

## 5 Äldreomsorg i förändring – knappare resurser och nya organisationsformer

*Marta Szebehely*

### 5.1 Fokus på förändringar

Den svenska äldreomsorgen har under 1990-talet genomgått en rad förändringar. Vissa grundläggande principer står dock fast: 1998 antog riksdagen en nationell handlingsplan för äldrepolitiken där det slås fast att äldreomsorgen skall vara ”solidariskt finansierad genom skattemedel” och ”tillgänglig efter behov, inte efter köpkraft” (Regeringens proposition 1997/98:113 s 1). År 1998 tog således riksdagen ställning för att några av den skandinaviska socialpolitiska modellens karaktärsdrag ska fortsätta att vara vägledande för äldreomsorgen: enligt de officiella målen ska den svenska äldreomsorgen också fortsättningsvis vara offentligt finansierad och inte skiktad efter klasstillhörighet. I denna mening är den ideologiska inriktningen av den svenska äldreomsorgen oförändrad. Inte heller äldrepolitikens övergripande mål har förändrats. Honnörord i den nationella handlingsplanen som ”trygghet”, ”oberoende” och ”inflytande” är samstämmiga med tidigare målformuleringar liksom med socialtjänstlagens principiella formuleringar.

Parallellt med dessa uttryck för kontinuitet vad gäller officiella målsättningar har det samtidigt också skett ideologiska förskjutningar under 1990-talet, inom äldreomsorgen liksom inom andra välfärdsområden. Den offentliga sektorns roll som utförare av omsorgstjänster har ifrågasatts, och alternativa utförare har betonats. Det gäller såväl *den informella sektorn* (anhöriga och andra närstående), *frivilligsektorn* som *marknadssektorn*. Under det senaste årtiondet har en viss marknadsorientering av kommunernas verksamheter ägt rum. 1992 års förändring av kommunallagen innebar att kommunerna fick större frihet att fatta beslut om bland annat driftsformer, interna styrformer och brukaravgifter. Denna lagändring innebar en förstärkning av en redan pågående trend av organisationsförändringar inspirerade från det privata

näringslivet. Allt fler kommuner har infört nya styrformer som beställar- och utförarmodeller, resultatenheter och prestationsbaserade finansieringssystem. Med både ekonomiska och ideologiska argument har konkurrensutsättning av verksamheterna uppmuntrats, och alternativa driftsformer har ökat i omfattning (Montin 1997). Också språket inom den offentliga verksamheten har blivit mer marknadsinfluerat: för äldreomsorgens del har detta på sina håll tagit sig uttryck i att skröpliga äldre har kommit att betraktas som kunder på en omsorgsmarknad, tjänsterna har blivit produkter ("produkten tillsyn" eller "produkten daglig hygien", jämför Eliasson-Lappalainen och Szebehely 1998), och arbetsledarna har blivit controllers eller produktionschefer.

De nya organisationsformerna har fått starkt genomslag inom äldreomsorgen. Delad organisation, innebärande att myndighetsutövning/biståndsbedömning har skilts från verkställighet, förekom 1999 i hälften av landets kommuner. 1991 förekom detta i endast en kommun (Socialstyrelsen 1999a). Alternativa driftsformer är inte lika vanligt förekommande men snabbt ökande: mängden offentligt finansierad äldreomsorg i privat drift har nästan trefaldigats mellan 1993 och 1999, och omfattar idag cirka nio procent av de äldre med äldreomsorgsinsatser (aa). Under senare delen av 1990-talet har ett antal stora aktiebolag trätt fram på äldreomsorgens område, och 1999 svarade de fyra största aktörerna för hälften av den entreprenaddrivna verksamheten (aa, se även Montin 1997 och Svenska Kommunförbundet 1999a).

