienten, pris, kvalitet, omhändertagande/service, metodutveckling för höjd effektivitet. Incitament för detta skall finnas i ersättnings- och kontrollsystemet.
* Entydig och tydlig användning av sjukvårdsavgifter(-premier) till en särskild försäkring för finansiering av sjukvården.
* Rättvisa över landet.

4.2 Kommentarer till redovisade syften

På senare år har debatten om patientens valfrihet i sjukvårdssystemet satts i fokus. Vad innebär då valfrihet inom sjukvården? Man kan säga att graden av valfrihet begränsas på olika sätt.

En begränsning gäller den totala tillgången på hälso- och sjukvård vad gäller kapaciteten på mottagningar, operationsavdelningar, vårdavdelningar etc. Räcker inte den sammanlagda kapaciteten kan man inte heller tala om valfrihet.

En annan begränsning utgörs av geografisk och annan tillgänglighet. Tillgängligheten kan begränsas av långa avstånd men även av administrativa regler såsom remisstvång och begränsningar i betalningsåtaganden från det egna landstinget.

En tredje begränsning gäller graden av det mångfald i vårdutbudet som kan åstadkommas genom alternativa drifts- och ägarformer etc.

Det främsta syftet med en sjukvårdsförsäkring är att på längre sikt skapa bättre förutsättningar än i dag för patienternas frihet att välja vårdgivare. Med dagens system har det visat sig svårt att åstadkomma en reell valfrihet eftersom landstingen i praktiken har en monopolställning när det gäller att tillhandahålla framför allt sluten vård. Vårdens innehåll och organisation har därför kommit att bli tämligen likartad och det saknas alternativ. På kort sikt skulle sannolikt en försäkringslösning inte kunna ändra på dessa förhållanden i någon avgörande grad. Ett försäkringssystem skulle dock på längre sikt kunna vidga möjligheterna för alternativa lösningar och andra ägar- och driftsformer, t.ex. genom att sjukvårdsenheter drivs av kooperationer, ideella organisationer, privata bolag etc. Därmed skulle den sortens valfrihet öka för patienterna.

En inbyggd konflikt i dagens system är förhållandet att de politiskt ansvariga har ansvaret för väldiga ekonomiska värden i form av sjukvårdsanläggningar och har arbetsgivaransvaret för ett stort antal anställda av olika kategorier, samtidigt som de har i uppgift att försvara patienternas intressen gentemot just dessa producenter av vård. Visserligen pågår i de flesta landsting ett intensivt förändringsarbete för att minska dessa nackdelar, men en fullständig renodling kan knappast åstadkommas inom nuvarande system. Ett system med sjukvårdsförsäkring löser detta problem genom att försäkringsadministrationen entydigt företräder patienten, både vad gäller att finansiera erforderligt vårdutbud och att begränsa sjukvårdskostnaderna så att patientens kostnader, dvs. försäkringsavgiften, kan hållas nere.

I ett system där beställarorganisationen entydigt företräder patienten förutsätts vårdgivarna konkurrera om patienternas val genom främst

tillgänglighet, kvalitet och omhändertagandeformer. Vårdgivarna måste också tillgodose försäkringsadministrationens ytterligare krav vad gäller bl.a. prissättning och metodutveckling för en ständigt ökad effektivitet. Systemen för ersättning till vårdgivarna får därför inte utformas så att endast produktiviteten sätts i centrum.

En enda riksomfattande sjukvårdsförsäkring förutsätts också ge större rättvisa över landet. Det gäller såväl storleken på den avgift den enskilde erlägger till sjukvården, som regler och möjligheter för etablering av alternativa ägar- och driftsformer avseende sjukvårdenheterna. För att åstadkomma rättvis tillgång till vård över landet erfordras enligt min mening att de totala finansieringsresurserna fördelas regionvis. Mer om detta senare.

Ett system med sjukvårdsförsäkring och med särskilda försäkringsavgifter/-premier är också en väg att på ett tydligt sätt visa för medborgarna, att de sjukvårdsavgifter de erlägger också går till att finansiera hälso- och sjukvården. Därigenom förutsätts också befolkningen bli mera benägen att vara med och betala kostnaderna för hälso- och sjukvården till en rimlig nivå. Den totala tillgången på hälso- och sjukvård skulle på så sätt säkras.

Slutligen bör framhållas att det inte finns någon skillnad mellan försäkringsmodellen och landstingsmodellen vad gäller att alla skall få vård på lika villkor och att kostnaderna skall bäras solidariskt av alla medborgare.

5 Skiss till en allmän sjukvårdsförsäkring

Inledningsvis redovisas i punktform huvuddragen i mitt förslag till sjukvårdsförsäkring. Därefter belyses försäkringen mera i detalj.

5.1 Huvuddragen i försäkringsmodellen

En allmän försäkring

* Allmän, dvs. obligatorisk, försäkring med villkor angivna i lag
* Gäller alla bosatta i Sverige och vissa andra enl. internationella överenskommelser (t.ex. EES-avtal)
* En allmän försäkring skiljer sig väsentligt från "marknadens" försäkringsmodeller

Finansieringen

* Försäkringen finansieras av en sjukvårdsavgift(-premie) vars storlek beror på betalningsförmåga oavsett ålder och risk
* Inbetalning av avgiften i samband med beskattning ger låga administrationskostnader
* Riksdagen beslutar om försäkringsavgift, patientavgifter, högkostnadsskydd
* Försäkringen skapar ett ur ekonomisk synvinkel autonomnt system där intäkter och kostnader skall balansera över tiden. Kostnader och intäkter skall inte ingå i statsbudgetens ram, utan behandlas separat

* Utrymme för försäkringsavgift bör finnas trots "inteckningar" från pensionssystemet och eventuellt också från en ny sjuk- och arbetsskadeförsäkring
* Folkhälsoaktiviteter bör finansieras på annat sätt än med sjukvårdsavgifter från enskilda

Omfattning/patientens rättigheter

* Försäkringen omfattar alla oavsett ålder och risk
* Det skall inte vara möjligt att gå ur försäkringen för att istället välja privata lösningar
* Försäkringen omfattar den allra största delen av hälso- och sjukvårdens insatser
* Riksdagen fastställer patientens försäkringsskydd i form av godkända hälso- och sjukvårdsinsatser.

Den regionala rättvisan

* Riksdagen fastställer för en 3 till 5-årsperiod ett kostnadstak för hela försäkringen. Riksdagen fastställer också en däremot svarande sjukvårdsavgift samt patientavgifter
* Den totala kostnadsramen fördelas sedan till respektive region enligt en fördelningsmodell som speglar vårdbehov och kostnadsläge i regionen
* Den regionala administrationens uppgift blir att, inom givna ramar, upphandla/kontraktera den hälso- och sjukvård som motsvarar befolkningens behov
* För detta krävs bl.a. medicinsk, epidemiologisk och ekonomisk kompetens. Dessa kompetenser finns i dag representerade på det regionala planet och skulle kunna samlas i en beställarorganisation
* Tillhandahållarna av hälso- och sjukvårdstjänster har en, i förhållande till beställarorganisationen, helt fristående ställning. Huvudmännen kan vara offentliga, ideella, kooperativa, privata
* Individens valfrihet bör på sikt öka i denna modell
* Regionerna bör inte vara för stora. I vissa delar av landet kan nuvarande landstingsområden utgöra lämplig storlek. I andra delar med korta avstånd och stort utbud av sjukvårdsresurser kan större regioner bli nödvändiga för att åstadkomma ett effektivare resursutnyttjande

Ersättningssystem, kostnads- och kvalitetskontroll

* Intensivt utvecklingsarbete pågår för att skapa de verktyg som behövs för en fungerande beställarstyrning
* Bra ersättningssystem och metoder för kostnads-, effektivitets- och kvalitetskontroll måste utvecklas oavsett finansieringsmodell. I en försäkringslösning skärps dock kraven på att ha tillgång till dessa
* En eventuell övergång till en försäkringsmodell kan genomföras först på längre sikt. Det är därför inte meningsfullt att här och nu närmare precisera hur kontroll- och incitamentverktygen skall se ut i framtiden. Utvecklingen går snabbt framåt. Vissa överväganden görs dock i det följande.

5.2 Begreppet "allmän försäkring"

Varför solidariskt finansierad sjukvård?

Ungefär 50 procent av kostnaderna för svensk öppen och sluten hälso- och sjukvård uppkommer vid vården av den befolkning som är 65 år och äldre, trots att de åldersgrupperna endast motsvarar cirka 17 procent av befolkningen.

Vidare utnyttjar de som är 85 år och äldre 26 procent av det totala antalet vårddagar.

Behoven av hälso- och sjukvård är således, generellt sett, mycket större hos gamla människor än hos unga eller medelålders. Behoven skiftar givetvis också mellan olika riskgrupper men också av rena tillfälligheter.

Av dessa skäl har vi i dag en hälso- och sjukvård som är solidariskt finansierad och som skall tillhandahållas efter vars och ens behov. Detta måste också vara den självklara utgångspunkten för en sjukvårdsförsäkring som skall vara anpassad till svenska förhållanden och traditioner.

Det förtjänar att framhållas att flertalet länder som har en gemensamt och solidariskt finansierad sjukvård har valt ett system med sjukvårdsförsäkring/-ar.

En allmän sjukvårdsförsäkring

Med allmän försäkring menas att försäkringens villkor är angivna i lag och den gäller för **alla** som är bosatta i Sverige. Därtill kommer internationella avtal om sjukvård för andra som vistas i Sverige.

En allmän sjukvårdsförsäkring kan vara offentligt eller privat administrerad. Huvudmannen kan vara i monopolställning eller verka i konkurrens. Enligt utredningsdirektiven avser uppdraget dock ett alternativ med allmän försäkring i offentlig regi – såväl finansiellt som administrativt. Dessutom skall försäkringskassornas förutsättningar att administrera försäkringen belysas. Detta innebär en administration i monopolställning.

De viktigaste **fördelarna** med en allmän försäkring är följande:

Grundskydd, högkostnadssydd eller heltäckande skydd

Inom ramen för ett allmänt system kan skapas grundskydd för alla när sjukdom och skada inträffar. Utan en allmän, dvs. obligatorisk, försäkring som täcker vårdkostnaderna vid sjukdom och handikapp skulle många människor vara underförsäkrade eller oförsäkrade. Anledningarna till detta kan vara många. En är att många människor har svårt att planera för framtiden. Men det kan också hända att man av andra skäl än oförmåga att se in i framtiden råkar ut för ett mycket sämre hälsotillstånd, skada etc. än vad man byggt upp ett eget skydd för.

