

# Dags att skrota landstingens finansieringsmonopol!

**För att säkra kostnadseffektivitet och valfrihet samt för att slå vakt om solidaritetens mål måste sjukvårdfinansieringen i Sverige ske av självständiga allmänna sjukkassor, som endast har sjukvårdsfinansiering som sin specialitet.**

Till skillnad från de flesta andra europeiska länder har Sverige en lång tradition av en stark offentlig sjukvård. Denna dominans kan inte enbart förklaras av det socialdemokratiska partiets hegemoni under 1900-talet.

Rötterna till den offentliga sjukvårdspolitiken sträcker sig ända till Gustav Vasa. Reformationen var den hävvarm Vasa behövde för att göra staten stark och kyrkan svag, men den olyckliga och knappast avsedda konsekvensen blev en försämrad sjukvård.

Gustav Vasa förstatligade den karitativa sjukvård som de katolska kyrkan fram till dess så framgångsrikt bedrivit. Med reformationen började den process som under olika regenter, intressegrupper och politiska partier gjort svensk sjukvård till en nästan uteslutande offentlig angelägenhet.

## Starka landsting uppstod

Det offentliga inflytandet förstärktes ytterligare genom inrättandet av landstingen år 1862. Landstingens huvuduppgift bestod i att bedriva lasarettssjukvård, vilket lade grundstenen till det som skulle bli det andra kännetecknet för svensk sjukvård: den stationära dominansen.

Särskilt sjukvårdens expansion under 1960- och 1970-talen gick i stor-sjukhusens tecken. Tidigare fripraktiserande läkare inkorporerades i ett offentligt sjukvårdssystem med institutionen – sjukhuset – som mötesplats för *samtliga* sjukvårdsbehov. Att landstingen redan från begynnelsen fick rätten att uppbära skatt gjorde dem inte bara ekonomiskt starka utan också relativt självständiga.

I denna sjukvårdsstruktur med en offentlig finansiering och en offentlig

produktion fanns det inget utrymme för privata institutioner. Privata vårdgivare har och har alltid haft det svårt i Sverige, men särskilt under landstingens expansiva perioder har de missgynnats av det offentliga monopolet på finansieringssidan.

## Nya vindar på 1980-talet

Till följd av landstingens besvärliga ekonomiska situation förbättrades dock villkoren för den privata sjukvården under den senare delen av 1980-talet. Alternativa produktionsformer kom på dagordningen, och till och med bannlysta ord som »konkurrens» och »effektivitet» hördes.

Under endast ett par års tid ändrades de politiska förutsättningarna inom sjukvården på ett märkligt sätt. Landstingen inledde en förnyelseprocess av den offentliga vården med marknadsliknande styrsystem och organisationer. I början av 1990-talet riktade till och med socialdemokraterna kritik mot en alltför ensidig offentlig sjukhusverksamhet. Skillnaderna i partitillhörighet hade därmed suddats ut i sak – kvar blev endast gradskillnader i synsätten.

## »Produktion i olika former»

Den sjukvård vi har idag bestäms utifrån Hälso- och sjukvårdslagen och – måste man tillägga – dess tolkningar. Ur portalparagrafen om medborgarnas tillgång till sjukvård på lika villkor har uttolkats ett deterministiskt samband mellan offentlig finansiering och offentlig produktion. Denna oreflekterade härledning är numera ett minne blott.

»Svensk hälso- och sjukvård skall vara skattefinansierad och demokratiskt styrd», hävdas det i ett av senare tids betänkanden från Socialdepartementet, men med tillägget att »produktionen kan däremot ske i olika former» (SOU 1997:179, sidan 17). Detta konststycke, att kombinera ett totalansvar med *outsourcing* av vissa produktionsfunktioner, har åstadkommit genom att tillskriva landstingen ett »beställar- och finansieringsansvar» i stället för ett produktions- och finansieringsansvar.

Numera måste landstingen tydligt separera sitt beställar- och finansie-

## DEBATT

*»Denna form av konkurrensneutralitet är inte bara naivt tänkt utan betvivlas starkt av privata entreprenörer som upplever landstingens upphandlingar i praktiken. Vilka landstingspolitiker är beredda att stänga en avdelning och avskeda personal bara för att en privat entreprenör offererar billigare vård?»*

## Författare

PER-JOHAN HORGBY

ekon dr; forskar om försäkringar vid Institut für Versicherungsbetriebslehre der Universität Hannover, Tyskland.

ringsansvar från den egna produktionen. Därmed skall den nödvändiga konkurrensneutraliteten mellan landstingens interna produktion och andra producenter garanteras.