Ädelreformen som trädde i kraft 1992 har också inneburit en stor organisatorisk förändring av äldreomsorgen. Genom reformen övergick det samlade ansvaret för äldreomsorgen till kommunerna, vilket bl.a. medförde att drygt 30 000 sjukhems-/långvårdsplatser överfördes från landstingen till kommunerna. Kommunerna fick också ett betalningsansvar för medicinskt färdigbehandlade patienter inom somatisk sjukvård och geriatrisk vård. Genom psykiatrireformen 1995 utökades detta betalningsansvar till att också gälla psykiatrisk vård.

Att följa och värdera vad som händer inom ett område som äldreomsorgen är komplicerat. Det är inte självklart vilka indikatorer på verksamhetens omfattning och utformning som är de viktigaste ur ett välfärdsperspektiv. Man kan vara intresserad av att följa hur mycket *resurser* som används till äldreomsorg, t.ex. genom att beräkna hur mycket offentliga medel som avsätts till verksamhetens olika delar eller hur många anställda som arbetar inom olika verksamhetsfält. När det gäller de tjänster som utförs inom äldreomsorgen kan både verksamhetens *täckningsgrad* och *intensitet* vara av intresse, t.ex. genom att följa hur många som får olika slags insatser, men också hur mycket var och en får (t.ex. antal hemhjälpstimmar per hjälpmottagare eller hur många som får sjukvårdande insatser respektive hjälp med hemmets

skötsel). Man kan vara intresserad av insatsernas *kvalitet* ur en rad aspekter, t.ex. hur tillfredsställda de äldre är med den hjälp de får, eller hur många liggsår eller flerbäddsrum som förekommer inom sjukhemsvården. Personalitet i förhållande till vårdtyngd – som en förutsättning för omsorgens kvalitet – kan också vara viktigt att följa. Det kan också finnas anledning att följa äldreomsorgens *fördelning* och studera skillnader mellan kommuner eller mellan grupper av äldre (t.ex. män/kvinnor, rika/fattiga, inrikes-/utrikesfödda). En näraliggande fråga, men med en viktig förskjutning av fokus, är att intressera sig för den grupp som inte får del av den offentliga äldreomsorgen: vilka är de, har de otillfredsställda hjälpbehov eller löser de sina omsorgsbehov på annat sätt.

Denna uppräknings, som inte gör anspråk på att vara komplett, gör det tydligt att en heltäckande bild av äldreomsorgens förändringar under 1990-talet knappast är möjlig att åstadkomma. Det finns stora kunskapsluckor inom alla områden, men mer inom vissa än inom andra. Myndigheternas kunskap om verksamheterna baseras till stor del på offentlig statistik, och det finns mer statistikuppgifter om resurstilldelning och äldreomsorgens omfattning än om verksamhetens kvalitet och fördelning. Detta ligger delvis i frågornas karaktär: det är lättare att mäta kostnader och antal hjälpmottagare än att mäta hur olika gruppers behov av vård och omsorg tillfredsställs. Men den mer eller mindre fragmentariska bilden av äldreomsorgens förändringar beror också på att det inte finns någon självklar politisk enighet om vilka indikatorer som är viktiga att studera, inte heller om vilka förändringar som är viktiga att bevaka.

När det gäller statsmaktens ambitionsnivå i bevakandet av förändringar kan man konstatera att Ädelreformen har setts som en viktig organisatorisk förändring. På regeringens uppdrag har därför Socialstyrelsen lagt ner ett stort arbete för att utvärdera konsekvenserna av denna reform. Den förändrade kommunallagen och de stora ideologiska och organisatoriska förändringar som den ökade marknadsorienteringen har inneburit har däremot inte åtföljts av motsvarande tydliga utvärderingsinitiativ från regeringens sida. Kunskapen om förekomsten av nya ekonomistyrningssystem är därför mycket begränsad. I ännu högre grad gäller detta kunskapen om eventuella konsekvenser för äldreomsorgens hjälpmottagare och personal av dessa nya styrsystem och av det ökade anlitaandet av entreprenader.