En allmän försäkring kan omfatta de flesta tjänsterna inom vården, men också begränsas till ett visst grundskydd och därutöver erbjuda frivilliga tillägg, offentligt eller privat administrerade.

Grupper med olika riskbilder kan behandlas lika

Det är från etiska och socialpolitiska utgångspunkter önskvärt att inte ta hänsyn till skillnader i sjuklighet eller dödlighet mellan grupper. En allmän försäkring möjliggör att människor med olika **kända** risker behandlas lika i försäkringsteknisk mening.

En allmän sjukvårdsförsäkring ger alltså skydd till alla – inklusive till dem som i en fri marknadssituation skulle ha svårt att köpa ett fullgott skydd eller något skydd över huvud taget på grund av att de är "dåliga risker", dvs. att sannolikheten är förhållandevis stor för just dem att ta sjukvårdens resurser i anspråk.

Stort kollektiv reducerar kostnaden för risk

Allt annat lika minskar försäkringskostnaden för en given risk med storleken på försäkringskollektivet. Nationen utgör normalt det största möjliga och sålunda i det avseendet mest effektiva kollektivet.

Enhetliga försäkringar har lägre administrationskostnader än försäkringar med många lösningar

Enskilda lösningar är måhända att föredra för varje individ för sig om kvaliteten i den enskilda lösningen motiverar den högre kostnaden. För kollektivet är den billigaste lösningen en gemensam försäkringslösning utifrån generella försäkringsvillkor.

5.3 Finansieringen

Nuvarande finansiering, statens bidrag

Den offentliga hälso- och sjukvården finansieras för närvarande till drygt 80 procent med landstingsskatt. Patientavgifterna motsvarar endast ca 2,5 procent av intäkterna. Resten finansieras av staten genom skatteutjämningsbidrag, specialdestinerade bidrag – t.ex. vårdgarantin, Dagmar 50 – och ersättning via sjukförsäkringen.

Försöksverksamheter pågår även med en utökad finansiell samordning mellan sjukvård och sjukförsäkring.

Fr.o.m. den 1 januari 1994 skall den offentliga sjukvårdshuvudmannen även finansiera privat läkarvård och vård hos privat sjukgymnast.

När det gäller statens bidrag till finansieringen av hälso- och sjukvården kan några utvecklingslinjer uppfattas. En är att rollfördelningen mellan staten och landstingen vad gäller uppgifter och ekonomi skall bli tydligare.

För landstingens del genomfördes därför under 1993 förändringar på tre viktiga punkter. Den första är att rundgången av medel mellan stat och landsting har begränsats genom att avräkningsskatten avskaffats samt att skatteutjämningsavgiften sänkts. Den andra punkten innebär en övergång till mera generella principer i fråga om fördelning av statsbidrag till sjukvårdshuvudmännen genom att sex specialdestinerade bidrag till landstingen avvecklats. Motsvarande belopp har överförts till bidragsramen från sjukförsäkringen. En tredje punkt gäller vissa justeringar av villkoren för utbetalning av skatteutjämningsbidraget.

Under 1994 genomförs bl.a. följande förändringar:

- skatteutjämningsavgiften avskaffas helt
- sjukvårdshuvudmännen övertar från försäkringskassan det direkta kostnadsansvaret för ersättning till försäkringsanslutna läkare och sjukgymnaster
- sjukvårdhuvudmännen får det finansiella ansvaret för det nationella husläkarsystemet

En särskild utredning skall föreslå ett reviderat system för utjämningsbidrag till landsting och landstingsfria kommuner (dir.1993:63).

Några reflektioner

Utvecklingstendenserna för närvarande, när det gäller statens bidrag till hälso- och sjukvården, uppfattar jag som följande.

Dels försöker man tydliggöra kostnadsansvaret för hälso- och sjukvården genom att minska "rundgången" av pengar mellan stat och landsting. Det innebär bl.a. att storleken på statsbidragen minskar.

Dels går man från många specialdestinerade statliga bidrag mot schabloniserade bidrag. Staten tillgriper istället i vissa fall lagstiftningen som styrinstrument.

Dels har staten ambitionen att justera de regionala olikheterna i skilda avseenden genom något system för utjämningsbidrag, om möjligt samordnat med systemet för utjämningsbidragen till kommunerna.

Trots de pågående förändringarna kan medborgarna, enligt min uppfattning, inte i dag se en klar koppling mellan den skatt de betalar och den sjukvård som tillhandahålls. I "krisens Sverige" har de flesta sjukvårdshuvudmän tvingats till mycket omfattande besparingsprogram. Lokala opinioner, personal- och patientprotester har gjort det mycket svårt för ansvariga politiker att fullfölja planerade neddragningar. Argumenten har ofta handlat om felaktiga prioriteringar inom den offentliga sektorn, att man skall värna om den offentliga sektorn, att man skall höja skatten för att rädda ett sjukhus etc.

Problemet för allmänheten är alldeles uppenbart att man inte vet varifrån pengarna till sjukvården kommer och därför inte heller kan föra en konstruktiv debatt med ansvariga politiker. Systemet med en landstingsskatt som går till en rad olika verksamheter (turism, trafik, kultur, utbildning, sjukvård m.m.) och statsbidrag som finansieras ur en mängd källor, gör att finansieringssystemet är helt ogenomträngligt – även för den som är ganska väl insatt i frågan.

En sjukvårdsförsäkring med tydliga rättigheter och skyldigheter för den enskilde och ett klart samband mellan uttagna sjukvårdsavgifter och sjukvårdsutbudet, skulle kunna lösa detta problem.

När det gäller de regionala olikheterna i förutsättningar måste dessa lösas även med en nationell sjukvårdsförsäkring. Mer om detta senare.

Finansieringen av en sjukvårdsförsäkring

Jag har i den tidigare diskussionen utgått ifrån att betalningen till försäkringen skall ske efter betalningsförmåga och vara oberoende av ålder och risk. Däri ligger solidariteten i systemet.

Professor Lars Söderström har i bilaga 4 till expergruppens rapport (SOU 1993:38) belyst olika sätt att finansiera sjukvården. Han skiljer mellan

AVGIFT	Betalning efter faktiskt vårdutnyttjande. Mer eller mindre kostnadstäckande/kostnadsspeglande.
PREMIE	Betalning efter förväntat vårdutnyttjande. Individuell eller kollektiv. Frivillig eller obligatorisk.
SKATT	Betalning oberoende av vårdutnyttjande. Obligatorisk. Differentierad efter betalningsförmåga o.d.

Med ovanstående definitioner skulle "avgift" inom sjukvården motsvara den patientavgift som patienten betalar i samband med läkarbesök etc.

I den modell för sjukvårdsförsäkring som skisseras i föreliggande utredning blir skillnaden mellan premie till försäkringen och skatt obetydlig. Detta beror på att "premien" skall betalas av alla och att premiens storlek är beroende av betalningsförmåga – inte av förväntat vårdutnyttjande.

Det är viktigt att hålla i sär de begrepp som nu används i den politiska debatten. Begreppet "sjukvårdsavgift" betyder i denna närmast vad Söderström definierar som "skatt". I föreliggande utredning används därför följande begrepp

PATIENT-AVGIFT	"Avgift" enligt Söderströms definition. Motsvarar i försäkringstermer "självrisk".
SJUKVÅRDS-AVGIFT	Försäkringsmässigt skulle detta motsvaras av "premie", men enligt Söderströms definition snarare en form av "skatt".

Med begreppet "sjukvårdsavgift" har man i den politiska debatten dock velat markera att det rör sig om en annan konstruktion än en traditionell "skatt".

I min försäkringsmodell står valet således mellan att förlita sig på den allmänna statliga beskattningen eller att införa en särskild sjukvårdsavgift. I det förra fallet behandlas sjukvården som vilken budgetpost som helst. Med en särskild sjukvårdsavgift ges sjukvården en särställning, som lämpligen understryks av att det bildas en separat sjukvårdsfond.

Med en särskild sjukvårdsfond och en härtill knuten sjukvårdsavgift blir sjukvårdens karaktär av ett långsiktigt försäkringsarrangemang tydlig. Med denna lösning skapas ett ur ekonomisk synvinkel autonomnt system där intäkter och kostnader skall balansera över tiden. Finansieringen av sjukvården läggs utanför statsbudgeten. Därmed kan man undvika att sjukvården blir en budgetregulator i statsbudgeten eller som nu i landstingsbudgeten.

För medborgarna innebär det en tydlighet så tillvida att sjukvårdsavgiften uteslutande går till att finansiera sjukvården och inget annat.

Frågan om funktion mm för en särskild fond för att finansiera sjukvården utreds i annan ordning på uppdrag av HSU 2000.

Den föreslagna sjukvårdsförsäkringen utgör en för landet gemensam försäkring i statlig regi. Avgiften är obligatorisk och betalas av den enskilde efter betalningsförmåga. Inbetalningen kan därför enklast ske i samband med den allmänna beskattningen. Sjukvårdsavgiften bör även kunna betalas in löpande på samma sätt som det preliminära skatteavdraget. Det är dock viktigt att avgiften i alla sammanhang redovisas skild från statlig och kommunal inkomstskatt för tydlighetens skull. Inbetalning i samband med beskattningen ger låga administrationskostnader.

Den allmänna sjukvårdsförsäkringen skall ha villkoren angivna i lag som beslutas av riksdagen. Riksdagen har också att fatta beslut om sjukvårdsavgiftens storlek med hänsyn till sjukvårdsfondens ekonomiska tillstånd.

Till finansieringen av sjukvården bidrar också – om även i ytterst begränsad omfattning – patientavgiften (i dag ca 2,5%). Patientavgiften får närmast ses som en försäkringsmässig "självrisk" och visst skydd mot överkonsumtion. Patientavgiften kan även i viss utsträckning användas för att styra patientströmmar.

För att skydda de patienter som av medicinska skäl måste ha kontinuerlig kontakt med sjukvården bör även i ett försäkringssystem finnas ett högkostnadsydd som finansieras inom försäkringens ram. Med hänsyn till att samma förutsättningar bör gälla för patienten oavsett var i landet vården sker, bör riksdagen även fastställa patentavgiftens storlek och villkoren för högkostnadsskyddet.

Som tidigare sagts förutsätts riksdagen besluta om patientens rättigheter inom ramen för försäkringen. Riksdagen förutsätts också besluta om skyldigheterna, dvs. i första hand sjukvårdsavgiftens storlek. Denna kan behöva varieras över tiden med hänsyn tagen till fondens ekonomiska tillstånd.