## Sann konkurrensneutralitet?

Denna form av konkurrensneutralitet är inte bara naivt tänkt utan betvivlas starkt av privata entreprenörer som upplever landstingens upphandlingar i praktiken. Vilka landstingspolitiker är beredda att stänga en avdelning och avskeda personal bara för att en privat entreprenör offererar billigare vård?

Om privata vårdgivare skall ha någon chans på artificiella sjukvårdsmarknader måste de inrikta sig på områden där landstingen för närvarande saknar kapacitet. Alternativet är att satsa på nischer som landstingen ännu inte har inmutat.

## Anbud med asymmetrier

Även anbudsförfarandet ger landstingen fördelar. Landstingens anbud är kalkylerade endast utifrån marginalkostnader, vilket i och för sig är förståeligt när man har sin produktionskapacitet till reds och kan äska medel till investeringar från särskilda budgetar. En privat vårdgivare saknar dock dessa möjligheter.

För att överleva måste den privata vårdgivaren se till att den sjukvård som produceras idag genererar tillräckligt med överskott för att täcka framtida investeringsbehov. Utöver rörliga kostnader måste därför en privat anbudsgivare kalkylera med avskrivningar och investeringar.

Denna asymmetri i anbudsförfarandet liksom avsaknaden av förutsättningar för en reell konkurrensneutralitet är systemimmanenta i dagens landstingsstyrda sjukvård.

## Ansvarsområden måste skiljas

Då till och med departementsskrifterna utgår från att privata vårdgivare är bra och viktiga komplement till den offentligt producerade sjukvården, råder det inga tvivel om att privat sjuk-

vård är här för att stanna. Kvarstår endast att lösa hur samverkan mellan olika driftsformer och finansiärer skall fungera.

Jag hävdar att så länge som landstingen förblir hälso- och sjukvårdens huvudmän – dvs så länge som produktions- och finansieringsansvaret för hälso- och sjukvården åligger samma politiska organ – kommer skevheterna i konkurrensneutraliteten och anbudsgivningen att kvarstå. Om inte finansieringsansvaret skiljs från produktionsansvaret finns inte tillräckliga förutsättningar för framgångsrika marknadsliknande arrangemang.

Det naturliga steget är därför att upplösa landstingen i deras nuvarande form.

För att säkra kostnadseffektivitet och valfrihet måste finansieringen i stället ske av en tredje part, dvs självständiga sjukvårdsförsäkrare. För att slå vakt om solidaritetens mål bör dessa vara självständiga *allmänna* sjukförsäkringar, som endast har sjukvårdsfinansiering som sin specialitet.

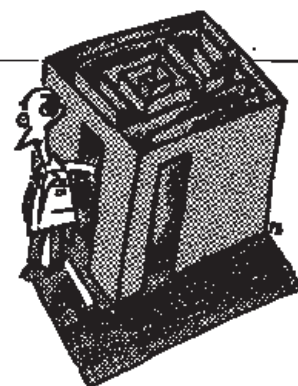
## Politisk välvilja får ej styra

Innan detta har blivit löst kommer privata entreprenörer i Sverige att slåss från underläge. På sikt är en sådan fördelning inte hållbar. Vill vi på allvar förändra villkoren för privata vårdformer – de må kyrkliga, icke-kommersiella eller vinstorienterade vårdgivare – måste finansieringsmöjligheterna bedömas efter kvalitets- och kostnadskriterier, inte utifrån politisk välvilja.

Politiskt styrda organisationer som landstingen har delvis andra mål än att säkra en god vårdkvalitet till lägsta kostnad. Landstingen är därför inte lämpade att bära det finansieringsansvar de en gång blivit tilldelade.

## Referens

1. Klara spelregler. En förutsättning för samverkan mellan offentlig och privat hälso- och sjukvård. Socialdepartementet: Slutbetänkande av Delegationen för samverkan mellan offentlig och privat hälso- och sjukvård (SOU 1997:179).



**enligt  
min  
erfarenhet**

## Läkartidningens serie 1990–1992 i särtryck

När konsensus saknas om hur läkaren bör behandla, spelar den beprövade erfarenheten stor roll. Det 48-sidiga häftet innehåller 32 korta, praktiskt inriktade artiklar med anknytning till vårdens vardag och vänder sig till alla kliniskt verksamma läkare. Förutom diagnostik med terapi speglas goda exempel på prevention, ledningsfrågor och administration.

Pris 55 kr. Vid 11–50 ex 50 kr, vid högre upplagor 47 kr/ex.

Beställ här:

..... exemplar av  
Enligt min erfarenhet

Namn .....

Adress.....

Sändes till Läkartidningen,  
Box 5603, 114 86 Stockholm

Märk gärna kuvertet med  
»Enligt min erfarenhet»

Beställning per fax:  
08-20 76 19