Det kan också konstateras att större kraft har lagts på att försöka mäta äldreomsorgens kvalitet för den grupp som fortfarande omfattas av tjänsterna (t.ex. genom att kommunerna genom tillägg i socialtjänstlagen 1998 ålagt ansvaret att ”kvalitetssäkra” sin verksamhet), än

att följa hur den grupp klarar sig som står utanför den offentliga omsorgen.

### 5.1.1 Statistikkällor

Det finns reguljära och regelbundna statistikuppgifter om olika delar av äldreomsorgen åtminstone sedan 1960-talet, vilket möjliggör att i tids-serier av varierande längd följa äldreomsorgens förändring ur flera aspekter. När det gäller särskilda boendeformer för äldre<sup>1</sup> finns det förutom uppgifter om antal boende också uppgifter om bostadsstandard och institutionernas storlek. När det gäller hjälp i hemmet finns det uppgifter om antal personer som får hemtjänst, men också uppgifter om hjälpens intensitet: antal hjälptimmar respektive andel med hjälp på kvällar och helger.<sup>2</sup> Den offentliga statistiken om äldreomsorgens olika delar har dock ändrats på relativt avgörande punkter vid flera tillfällen under 1980- och 1990-talen. 1998 genomfördes den senaste, relativt omfattande, statistikförändringen. Uppgifterna om antal personer som bor i särskilda boendeformer 1998 kan inte jämföras med tidigare år; och uppgifterna om antal personer med hjälp i hemmet har endast begränsad jämförbarhet med tidigare år. Uppgifterna om antal hjälptimmar per hjälpmottagare inom hemtjänsten kan inte jämföras bakåt i tiden, och uppgifter om andel hjälpmottagare med hjälp på kvällar/nätter och helger har inte samlats in. Detta innebär att uppgifterna om äldreomsorgens täckningsgrad och intensitet år 1998 endast i mycket begränsad omfattning kan jämföras med åren dessförinnan (Socialstyrelsen 1999c).

Förändringar kan vara nödvändiga för att anpassa statistik till organisatoriska och innehållsliga förändringar av verksamheter, men innebär samtidigt stora svårigheter när det gäller att följa en verksamhet över tid, och försvårar också internationella jämförelser. Täta förändringar minskar också tillförlitligheten, eftersom varje förändring inne-

<sup>1</sup> Beteckningen "särskilda boendeformer" infördes i samband med Ädelreformen och omfattar både traditionella institutioner som sjukhem eller ålderdomshem, och mer moderna former av institutioner och kategoribostäder som gruppboenden för dementa och servicehus. I den offentliga statistiken redovisas efter 1992 endast "särskilda boendeformer", vilket således är en ganska vid kategori omfattande både traditionell institutionsvård med heldygnsoomsorg och servicehuslägenheter där hjälpen ges i form av hemtjänst och där vissa av de boende behöver mycket omfattande insatser, medan andra inte behöver någon service alls.

<sup>2</sup> För statistiksammanställningar om äldreomsorgen se SCB 1991, Socialstyrelsen och SCB 1993, Socialstyrelsen 1996a samt Socialstyrelsen 1999b.

bär att kommunernas rutiner för uppgiftslämning måste ändras. Det är särskilt olyckligt att 1998 års förändring av äldreomsorgsstatistiken försvårar en uppföljning av effekterna av de extra statsbidrag som från 1997 och fem år framåt har avsatts för skola, vård och omsorg.

## 5.2 Resurser inom sjukvård och äldreomsorg

Flera bedömare uppger att det är svårt eller omöjligt att få en rättvisande bild av utvecklingen av de samlade ekonomiska resurserna för äldreomsorgen. En orsak är att definitioner m.m. i räkenskapssammandraget har ändrats och att olika kommuner tillämpar olika bokföringssätt. Ett annat problem är att kommunernas kostnader för äldreomsorg och för insatser för yngre med funktionshinder inte har redovisats åtskilt. Ett tredje problem är huvudmannaskapsförändringarna (Ädelreformen 1992, handikappreformen 1994 och psykiatrireformen 1995) vilka innebär att vård- och omsorgsuppgifter i olika omgångar har förts över från landstingen till kommunerna (för diskussion av svårigheterna att beräkna kostnaderna se t.ex. Svenska Kommunförbundet 1999b s 29, Anell m.fl. 1999 s 11, Socialstyrelsen 1998a s 18, Socialstyrelsen 1998b s 29).