En fråga som fått aktualitet på sistone är vilket privatekonomiskt utrymme som finns för övergång till mera av egenavgifter. Den egentliga

anledningen till denna diskussion är förslaget om en ny finansieringsmodell för pensionssystemet. I detta fall blir det fråga om att skapa ett nytt löneutrymme genom att sänka arbetsgivaravgifterna. Det förutsätts att sänkningen av arbetsgivaravgiften direkt går till höjda löner för löntagarna som kompensation för individuella pensionsavgifter. Tveksamheter har uppstått huruvida det går att garantera att så sker i alla företag och branscher.

Enligt sina direktiv har även beredningen för en ny sjuk- och arbetsskadeförsäkring att pröva ett ökat inslag av egenavgifter. Även här blir det då fråga om en omfördelning mellan arbetsgivaravgifter och avgifter från löntagarna.

När det gäller den här skisserade sjukvårdförsäkringen bör detta problem inte bli lika stort. Drygt 80 procent av sjukvårdens totala kostnader finansieras i dag genom landstingsskatt. I ett system med sjukvårdsförsäkring bortfaller den del av landstingsskatten som avser sjukvård. Den enskilde kan använda detta utrymme för att erlägga sjukvårdsavgiften. Återstående del av finansieringsbehovet bör åtminstone delvis kunna täckas genom en finansiell samverkan mellan sjukförsäkringen och sjukvården. Med försäkringskassorna som administratörer av såväl sjukförsäkringen som sjukvårdsförsäkringen skulle sannolikt därigenom avsevärda effektiviseringvinster kunna hämtas hem i båda försäkringssystemen.

Finansiering av folkhälsoaktiviteter

Enligt gällande lagstiftning har sjukvårdens huvudmän det övergripande ansvaret för befolkningens hälsa och därmed för planering och genomförande av preventiva åtgärder. Våra kunskaper om orsaker till olika sjukdomar och skador ökar snabbt. Tillkomsten av Folkhälsoinstitutet bidrar till att den informationen utnyttjas för att förebygga sjukdomar och förbättra befolkningens hälsa. Förutsättningarna för detta är att nödvändiga resurser avsätts för prevention som har dokumenterad effekt och tillfredsställande kostnadseffektivitet. Mot denna bakgrund kan det övervägas om viss preventiv vård skall finansieras på annat sätt än via en sjukvårdsförsäkring.

Diskussionerna om en sjukvårdsförsäkring, som helt och hållet finansieras genom avgifter, riskerar att bortse från det viktiga folkhälsoperspektivet. Det kan vara ytterligare ett skäl att överväga andra finansieringsformer för folkhälsoarbetet. En naturlig aktör på det området borde vara socialförsäkringsadministrationen. De riktigt stora kostnaderna för ohälsa uppstår ju inte i sjukvården, de uppstår i socialförsäkringssystemet

(långtidssjukskrivning, förtidspensionering m.m.). Man kan räkna med att en enda person som får förtidspension vid 45 års ålder kostar samhället minst 2 miljoner kronor enbart i socialförsäkringskostnader. Därtill kommer kostnader för produktionsbortfall, ersättningsrekrytering m.m. Förtidspension för dessutom ofta med sig andra problem som kostnadsmässigt belastar den offentliga sektorn.

5.4 Försäkringens omfattning/patientens rättigheter

Skall försäkringen omfatta alla?

I dag omfattas alla svenska medborgare och de som ,utan att vara svenska medborgare, är bosatta i Sverige, av våra hälso- och sjukvårdsförmåner. Dessutom får sjukvården nya åtaganden med anledning av internationaliseringen, bl.a. EES-avtalet.

Patienten kan i dag få sin sjukvård till en förhållandevis mycket låg patientavgift. Däremot är flertalet med och finansierar sjukvården solidariskt genom i huvudsak landstingsskatten.

Vilka bör då omfattas av en ny sjukvårdsförsäkring? Det har till och från genom åren förekommit diskussioner om att dela upp ansvaret för olika åldersgruppers hälso- och sjukvård på olika huvudmän. Ett av argumenten har varit det starka sambandet för den yrkesverksamma befolkningen mellan sjukvårdskostnaderna och kostnaderna för sjukförsäkringen. Detta har tagits som intäkt för att diskutera att lägga ett totalansvar för sjukvårdskostnaderna och sjukförsäkringskostnaderna på en och samma huvudman för dessa åldersgrupper. Ansvaret för vården av barn och gamla skulle då kunna komma att läggas på en annan huvudman. Ett sådant system med olika finansieringskällor och kanske i förlängningen även skilda sjukvårdsorganisationer kan inte vara rationell. Risken är också stor att vården inte sker på samma villkor för alla. En bättre finansiell samordning mellan sjukförsäkring och sjukvård kan mycket väl utvecklas inom ett och samma system. Och detta på ett sätt som gynnar hela befolkningen – inte bara de yrkesverksamma.

I tidigare avsnitt redovisades bl.a. hur stor andel av sjukvårdens resurser som tas i anspråk av de äldre. Vi vill alla att sjukvården skall finnas tillhands den dag vi bäst behöver den. Det må vara när vi blir gamla, när vi råkar ut för sjukdom eller skada i de yrkesverksamma åldrarna eller när våra barn behöver vård. Den bästa garantin för att det blir så, är att sjuk-

vården finansieras solidariskt av alla efter förmåga och att sjukvården tillhandahålls efter patientens vårdbehov. Ett bra sätt att lösa detta är att finansieringen sker genom en allmän, obligatorisk solidariskt finansierad sjukvårdsförsäkring.

Expertgruppen redovisade i sin rapport ett alternativ i vilket det skulle vara tillåtet att gå ur en allmän försäkring för att istället skaffa sig ett alternativt skydd. Enligt min mening finns det ingen orsak att luckra upp ett system som bygger på solidaritet och allas medverkan genom att tillåta utträde. Efter en tid är då försäkringen varken obligatorisk eller solidarisk. Ett system med omfattande alternativa försäkringar eller tilläggsförsäkringar leder dessutom till risk för A- och B-lag bland patienterna. Så är t.ex. fallet i USA.

I Canada däremot, som har ett skattefinansierat sjukvårdsförsäkringssystem, har man valt att i lag förbjuda privata försäkringar på områden som täcks av den offentliga försäkringen. Ett skäl till detta är att man anser att privata försäkringar för basåtaganden skulle öppna en marknad för privata, vinstsyftande sjukhus. Det vill man inte ha i Canada. Produktionen av sluten hälso- och sjukvård sker där i huvudsak genom icke vinstsyftande sjukhus.

Grundskydd, eller heltäckande försäkringsskydd?

En fråga som naturligen kommer upp när ett försäkringsalternativ diskuteras är valfriheten i bemärkelsen av hur stort utrymme som finns för frivilliga försäkringar för sjukvård. Vanligtvis diskuteras i detta sammanhang att den solidariska finansieringen skulle avse viss grund- eller miniminivå och att utrymmet vid sidan av denna skulle täckas av frivilliga försäkringar. Vad man då förmodligen menar med grund-/miniminivå är att försäkringen skulle täcka den mest kostsamma akutsjukvården samt medicinskt motiverad vård vid långvarigt sjukvårdsbehov. Kostnaden för "vardagssjukvård" skulle den som vill kunna gardera sig mot genom att teckna frivilliga försäkringar. Debatten präglas dock av en brist på definition av vad olika debattörer menar med grundskydd, miniminivå m.m.

Den s.k. Prioriteringsutredningen har i sin första rapport "Vårdens svåra val" (SOU 1993:93) behandlat frågan om "grundskydd". Man är av den uppfattningen att den allra största delen av hälso- och sjukvårdens verksamhet bör vara gemensamt och solidariskt finansierad. Mot den bakgrunden finner utredningen det inte motiverat att införa begreppet grundtrygghet eller miniminivå.

Till detta kan läggas följande synpunkter. En effektiv sjukvård på lika villkor för hela befolkningen torde ge endast marginellt utrymme för tilläggsförsäkringar i offentlig eller privat regi. Med ett stort utrymme för tilläggsförsäkringar uppfylls knappast kravet "vård på lika villkor". Även inriktningen med en solidarisk finansiering luckras upp.

Vilka rättigheter har patienten/försäkringstagaren?

Ett försäkringssystem i snäv mening sägs ofta förutsätta "försäkringsmatematiska" samband mellan individers/gruppers prestationer och deras risker/kostnader. Då måste man också tydligt precisera vilka rättigheter individen har. Frågan om rättighetslagstiftning på sjukvårdens område utreds i annan ordning på uppdrag av HSU 2000.

När det gäller sjukvården handlar "rättigheterna" bl.a. om att fastställa för vilka sjukdomar som försäkringen finansierar behandlingen.

I det nuvarande svenska systemet saknas i stort sett sådana preciseringar. I princip innebär systemet att sjukvården behandlar inkommande patienter för de sjukdomar de drabbas av, förutsatt att de anses vara behandlingsbara enligt "vetenskap och beprövad erfarenhet" och att sjukvårdens resurser räcker till. Ibland har vårdens åtaganden gått längre än så, t.ex. när det gällt "färdigbehandlade" patienter. Samtidigt förekommer det vissa gränsdragningar när det gäller den offentliga vårdens åtaganden. De tydligaste har gällt rent kosmetiska behandlingar samt vissa behandlingar i utkanten av den etablerade medicinen (naturmedicin, zonterapi etc).

Även utomlands är det ovanligt att finna detaljerade "rättighetskataloger" som definierar vad sjukvården omfattar.

Den viktigaste restriktionen i det nuvarande svenska systemet ligger i budgetrestriktionerna. Räcker inte resurserna måste systemet prioritera mellan patienter med olika angelägenhetsgrad.

För att utreda frågan om hur sjukvården skall prioritera har regeringen tillsatt en särskild utredning, den tidigare nämnda s.k. Prioriteringsutredningen. Den har lämnat sin första rapport "Vårdens svåra val" (SOU 1993:93).

Utredningens uppgift är att överväga hälso- och sjukvårdens roll i välfärdsstaten och lyfta fram grundläggande etiska principer som kan ge vägledning och ligga till grund för öppna diskussioner om prioriteringar inom hälso- och sjukvården.

Utredningen belyser i sin första rapport hur prioriteringar sker på olika nivåer, tydliggör etiska principer och tar ställning till vilka som bör vara vägledande för prioriteringar inom hälso- och sjukvården.

Prioriteringsutredningen är av den uppfattningen att den allra största delen av hälso- och sjukvårdens verksamhet bör vara gemensamt och solidariskt finansierad.

Utredningen presenterar också en fem-skalig prioritetsgruppering på "politisk-administativ nivå". Denna torde vara en bra utgångspunkt för att precisera patientens rätt till kostnadsersättning från en allmän sjukvårdsförsäkring. De fem prioritetsgrupperna är:

I Vård av livshotande akuta sjukdomar och sjukdomar som utan behandling leder till invalidiserande tillstånd eller för tidig död. Vård av svåra kroniska sjukdomar. Palliativ vård (t.ex. smärtlindring) i livets slutskede. Vård av sjukdomar som medför nedsatt autonomi (självständighet, självbestämmande).

II Befolkningsbaserad prevention jämte hälsoundersökningar med dokumenterad kostnadseffektivitet.
Individinriktad prevention och habilitering/rehabilitering jämte hjälpmedelsförsörjning som inte är integrerade delar av vården.

III Vård av mindre svårt akuta och kroniska sjukdomar.

IV Vård av andra skäl än sjukdom.

V Egenvård tillräcklig. Lindriga besvär.

Prioriteringsutredningen föreslår att den gemensamt och solidariskt finansierade hälso- och sjukvården skall omfatta den medicinskt motiverade vården, dvs. diagnostik och därpå grundad medicinsk bedömning, vård på grund av sjukdom eller skada samt individinriktad prevention jämte hälsoundersökningar med dokumenterad kostnadseffektivitet.

Den befolkningsbaserade preventionen, liksom forskning, utvecklingsarbete, katastrofplanering och undervisning kräver dock enligt utredningen separat finansiering.

Även i ett försäkringssystem bör detta kunna vara utgångspunkten. Det skulle innebära att prioritetsgrupperna IV och V ovan inte skulle täckas av en sjukvårdsförsäkring. Prioriteringsutredningen exemplifierar prioritetsgrupp IV med insemination, hormonell stimulering och assisterande befruktning. Undersökning och information om orsaken till barnlöshet har dock samma prioritet som annan diagnostik. I grupp IV placeras även estetisk plastikkirurgi och tillförsel av tillväxthormon vid normal kortväxthet.

Vård utan medicinsk nytta har ställts helt utanför prioritetsgrupperingen.

När det gäller läkemedel och sjukresor bör de kunna kostnadstäckas av försäkringen enligt i princip nuvarande regler. Dock erfordras samma regler i hela landet, vilket inte är fallet i dag för t.ex. sjukresor.

Vem beslutar om "rättighetskatalogen"?

Av den tidigare beskrivningen har framgått att den här beskrivna sjukvårdsförsäkringen förutsätts vara en nationell försäkring med samma rättigheter och skyldigheter för den enskilde över hela landet. Jag har också utgått ifrån att försäkringen skall vara allmän och obligatorisk och att var och en erlägger avgifter efter förmåga.

Jag har även definierat begreppet "allmän försäkring" med att försäkringens villkor skall vara angivna i lag och gälla för alla som är bosatta i Sverige och vissa andra enligt internationella överenskommelser.

Av detta följer att Sveriges riksdag skall besluta om försäkringen, dess villkor både vad gäller patientens rättigheter (vilka sjukvårdskostnader försäkringen ersätter) och skyldigheter (avgifter etc.) samt regelsystemet i stort (t.ex. anslutningsregler för vårdgivare). Behövs mera detaljerade anvisningar bör regeringen kunna uppdra åt lämplig central myndighet, t.ex. RFV att utfärda sådana.

5.5 Den regionala rättvisan

En allmän sjukvårdsförsäkring, lika för alla i Sverige oavsett bostadsort, skulle kunna förvaltas och administreras enligt flera olika modeller.

En modell skulle kunna innebära att vårdgivarna enligt särskilda regler fick ersättning direkt från en nationell försäkringsfond, "den nationella modellen".

En annan modell skulle kunna innebära att försäkringspengarna förvaltades centralt för hela landet men fördelades regionvis, med hänsynstagande till regionala skillnader i befolkningssammansättning, kostnadsläge m.m., och därefter administrerades på det regionala planet, "den regionala modellen".

En "variant av den regionala modellen" vore att försäkringsavgifterna (-premierna) gick direkt till regionala försäkringsfonder och att såväl fondförvaltning som administration sköttes på det regionala planet.

Den nationella modellen

En näst intill fullständig lyhördhet för patientens önskemål skulle kunna åstadkommas genom att patienten förses med ett "betalkort", som täcker kostnaderna i hela Sverige för godkända sjukvårdsåtgärder hos valfri vårdgivare. En något restriktivare modell skulle innebära att vårdgivaren måste vara godkänd och kontrakterad av försäkringsadministrationen. I det förra fallet skulle begränsningarna endast bestå i att alla åtgärder inte är godkända samt eventuellt patientavgiftens storlek. I det senare fallet tillkommer den restriktionen att alla vårdgivare kanske inte är godkända och/eller kontrakterade.

Kostnadskontrollen skulle här ligga på nationell nivå. I praktiken skulle vi få samma brist på kostnadskontroll som vi har i socialförsäkringen. Efterfrågan bestämmer helt kostnaderna. Riksdagens uppgift skulle bli att vid behov öka intäkterna till försäkringen allteftersom efterfrågan, inte behoven av sjukvård förändras.

Även i en sådan modell skulle det behövas regionala administrationer för kontakter och förhandlingar med vårdgivarna, även om dessa skulle ske enligt strikta riktlinjer som fastställts på nationell nivå.

Den regionala rättvisan skulle i en sådan modell lätt komma att sättas ur spel. Vilka vårdgivare med ett mera specialiserat vårdutbud skulle våga etablera sig i norrlands inland när alternativet är att etablera sig i garanterat "lönsamma" områden i syd- och mellansverige? Där skulle sannolikt uppstå en överetablering, vars begränsning endast kunde sättas av "marknaden". Individens valfrihet skulle därmed inte gälla alla, utan bara de som är bosatta i befolkningstäta regioner.

Det är också svårt att se hur sjukvårdens strukturfrågor skulle kunna hanteras. Modellen saknar organ med uppgift att tillhandahålla vård på lika villkor.

Till detta skall läggas att den nationella modellen begränsar den demokratiska styrningen och kontrollen till riksdagens lagstiftning om försäkringsvillkoren.

Systemet har incitament för hög produktivitet, men inte för hög effektivitet och kvalitet.

Mot bakgrund av ovanstående utvecklas inte den nationella modellen vidare.

Den regionala modellen

"En vård på lika villkor" förutsätter (även om vi aldrig når dit fullt ut) enligt min mening att finansieringen av hälso- och sjukvården fördelas regionvis. Skall denna fördelning kunna få en styrande effekt måste det också finnas kostnadstak för varje region.

I ett sådant system fastställer riksdagen för en 3 till 5-årsperiod ett kostnadstak för hela försäkringen. Riksdagen fastställer också en däremot svarande sjukvårdsavgift samt eventuellt också differentierade patientavgifter.

Den totala kostnadsramen fördelas sedan till respektive region enligt en fördelningsmodell som speglar regionens vårdbehov och kostnadsläge. Inom landstingsvärlden finns flera intressanta modeller för behovsbaserad fördelning av resurser inom landstinget. Kanske kan någon av dessa överföras till nationell nivå.

Även på den statliga sidan finns olika system för utjämningsbidrag. Finansdepartementet har också tillkallat en särskild utredning med uppdrag att föreslå ett reviderat system för utjämningsbidrag till landsting och landstingsfria kommuner. Inriktningen på arbetet skall vara att utforma ett förslag till utjämningssystem för landsting som bättre överensstämmer med utjämningssystemet för kommunerna. Kanske ett sådant system skulle kunna anpassas och användas för fördelning av sjukvårdsförsäkringen till respektive regioner.

Den regionala administrationens uppgift blir att, inom givna kostnadsramar, inhämta anbud och upphandla den hälso- och sjukvård som motsvarar befolkningens behov.

För detta krävs givetvis en särskild kompetens. Den medicinska kompetensen krävs bl.a. för att värdera och följa upp kvaliteten i vårdutbudet. Epidemiologisk kompetens krävs bl.a. för att följa befolkningens hälsosituation och vid behov föreslå åtgärder. Ekonomisk kompetens fordras för en professionell upphandling och löpande kostnadskontroll. AU-kompetens behövs för att skapa en effektiv och resurssnål administration, bl.a. med hjälp av ADB-lösningar.

Denna kompetens finns redan på det regionala planet. Det handlar närmast om att samla kompetenserna i en liten effektiv organisation med uppgiften att vara ett lyhört kansli för att ta fram underlag för beställning av hälso- och sjukvårdstjänster på det regionala planet.

Individens valfrihet blir i den här modellen större än i den rent nationell modellen. Genom den regionala kostnadsfördelningen får alla, oavsett var de bor, en hygglig tillgång till hälso- och sjukvård. För dem som vill söka vård i annan region skall dessutom gälla "en gränslös sjukvård".

I modellen har staten, genom försäkringsadministrationen, det så kallade tillhandahållandeansvaret. Den regionala modellen förordas för en djupare analys.

En variant av den regionala modellen

En variant av den regionala modellen skulle vara att försäkringen, såväl förvaltas som administreras på det regionala planet. Med ett sådant system tas dock ett steg bort från kravet på lika villkor för patienten, oavsett bostadsort. De olika regionala fonderna skulle sannolikt förvaltas olika framgångsrikt. Det skulle i sin tur medföra antingen behov av olika försäkringsavgifter (-premier) i regionerna eller olikt sjukvårdsutbud eller båda delarna. För att minska modellens olägenheter och åstadkomma flexibilitet, torde det vara nödvändigt att ha endast ett fåtal regioner.

Det demokratiska inflytandet från den lagstiftande församlingen, riksdagen, skulle också minska markant, beroende på att beslut om de olika regionala försäkringsfondernas finansiering i detta system måste fattas regionalt. Även om den lösningen skulle kunna innebära ett ökat regionalt demokratiskt inflytande, är det bl.a. tveksamt om kriterierna för en allmän sjukvårdsförsäkring med villkor fastställda i lag, skulle kunna uppfyllas. Modellen är knappast ett bra alternativ till landstingsmodellen, varför den inte utvecklas vidare.

Regionernas storlek

Om man skall klara en effektiv upphandling av sjukvårdstjänster och en bra kostnads-, effektivitets- och kavalitetskontroll bör regionerna inte vara alltför stora, vare sig befolkningsmässigt eller geografiskt. Förutsättningarna skiljer sig dock i olika delar av landet.

I vissa delar skulle det kunna räcka med att sammanföra 2–3 av de nuvarande läns- eller landstingsområdena till en region. I andra delar, med förhållandevis korta avstånd och stort utbud av sjukvårdsresurser, behöver regionerna vara större för att man bl.a. skall kunna åstadkomma erforderliga strukturförändringar.

Frågan om hur olika delar av den offentliga förvaltningen lämpligen bör regionaliseras är som bekant föremål för utredning och diskussion i flera olika sammanhang, såväl på nationell nivå som på lokal och regional nivå.

5.6 Ersättningssystemet, kostnads- och kvalitetskontroll m.m.

Som tidigare framhållits har snart hälften av landets sjukvårdshuvudmän infört beställar/utförarmodell för sjukvården. Ett intensivt utvecklingsarbete pågår för att skapa de verktyg som behövs för att få en fungerande beställarstyrning och en riktig kostnadsfördelning mellan sjukvårdshuvudmännen vid tillämpningen av en gränslös sjukvård, vårdgarantier m.m. De olika modellerna och ersättningsprinciperna har ofta barnsjukdomar vilka dock förutsätts kunna bli botade successivt.

En eventuell övergång till en finansiering av hälso- och sjukvården via en sjukvårdsförsäkring måste naturligtvis ses långsiktigt. Under tiden kommer det att – inom det nuvarande sjukvårdssystemet – utvecklas allt bättre ersättnings- och kontrollsystem. Dessa kan med stor säkerhet överföras till ett framtida system med en sjukvårdsförsäkring som finansieringskälla och en renodlad regional beställarorganisation. Det kan därför inte vara meningsfullt att här och nu försöka utveckla dessa frågor i detalj. Istället redovisas i det följande kortfattat en skiss på hur ersättningssystemet mm. skulle kunna se ut utifrån det aktuella kunskapsläget.

Den beställarstyrning som vuxit fram under senare år har i stor utsträckning byggt på ersättning efter prestation. I den offentliga sjukvården har denna ersättningsform knappast förekommit tidigare eftersom anslagsfinansiering varit den helt förhärskande ersättningsformen. I dag förs en omfattande diskussion om olika former för prestationsersättning. Bl.a. är man intresserad av att få grepp om vårdkostnaden för färdigbehandlad patient, snarare är kostnad per vårddag, läkarbesök etc. I ett system med ersättning per färdigbehandlad patient finns incitament till såväl effektivisering som utveckling av nya och bättre metoder, vilka saknas i en ren prestationsersättning. Svårigheterna med detta angreppssätt är att samla relevant information utan att det kräver uppbyggnad av stora komplicerade och dyrbara administrativa system.

När det gäller ersättning för den slutna vården diskuteras DRG:s lämplighet. DRG står för diagnosrelaterade grupper. Det verkar som om flertalet insatta bedömare anser att DRG som pris- och klassificeringsverktyg inte är fulländat, men att det ändå är det bästa som finns tillgängligt.

Med hjälp av fasta DRG-priser, som sätts för ett år i taget och som är specifika för varje sjukhus, skapas en konkurrenssituation mellan sjukhusen.

För att åstadkomma någon form av kostnadskontroll bör priserna endast gälla upp till ett visst försäljningsbelopp eller en viss volym som avtalats

med beställaren. Överskrids denna gräns ersätts vårdgivaren med ett lägre belopp för dessa tjänster, t.ex. med 30% av priset.

För att motverka ett alltför utpräglat produktionstänkande kan man även tänka sig en kombination av fast ersättning och ersättning efter prestation. Ett sådant system ger bättre utrymme för resultattänkande och utveckling av bättre metoder i vården.

Den öppna specialistläkarvården kan ersättas med den typ av mera schabloniserad läkarvårdstaxa som föreslagits bli införd för privatpraktiserande läkare. Man kan också tänka sig särskilda vårdavtal mellan beställaren och vårdgivaren (bolag, kooperation etc) där ersättningen kan bestå av en kombination av fast ersättning och prestationsersättning. Även här skall finnas ett ersättningstak för att beställaren skall kunna utöva kostnadskontroll.

Husläkare och/eller läkare med motsvarande funktion bör kunna ersättas enligt kapitationsmodellen om denna visar sig infria förväntningarna. Kapitationsmodellen är idag inte en enhetlig modell när det gäller innehållet i ersättningen. Erfarenheterna får utvisa vilka komponenter som bör ingå i kapitationsersättningen.

Vårdinsatser av andra än läkare kan ersättas enligt särskilda vårdavtal med beställarna och/eller efter fastställda taxor.

Ett beställar – utförarförhållande kan utformas enligt strikta ekonomiska villkor, men det kan också utformas som ett dynamiskt samspel mellan beställare och utförare. För min del anser jag att det sistnämnda förhållandet skall gälla i samspelet mellan försäkringsadministrationen och vårdgivarna. Målet skall vara att varje vårdgivare skall se sin viktiga roll i systemet och känna ansvar också för helheten. Samspelet mellan försäkringsadministrationen och vårdgivare skall ha en långsiktig karaktär där diskussioner om och utvärdering av kvalitet i vården och metodutveckling skall ha en framträdande plats.

Riksdagen har beslutat att fr.o.m. den 1 januari 1994 skall fri etableringsrätt gälla för privatpraktiserande specialistläkare och sjukgymnaster som bedriver verksamheten på heltid. Vederbörande skall få ersättning från sjuvårdshuvudmannen enligt vårdavtal om sådant träffas. I annat fall har vårdgivaren rätt att få ersättning från sjukvårdshuvudmannen enligt en särskild, på nationell nivå, fastställd taxa. Försäkringskassan skall för landstingets räkning administrera utbetalningarna.

Riksdagsbeslutet är för närvarande föremål för debatt beträffande konsekvenserna i olika avseenden. I ett system med en sjukvårdsförsäkring för finansiering av vården och med en tydlig beställarfunktion med ansvar för vårdens kvalitet och kostnader, blir en fullständig etableringsfrihet med rätt för vårdgivaren att få ersättning från försäkringen, komplicerad att hantera.

Ett av de främsta syftena med försäkringslösningen är att vidga möjligheterna till konkurrens, i första hand för att öka patienternas valfrihet, men också för att förbättra effektiviteten. Å andra sidan torde det var ett starkt intresse från medborgarna att hålla kostnaderna och därmed avgifterna till försäkringen nere. I beställaransvaret ligger således även ansvar för kostnadsutvecklingen.

Det är möjligt att dessa båda synbarligen motstridiga intressen kan förenas om man kan finna instrument för att värdera och säkra kvaliteten i vården. Etableringsfriheten skulle då kopplas till en speciell ackreditering, liknande den som växer fram i USA när det gäller sjukvården eller den som börjar vinna mark även i Sverige, hittills dock företrädesvis inom de tekniska områdena.

I ett fungerande sådant system skulle patienterna genom sina val av vårdgivare avgöra vilka vårdenheter som får möjlighet att utvecklas och vilka som måste avvecklas. Detta förutsätter naturligtvis en stor lyhördhet från beställarens sida och en fungerande effektivitets- och kvalitetskontroll.

6 Administrationen

6.1 Inledning

I det föregående har föreslagits att sjukvårdsförsäkringen skall vara en allmän försäkring med lika villkor i hela Sverige. Vidare skall riksdagen besluta om försäkringsvillkoren, såväl vad gäller patientens rättigheter inom försäkringens ramar som vad gäller försäkringsavgifter(-premier), patientavgifter, högkostnadsskydd etc. Även om försäkringen förutsätts ligga utanför statsbudgeten, bör det finnas ett starkt intresse från statsmakten av att ha direkt kontroll över såväl fondförvaltning som beställarfunktionen/administrationen. Sjukvårdsförsäkringen har karaktär av att vara en nationalstatsangelägenhet.

I det följande behandlas administrationen medan förvaltningen av en eventuell fond lämnas för utredning i annat sammanhang.

Föreliggande förslag bygger på en regional administration av en nationell sjukvårdsförsäkring. Enligt direktiven skall försäkringen såväl finansieras som administreras i offentlig regi. Eftersom försäkringen är en allmän, rättighetsbaserad försäkring, som i vissa stycken liknar socialförsäkringen, ligger det nära till hands att pröva de allmänna försäkringskassorna som administratörer även av en sjukvårdsförsäkring.

6.2 Försäkringskassornas organisation

Försäkringskassorna är självständiga offentligrättsliga organ med egna styrelser. De har en starkt decentraliserad organisation. Försäkringskassorna finns representerade med för närvarande 374 lokalkontor i landet, vilket innebär minst ett kontor i varje kommun.

Till verksamheten finns knutet ett starkt förtroendemannainflytande. Det finns 167 socialförsäkringsnämnder med tillsammans ca 1 200 förtroendevalda som fattar beslut i många enskilda försäkringsfrågor av stor betydelse för den enskilde. Det finns också 25 styrelser med 155 förtroendevalda

för ledning av verksamheten. För dessa finns även ersättare.

Försäkringskassornas uppgifter är av nationalstatskaraktär. De ekonomiska trygghetsanordningarna som utvecklats från "basverksamheten", sjuk- och pensionsförsäkringarna, utgår från att de försäkrade, oavsett bosättningsort i landet, på lika villkor ska komma i åtnjutande av sin lagstadgade rätt till ekonomisk ersättning. Den utveckling som kan skönjas sker sannolikt som ett resultat av strävan att i olika dimensioner "renodla" socialförsäkringarna. I pågående förändringsarbete eftersträvas en större försäkringsmässighet i socialförsäkringarna.

Utvecklingslinjen för försäkringskassorna

* Förmåner på lika villkor oavsett bosättningsort
* Utveckling mot utökad försäkringsmässighet
* Brett demokratiskt inflytande

Utvecklingslinjerna stämmer alltså väl även mot kraven på en regionalt förankrad administratör av en allmän, obligatortisk sjukvårdsförsäkring.

Basen för försäkringskassornas verksamhet är lokalkontoren, minst ett i varje kommun. Det är också på denna nivå som försäkringskassorna har de flesta av sina samarbetspartners (arbetsgivare, hälso- och sjukvård, arbetsmarknadsmyndigheter, socialtjänsten, arbetsmarknadens parter m.fl.). Försäkringskassan har i den yrkesinriktade rehabiliteringen här en pådrivande och samordnande roll. Försäkringskassans nuvarande geografiska ansvarsområde sammanfaller med landstingens och de landstingsfria kommunernas. Verksamheten leds från ett centralkontor. Här finns ledningsuppföljnings- och stödfunktioner för lokalkontoren. Centralkontoret ansvarar också för de länsgemensamma kontakterna med hälso- och sjukvård, arbetsmarknadsmyndigheter, arbetslivsfond, yrkesinspektion m.fl. Även intresseorganisationer som handikapporganisationer m.fl. Centralkontoren utgör också den naturliga länken mellan den centrala nivån och den lokala.

Det övergripande ansvaret för en försäkringskassas verksamhet åvilar dess styrelse som är politiskt sammansatt. Regeringen utser ordförande och vice ordförande medan respektive landsting (landstingsfri kommun) utser övriga ledamöter jämte suppleanter. Personalrepresentanter är adjungerade till styrelsen.

Socialförsäkringsnämnderna däremot har inget ledningsansvar. De avgör frågor om rätt till förtidspension för enskilda försäkrade, ersättning för arbetssjukdom, rätt till livränta, handikappersättning, vårdbidrag m.m. Nämnderna har sju ledamöter, varav ordföranden utses av regeringen. Av

övriga ledamöter utses tre av landstingsfullmäktige (kommunfullmäktige) och tre av Riksförsäkringsverket efter förslag från arbetsmarknadens parter.

6.3 Rikförsäkringsverket

Riksförsäkringsverket är central förvaltningsmyndighet för socialförsäkringen och anslutna bidragssystem.

Riksförsäkringsverket skall bl.a.

- svara för den centrala ledningen och för tillsynen av de allmänna försäkringskassornas verksamhet
- verka för att socialförsäkrings- och bidragssystemet tillämpas likformigt och rättvist samt att aktiva åtgärder vidtas för att minska behovet av långa sjukskrivningar och förtidspensioneringar
- se till att allmänheten får en tillfredsställande service och information om trygghetsanordningarna
- vidta de åtgärder som behövs för förvaltningen av Riksförsäkringsverkets fonder
- följa utvecklingen av de olika grenarna inom trygghetssystemet och utvärdera trygghetsanordningarnas effekter för individ och samhälle.

Tillsynsansvaret när det gäller sjukvården ligger i dag på Socialstyrelsen. Jag utgår ifrån att så också blir fallet med ett försäkringssystem. Frågan om Riksförsäkringsverket eller Socialstyrelsen bör vara tillsynsmyndighet för Försäkringskassornas beställarorganisation får övervägas i särskild ordning, liksom konsekvenserna för försäkringskassorna av ett eventuellt delat tillsynsansvar.

6.4 Försäkringskassornas kompetens som beställarorganisation

Försäkringskassan har minst ett lokalkontor i varje kommun. Där handläggs och beslutas självständigt de allra flesta socialförsäkringsfrågorna av tjänstemän eller socialförsäkringsnämnd.

Varje lokalkontor har ett väl utvecklat samarbete med arbetsgivarna i

kommunen i bl.a. rehabiliteringsfrågor. Det finns i allmänhet också ett organiserat samarbete med företrädare för företagshälsovården, den lokala sjukvården, socialtjänsten, arbetsförmedlingen m.fl. Försäkringskassan har i rehabiliteringsfrågor en samordnande och pådrivande roll.

Detta redan existerande samarbets- och kontaktnät skulle mycket väl även kunna bli uppsamlare av lokalbefolkningens behov av olika hälso- och sjukvårdsinsatser. Man skulle på den vägen också kunna få en uppfattning om hur lokalbefolkningen upplever hälso- och sjukvårdens tillgänglighet, service, kvalitet etc. Försäkringskassans lokalkontor skulle regelbundet kunna samla in dessa uppgifter, lägga till egna erfarenheter och efter avstämning i socialförsäkringsnämnden rapportera iakttagelser och bedömningar till försäkringskassans ledning.

I detta sammanhang får man heller inte glömma att varje lokalkontor även förfogar över medicinsk expertis i form av förtroendeläkare. Dessa gör försäkringsmedicinska bedömningar på grundval av läkarintyg, läkarutlåtanden, samtal med behandlande läkare etc. Därigenom finns även en direktkontakt på medicinsk bas mellan sjukvården och försäkringskassan. Erfarenheter från denna samverkan bör givetvis också tas tillvara i den ovan nämnda rapporteringen till försäkringskassans ledning.

Inom landstingen finns idag s.k. förtroendenämnder, vars uppgifter är att på olika sätt hjälpa patienter som inte är nöjda med hur de behandlats av sjukvården eller av dess personal. Försäkringskassans socialförsäkringsnämnder skulle på det kommunala planet kunna uppfylla denna roll.

När det gäller försäkringskassans kompetens på regional nivå, dvs. kompetens att samla och bedöma information om befolkningens hälsosituation, analysera och bedöma lokalkontorens rapporter om befolkningens behov av hälso- och sjukvård, analysera och bedöma vårdgivarnas verksamhetsredovisningar, utarbeta beslutsunderlag för beställning av hälso- och sjukvård, genomföra förhandlingar och följa upp överenskommelser m.m., behövs kompletteringar.

Den kompetens som saknas hos försäkringskassorna regionalt finns dock i huvudsak på det regionala planet vid landstingens centrala kanslier/-beställarkanslier. Utan att gå in närmare på kompetenskraven kan dock nämnas några behov.

- Medicinsk och epidemiologisk kompetens för värdering av såväl behovsanalyser som inkomna anbud, inte minst vad gäller vårdmetoder och kvalitet. En svårighet kan här bli att en bred medicinsk kompetens erfordras och att denna torde behöva hämtas ur producentleden. Med någon typ av medicinskt kollegium bör dock eventuella särintressen kunna motverkas.

- Sjukvårdsekonomisk kompetens för professionell kommunikation och förhandling med vårgivare.
- Administrativ kompetens finns i stor utsträckning hos försäkringskassorna. De s.k. Dagmar-förhandlingarna, men även möjligheterna för kassorna att köpa yrkesinriktade rehabiliteringstjänster, har visat att försäkringskassorna förfogar över denna typ av kompetens, men den behöver vidareutvecklas och fördjupas för att klara en större komplexitet. Här blir det närmast fråga om behov av resursförstärkning.

6.5 Försäkringskassans geografiska ansvarsområde

Försäkringskassornas geografiska ansvarsområden sammanfaller med sjukvårdshuvudmännens, utom i Skåne där försäkringskassorna i Malmöhus län repektive Malmö kommun nyligen gått samman.

Som tidigare diskuterats under avsnittet "Regional rättvisa" kan det visa sig nödvändigt att försäkringsadministrationen ansvarar för ett större befolkningsområde än de nuvarande kassaområdena för att t.ex. kunna klara strukturella förändringar i sjukvården. Åtminstone två vägar är då möjliga att gå.

Den ena vägen är att två eller flera försäkringskassor samverkar när det gäller beställarfunktionen genom att ha en gemensam "försäkringsbudgetram", ett gemensamt beställarkansli, uppträda gemensamt i beställnings-, utvecklings- och kontrollfunktionen mm. Detta torde vara fullt möjligt efter viss anpassning av gällande lagar och författningar. Respektive försäkringskassas suveränitet när det gäller socialförsäkringen skulle då inte påverkas.

Den andra vägen kan vara att två eller flera kassor går samman särskilt om också andra skäl än beställarfunktionen talar för detta. Sådana skäl kan vara rent ekonomiska för att minska overheadkostnaderna, eller bero på en förändrad regional förvaltning, till vilken kassorna måste anpassa sig. Som tidigare framhållits förs långtgående diskussioner om sådana förändringar i flera delar av landet.

Försäkringskassornas nuvarande geografiska indelning behöver således inte lägga hinder i vägen för att anförtro försäkringskassorna administrationen av en eventuell framtida sjukvårdsförsäkring.

6.6 Administrationskostnader

Det är naturligtvis helt omöjligt att i nuvarande läge ens uppskatta vilka kostnader som skulle uppkomma om försäkringskassorna fick administrera en sjukvårdsförsäkring av den här skisserade modellen. Emellertid bör uppmärksammas att förslaget bygger på en existerande tjänstemannaorganisation, sånär som på delar ev ett beställarkansli. Det finns även ett brett demokratiskt inflytande såväl på regional nivå som på det lokala. Basresurserna finns således redan.

7 Den demokratiska styrningen och kontrollen

7.1 Den nationella nivån

I tidigare avsnitt har jag föreslagit att riksdagen skall besluta om regelsystemet och om de ekonomiska ramarna för sjukvårdsförsäkringen. Det innebär att riksdagen fastställer patientens försäkringsskydd i form av vilka hälso- och sjukvårdsåtgärder, läkemedel, sjukresor m.m., som försäkringen täcker kostnaderna för. Riksdagen fastställer också storleken på den egenavgift (sjukvårdsavgift) som skall betalas till försäkringen samt de patientavgifter som patienten skall betala vid vårdtillfället. Vidare fastställer riksdagen det kostnadstak som skall gälla för de totala sjukvårdskostnaderna under kommande period.

Jämfört med hur sjukvårdsfrågorna beslutas i dag innebär förslaget således en betydande centralisering till den nationella nivån. Denna centralisering kompenseras dock till en del av ett regionalt och lokalt förtroendemannainflytande när det gäller att bedöma befolkningens vårdbehov och att styra resurstilldelningen med hänsyn till detta. Skälet till att jag valt att beskriva denna modell är att ett av syftena med försäkringslösningen skulle vara en större rättvisa över landet. För att kunna uppfylla det syftet så långt som möjligt krävs enligt min åsikt en enhetlig reglering av rättigheter och skyldigheter för patienterna (försäkringstagarna).

7.2 Den regionala nivån

På den regionala nivån har försäkringskassans styrelse att fatta beslut om fördelningen av en given ekonomisk ram på olika hälso- och sjukvårdsverksamheter och på olika vårdgivare. Underlag för dessa beslut har

samlats in och bearbetats på många vägar. En viktig väg är via de förtroendevalda på kommunal nivå i försäkringskassans socialförsäkringsnämnder.

I det fall två eller flera försäkringskassor samverkar, utan att gå samman, i en beställarfunktion, får man tänka sig att en särskild gemensam politiskt sammansatt beställarstyrelse tillsätts.

Även i den beskrivna försäkringsmodellen är det således ytterst viktiga och för befolkningen mycket betydelsefulla beslut som skall fattas av förtroendevalda på den regionala nivån. Hit hör bl.a. hälso- och sjukvårdens strukturfrågor. Jag har inte närmare utvecklat hur dessa kan tacklas i ett försäkringssystem. Jag ser nämligen inte hur en försäkringsfinansiering i sig, på något avgörande sätt skulle lösa dessa problem. I varje demokratiskt styrt organ, oavsett finansieringssystem, handlar det närmast om avvägningen mellan det rationella beslutet och det politiskt möjliga. Väljarnas tryck kommer även styrelsen för försäkringskassan behöva ta hänsyn till.

Det är den regionala politiska nivån, som på statens uppdrag, har uppgiften att tillhandahålla hälso- och sjukvård på ett rättvist sätt.

7.3 Den lokala nivån

Det demokratiska inflytandet på den lokala nivån föreslås således ske genom de förtroendevalda i försäkringskassans socialförsäkringsnämnder. Där sitter förtroendevalda med hög kompetens när det gäller förhållandena för enskilda människor med sjukdom, skada eller handikapp. Således människor som är beroende av hälso- och sjukvården. Lägger man till detta mitt förslag att nämnderna även skall vara "förtroendenämnder" enligt landstingens modell, byggs kompetensen på ytterligare. Genom nämndledamöternas erfarenhet och kunnande kan försäkringskassan således få lokalt förankrat underlag för ställningstaganden beträffande utformningen av vården.

8 Finansiell samordning mellan socialförsäkringen och hälso- och sjukvården

Behovet av samverkan mellan olika samhällssektorer blir allt större. Till detta bidrar inte minst de pressade ekonomiska förutsättningarna. På senare år har även krav kommit på och även vissa möjligheter öppnats för också en finansiell samordning. En sådan, mellan huvudmän med närliggande verksamheter men med olika finansiell bas, kan vara en väg för att få till stånd en mer kostnadseffektiv användning av tillgängliga resurser. Därmed kan även välfärdsvinster för enskilda uppnås.

Sambanden mellan hälso- och sjukvården å ena sidan och socialförsäkringen, främst sjuk- och arbetsskadeförsäkringen samt förtidspensionen, är väl kända. Sjukvården och socialförsäkringen har till stora delar samma målgrupp. Underlaget för försäkringskassans beslut om sjukpenning, förtidspension m.m. kommer från sjukvården. Skiften i behandlingsmetoder och brister i vårdkapaciteten är exempel på företeelser som snabbt får genomslag i socialförsäkringens kostnadsutveckling.

År 1991 infördes en särskild statlig ersättning till sjukvårdshuvudmännen med 400 mkr för att öka kapaciteten inom hälso- och sjukvården för rehabiliterings-och behandlingsinsatser. Denna ersättning, som utgick från sjukförsäkringen, avsågs bidra till att sänka det s.k. ohälsotalet. Den kom att kallas Dagmar 400.

Ersättningen utbetalas först sedan försäkringskassan och sjukvårdshuvudmannen kommit överens om hur medlen bäst skall användas för att människor snabbare skall kunna komma tillbaka till arbetslivet eller till ett aktivt liv i övrigt. För 1994 uppgår ersättningen till 510 mkr.

Erfarenheterna från Dagmarsamarbetet är positiva. I rapporten DAGMAR 400 har Riksförsäkringsverket och Landstingsförbundet

redovisat uppföljningsresultatet av hur de särskilda Dagmarersättningarna har använts under år 1991. I denna konstateras sammanfattningsvis att de olika sjukvårdshuvudmännen och försäkringskassorna hade valt delvis olika vägar, insatsområden och prioriteringar av gemensamma projekt. Oavsett den valda strategin redovisade man överlag en snabb och väsentlig förbättring av tillgängligheten och rehabiliterings- och behandlingskapaciteten inom hälso- och sjukvården. Utbetalningarna från socialförsäkringen, i form av utbetalningar för inkomstbortfall till enskilda, minskade med ett belopp som minst motsvarade storleken på den särskilda ersättningen till respektive sjukvårdshuvudman.

Samverkan har också lett till att medvetandet har ökat dels om vikten av att kunna mäta och bedöma effekter av olika insatser, dels om hur förhållanden inom vården och sjukförsäkringen påverkar varandra. Metoder för uppföljning och utvärdering har också diskuterats och utvecklats.

Erfarenheterna, även från senare gjorda uppföljningar, talar för en fortsatt, även finansiell, samverkan mellan sjukförsäkringen och sjukvården. I en modell där försäkringskassorna administrerar såväl socialförsäkringen som en sjukvårdsförsäkring, borde ytterligare effektivitetsvinster kunna uppnås.

Inom ramen för de s.k. FINSAM-försöken (prop. 1991/92:105) pågår för närvarande särskilda försök med finansiell samordning mellan socialförsäkring och hälso- och sjukvård. I försöken, som bedrivs på fem platser i landet, prövas en finansiell samordning i den meningen att medel för sjukförsäkringen får användas mer flexibelt varvid sjuktalets utveckling får betydelse för sjukvårdshuvudmannens ekonomi. Syftet med den finansiella samordningen är att få båda systemen att fungera mer effektivt så att medborgarna får bättre vård samtidigt som samhällets totala kostnader för socialförsäkringsförmåner och hälso- och sjukvård för den del av befolkningen som är i yrkesverksam ålder minskar.

Grundidén med den finansiella samordningen i FINSAM är att ett mer samlat kostnadsansvar skall förstärka motivationen hos beslutsfattare och verkställare att välja handlingsalternativ som sammantaget är de mest effektiva. I försöken ges sjukvårdshuvudmannen ett delansvar för kostnadsutvecklingen i sjukförsäkringen. Genom att huvudmannen tillsammans med försäkringskassan också görs delaktiga i resultatet på så sätt att de får del i en vinst eller förlust skapas också incitament för aktiva insatser.

Rent tekniskt är försöken upplagda så att en finansiell ram fastställs för varje försöksområde bestående av summan av hälso- och sjukvårdens budget för området och beräknade ersättningar från sjuk- och arbetsskadeförsäkringen i vad avser sjukpenning, arbetsskadesjukpenning samt rehabiliteringsersättning. Sjukvårdshuvudmannen får i princip ansvaret för den

finansiella ramen, men särskilda regler som överenskoms mellan parterna avgör hur ansvaret delas med försäkringskassan. Försöksuppläggningen tillåter även att en särskild lokal nämnd med företrädare från sjukvårdshuvudmannen och försäkringskassan utses för ledningen av verksamheten. Från socialförsäkringens andel av den finansiella ramen får ett visst belopp användas för satsningar inom hälso- och sjukvården som bedöms leda till kortare sjukskrivningsperioder och därmed till minskade socialförsäkringsutgifter. Resultatet avgörs av om förbrukade medel från socialförsäkringen i ett försök under- eller överstiger motsvarande medel i ett kontrollområde.

FINSAM-försöken pågår under perioden 1993–1995. De har sålunda inte pågått under mer än knappt halva tiden. Det är därför för tidigt att dra säkra slutsatser om resultatet av dem. Ekonomisk resultatberäkning för år 1993 pågår för närvarande. Den information som föreligger indikerar dock positiva resultat i försöksområdena i vad avser utbetalningarna från socialförsäkringen. Redan nu kan sägas att försöken på flera håll avsevärt förbättrat samarbete och planering mellan intressenterna. Detta har lett till att ett flertal aktiviteter kommit igång som även på sikt bör kunna leda till goda resultat.

FINSAM-försöken utvärderas centralt av Riksförsäkringsverket och Socialstyrelsen. En slutlig utvärdering skall presenteras under år 1996 efter avslutade försök. Lägesrapporter kommer årligen att presenteras i juni.

Utvidgade försök med finansiell samordning, som innebär att även socialtjänsten involveras, kan väntas starta. Regeringen har i prop 1994/95:205 angett hur sådana försök kan läggas upp. Enligt propositionen kommer de att få bedrivas under perioden den 1 juli 1994 till utgången av år 1997.

9 Avslutande kommentarer

Syftet med denna utredning är inte att ge en uttömmande beskrivning av alla konsekvenser, problem och möjligheter, som en övergång till en försäkringsmodell skulle föra med sig. Syftet är istället att, på ett någorlunda konkret sätt, beskriva hur själva systemet skulle kunna se ut.

Det innebär att det krävs fördjupade utredningar och överväganden på en rad områden, om man vill gå vidare med tanken att införa en allmän sjukvårdsförsäkring. Exempel på sådana områden är följande:

* Hur skall den offentliga hälso- och sjukvården drivas?
* Vad innebär försäkringslösningen för landstingens existensberättigande?
* Hur skall anläggningstillgångar överföras till nya huvudmän?
* Hur påverkar internationaliseringen en försäkringslösning?
* Hur sker tillsynen av försäkringsadministrationen respektive hälso- och sjukvården?
* Hur finansieras folkhälsoaktiviteter?
* Är försäkringskassan en bra administration för sjukvårdsförsäkringen även sedan administrationen av pensionssystemet och sjuk- och arbetsskadeförsäkringarna bestämts?
* Sammansättning och val av försäkringskassans styrelse?
* Hur finansieras klinisk forskning och utveckling?

Bilaga 1: Expertgruppens rapport

1 Inledning

Föreliggande utredning skall enligt direktiven utgå från rapporten "Hälso- och sjukvården i framtiden – Tre modeller", rapport från expertgruppen till HSU 2000 (SOU 1993:38). I det följande ges ett kort referat av vissa delar av expertgruppens synpunkter med särskild relevans till det nu aktuella uppdraget.

Expertgruppen hade till uppgift att vidareutveckla och självständigt analysera tre olika finansierings- och organisationsmodeller för sjukvården. Dessa benämns

* Reformerad landstingsmodell
* Primärvårdsstyrd vård
* Obligatorisk sjukvårdsförsäkring

För att ge bredast möjliga underlag för den parlamentariska kommitténs fortsatta ställningstaganden valde expertgruppen ett arbetssätt som innebar en renodling av de tre modellerna med avseende på huvudmannaskap, finansieringsform och organisation.

2 Bakgrund

Inledningsvis konstateras i expertgruppens rapport att intresset för att diskutera den svenska hälso och sjukvårdens organisation och finansiering har ökat markant under de senaste åren. Innovationskraften i det medicinska systemet leder till att nya metoder utvecklas och introduceras. Detta medför att fler människor kan bli hjälpta, men bidrar också till att förändra inriktningen på sjukvårdssystemet, t.ex. genom kortare vårdtider och genom att människor högre upp i åldrarna kan behandlas. I en tid av

svag samhällsekonomisk tillväxt uppstår svårigheter för sjukvården att anpassa sig till nya förutsättningar.

Expertgruppen menar vidare att hälso- och sjukvårdssystemet har vissa utmärkande drag, där framför allt tredjepartsfinansieringen är en framträdande egenskap. Oberoende av om den tredje parten är en offentlig myndighet eller en försäkringsinstitution har denna en viktig roll i systemet genom behovet av att utöva kontroll över vårdproducenter i avseende på kostnader och kvalitet. Systemet med tredjepartsfinansiering skall inte bara omfördela mellan friska och sjuka utan även klara att omfördela resurser över tiden, då den förväntade konsumtionen av sjukvårdstjänster är mycket ojämnt fördelat över livscykeln.

3 Förutsättningar och kriterier för expertgruppens jämförande analys

Av direktiven till expertgruppen framgår att utformningen av de tre modellerna skall vara förenliga med två principer

* vård på lika villkor
* en i huvudsak offentlig finansiering

Vidare har den jämförande analysen gjorts utifrån följande kriterier

* valfrihet
* etableringsfrihet o konkurrens
* demokratisk kontroll
* kostnadskontroll o kostnadseffektivitet
* administrationkostnader

4 Obligatorisk sjukvårdsförsäkring

Av de tre olika finansierings- och organisationsmodellerna som expertgruppen analyserat, redovisas här enbart modellen för obligatorisk sjukvårdsförsäkring.

En offentlig sjukvårdsförsäkring kan, enligt rapporten, utformas enligt ett flertal olika principer. En grundläggande frågeställning i modellen är avvägningen mellan konkurrens och monopol i administrationen av sjukvårdsförsäkringen. Ett alternativ är en nationell sjukvårdsförsäkring till vilken samtliga medborgare är anslutna. Alla medborgare omfattas således av ett enhetligt kontrakt.

Ett annat alternativ är att låta flera försäkringsgivare offentliga eller privata administrera samma enhetliga kontrakt. Försäkringsgivarna får en rent administrativ funktion, och denna lösning medför inte någon större förändring för medborgarna vad gäller innehållet i försäkringskontraktet.

En helt annan situation uppstår emellertid om försäkringsgivarna kan erbjuda medborgarna olika kontrakt. Det blir då möjligt att etablera konkurrens mellan olika försäkringsgivare, och det offentliga engagemanget vad gäller sjukvårdsförsäkring och produktion av hälso- och sjukvård förändras då mera genomgripande.

Expertgruppen valde att som huvudalternativ diskutera en situation där sjukvårdsförsäkringen administreras av försäkringsgivare med monopol inom geografiska regioner.

Grundläggande för denna modell är att den avser ett försäkringsskydd, där skyldigheter och rättigheter för de inblandade parterna är mera specificerade än i de övriga två modellerna landstingsmodellen och primärvårdsmodellen. En offentlig finansiering i en sjukvårdsförsäkringsmodell innebär att grundläggande egenskaper hos en traditionell försäkring försvinner. En obligatorisk sjukvårdsförsäkring som är lagreglerad innebär att medborgarna inte utsätts för individuell riskbedömning (som är fallet vid en privat försäkring), utan risken fördelas solidariskt på ett större kollektiv, som är nationens samlade befolkning. I detta avseende avviker naturligtvis modellen från en traditionell försäkring.

Uppgiften för den politiska nivån är att bestämma vilka rättigheter försäkringen skall omfatta och vilka intäkter som krävs för att uppfylla dessa rättigheter samt fastställa sjukvårdsutgifternas storlek under kommande budgetår. Det betyder att riksdagen varje år fattar beslut om storleken på sjukvårdens intäkter och utgifter. Genom att hålla dessa beslut skilda från administrationen av försäkringen ges förutsättningar för en stabil långsiktig finansiering och kostnadskontroll. Administrationen av försäkringen åläggs att agera inom den beslutade utgiftsramen när kontrakt sluts med olika vårdgivare.

I likhet med den primärvårdsstyrda modellen medför en modell med sjukvårdsförsäkring en förändring av ägar- och styrformer för sjukhusen. I jämförelse med dagens landstingsägda sjukhus och vårdcentraler kommer vårdgivarna i ett försäkringssystem att agera fritt utifrån de restriktioner som ges av en offentlig reglering av etablering, konkurrensförutsättningar och försäkringsgivarnas finansiella villkor. Det är samtidigt uppenbart att försäkringsadministrationen måste agera med kraftiga styrmedel gentemot vårdgivarna. Det gäller såväl principerna för ersättning som möjligheterna till att selektivt kontraktera vårdgivare. Försäkringsadministrationen avgör självständigt vilka kontrakt som skall upprättas med vårdgivare, och påverkar därmed försäkringstagarnas valmöjligheter.

En form av individuell anpassning inom ramen för en offentlig sjukvårdsförsäkring är enligt expertgruppen att ge möjligheter till individuella tilläggsförsäkringar. Tilläggsförsäkringarna kan avse vård som inte täcks av den offentliga försäkringen. Dessa tilläggsförsäkringar skulle kunna tillhandahållas av såväl den offentliga sjukvårdsförsäkringen som privata försäkringsgivare.

En annan form av individuell anpassning inom ramen för ett offentligt åtagande skulle enligt expertgruppen kunna vara en möjlighet för individen att utträda ur den offentliga försäkringen. Individen får då teckna en privat sjukvårdsförsäkring. Med utgångspunkten att den som väljer att utträda inte skall vinna något privatekonomiskt är fördelen med utträdet en möjlighet att påverka sitt försäkringsskydd.

5 Jämförelse mellan modellerna

Expergruppen anger att för vissa jämförelskriterier är skillnaderna små mellan modellerna eller omöjliga att fastställa. För ställningstagandet till fördelar och nackdelar med de tre modellerna kan det dock vara av vikt att uppmärksamma några kriterier där det föreligger skillnader.

Det finns dock en uppenbar svårighet att referera expertgruppens analys på denna punkt eftersom flertalet läsare förmodligen inte har innebörden av de båda andra modellerna helt aktuell. Helt kort kan dock sägas beträffande:

Valfrihet

Expertgruppen anser att de största möjligheterna för individen att välja vårdgivare finns inom försäkringsmodellen i olika utformningar.

Etablering och konkurrens

Förutsättningarna för en etableringsfrihet är störst inom en obligatorisk sjukvårdsförsäkring där försäkringsadministrationen inte har något ägaransvar utan har möjligheter att fritt teckna avtal med olika vårdgivare.

Demokratisk kontroll

I samtliga modeller kommer det politiska inflytandet att vara stort beträffande sjukvårdens reglering, finansiering, utgifternas storlek samt

försäkringssyddets omfattning. Det politiska inflytandet utövas emellertid på olika nivåer i modellerna. I ett helintegrerat system som den reformerade landstingsmodellen har politikerna i sin roll som ägare stora möjligheter till såväl insyn som möjligheter till direkt inflytande över verksamheten. I den primärvårdsstyrda vården och med en försäkringslösning kommer den demokratiska kontrollen att utövas genom insyn och uppföljning och i mindre grad ge politikerna möjligheter till direkt styrning av verksamhetens inriktning.

Kostnadskontroll och kostnadseffektivitet

Erfarenheter visar att försäkringsadministrationer utan ägaransvar har svårigheter att kontrollera totalkostnaderna inom sjukvården. I försäkringslösningen är taxor och kontrakt det avgörande styrmedlet för försäkringsadministrationen, medan beställarenheter i landstingsmodellen även kan utnyttja administrativa instrument för att kontollera kostnaderna. Även den primärvårdsstyrda vården ställs inför problem att via avtal styra sjukhusvården.

Administrationskostnader

Även om storleken på administrationskostnaderna i de tre modellerna är svåra att bedöma anser expertgruppen det sannolikt att den primärvårdsstyrda modellen kommer att kräva mera av administrativa aktiviteter än de båda övriga modellerna.

6 Slutsatser

Slutligen anger expertgruppen ett antal problem eller frågor som man vill fästa uppmärksamhet på inför utredningens fortsatta arbete. Dessa gäller oavsett vilken modell som väljs.

1) Sjukvårdens finansiering på kort och lång sikt

Det är viktigt att landstingens kortsiktiga finansiella problem inte får oacceptabla konsekvenser för sjukvården. En plan för sjukvårdens roll i återställandet av balanserna i de offentliga finanserna måste utarbetas. På lång sikt måste sjukvården tillförsäkras en stabil finansiering som gör att konjunkturella variationer kan absorberas. Det förutsätter ett entydigt klargörande var ansvaret för finansieringen skall ligga.

2) Sjukvårdens strukturproblem

Strukturen inom svensk sjukvård är ett resultat av den medicinska teknologi som utvecklades under 1950- och 1960-talen med ett starkt behov av vårdplatser inom den slutna akutsjukvården. Förändringar i sjukdomspanoramat liksom förändringar i den medicinska teknologin har inneburit ett starkt reducerat behov av vårdplatser. Vinsterna av denna utveckling har ännu inte tagits hem och sjukvårdens struktur har inte anpassats till den nya situationen. Expertgruppen anser att en sådan reform måste lösas över länsgränserna. Behovet av detta måste uppmärksammas på nationell nivå.

3) Etablerande av fristående producenter

Det är i dag inte möjligt att bedöma vilken som är den bästa eller önskvärda vårdstrukturen för svensk sjukvård, t.ex. fördelningen mellan privata och offentliga producenter. Sjukvårdens produktionsstruktur bör dock baseras på självständiga producenter med klart ansvar för kostnader och kvalitet.

4) Effektivitet och ansvar

Effektivitet och klara ansvarsförhållanden är två mål som fått ökad vikt inom sjukvården. För att kunna planera, styra och följa upp verksamheten krävs förbättrade informationssystem av kostnader och kvalitet. Ökade resurser måste satsas på utvärderingar inom sjukvården som integrerar kliniska, ekonomiska och sociala aspekter, inklusive konsekvenserna för patienternas livskvalitet, av alternativa användningar av sjukvårdens resurser.

5) Aktiv styrning från beställarsidan

Erfarenheterna visar tydligt att en etableringsfrihet för vårdgivare i kombination med ett passivt agerande från köparsidan leder till problem med kostnadskontroll och kostnadseffektivitet. De enheter som förhandlar och avtalar med vårdgivarna måste ges förutsättningar att styra dessa via åtgärder som selektiv kontraktering, uppföljning och kontroll av kostnader och kvalitet.

KUNGL. BIBLIOTEKET 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. Allemanssparandet – 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.

Statens offentliga utredningar 1994

Systematisk förteckning

Statsrådsberedningen

Om kriget kommit... Förberedelser för mottagande av militärt bistånd 1949-1969 + Bilagedel. [11]

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]

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]

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]

Kommunikationsdepartementet

På väg. [15]
Citytunneln i Malmö. [78]
Trafiken och koldioxiden – Principer för att minska trafikens koldioxidutsläpp. [91]
Miljözoner för trafik i tätorter. [92]

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]
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]

Statens offentliga utredningar 1994

Systematisk förteckning

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]

Jordbruksdepartementet

Förstärkta miljöinsatser i jordbruket – svensk tillämpning av EG:s miljöprogram. [82]
Levande skärgårdar. [93]

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]

Näringsdepartementet

Pantbankernas kreditgivning. [61]

Arbetsmarknadsdepartementet

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

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 naturresursdepartementet

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]
Trade and the Environment – towards a sustainable playing field. [76]
Kart- och fastighetsverksamhet – finansiering, samordning och författningsreglering. [90]

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

ISBN 91-38-13732-1
ISSN 0375-250X