År 1998 beräknas kommunernas *bruttokostnader* för äldreomsorg (dvs. exklusive kostnader för yngre personer med funktionshinder) uppgå till 60 miljarder kronor (Socialstyrelsen 1999b). Denna summa inkluderar dels kommunernas egna kostnader, dels de avgifter för vård och särskilt boende som den enskilde omsorgstagaren betalar. De *offentliga* utgifterna för äldreomsorg uppskattades 1997 till 48 miljarder kronor, vilket var en ökning från 43 miljarder år 1993 (Socialdepartementet 1999). Omräknat till fasta priser innebär detta en ökning med sex procent, vilket i relation till ökningen av antalet äldre i befolkningen innebär minskade resurser.

Äldreomsorgen kan inte ses isolerat från hälso- och sjukvården. Äldre människor har stort behov av sjukvård, och förändringar inom sjukvårdssektorn påverkar behovet av kommunal äldreomsorg. Resurserna för äldreomsorgen måste därför sättas i relation till sjukvårdens resurser. Även inom detta område är det svårt att få en entydig bild av hur de ekonomiska resurserna förändrats, men enligt Socialdepartementets beräkningar ökade de offentliga utgifterna till sjukvården mellan 1993 och 1997 från 95,5 till 108 miljarder kronor. Omräknat till fasta priser är det en ökning med sju procent. Det har samtidigt skett en förskjutning av resursanvändningen: medan de offentliga utgifterna för

öppen vård och läkemedel ökade med 37 procent, minskade utgifterna för sjukhusvården med sju procent (Socialdepartementet 1999).

Antalet vårdplatser inom den slutna sjukvården har minskat kraftigt under 1990-talet. Ädelreformen innebar att 31 000 sjukhemsplatser överfördes från landstingen till kommunerna 1992. Ytterligare 3 600 platser överfördes under de följande två åren (Svenska Kommunförbundet 1999b s 35). Bortränat denna transferering har det totala antalet sjukhussängar minskat från 63 000 till 35 000 mellan åren 1990 och 1997, en minskning med 45 procent. Den största relativa minskningen gäller den geriatrika vården som minskade från drygt 11 000 platser till knappt 4 000 (aa s 34). Den genomsnittliga vårdtiden för äldre personer inom geriatrisk vård minskade från 52 dagar 1992 till 22 dagar 1996 (Socialstyrelsen 1998a s 47). Även inom andra specialiteter minskade den genomsnittliga vårdtiden för äldre personer, dock inte lika kraftigt. Under perioden har den genomsnittliga vårdtiden minskat mer för de äldsta åldersgrupperna än för de yngre, även om de äldre fortfarande har längre medelvårdtid än yngre (aa, även Landstingsförbundet 1999b).

Sammantaget innebär förändringarna inom hälso-och sjukvården att äldre personer idag oftare än vid början av 1990-talet lämnar sjukhuset med kvarstående vårdbehov, vilket ställer stora krav på omsorgsinsatser från både den kommunala äldreomsorgen och från anhöriga (Svenska Kommunförbundet 1999b s 35; Socialstyrelsen 1998a s 7).<sup>3</sup>

Ett annat sätt att belysa förändringar av de samlade resurserna för vård och omsorg är att se på antalet personer som arbetar inom verksamheterna. Även här är det svårt att få en entydig bild p.g.a. huvudmannaskapsförändringar och entreprenadisering. Den sammantagna personalminskningen är dock utan tvekan betydande.

Landstingets hela personalstyrka (dvs. inte enbart vårdanställda) minskade mellan 1990 och 1998 med 180 000 personer, varav cirka 100 000 som följd av huvudmannaskapsförändringar och 80 000 av andra skäl dvs. p.g.a. ”strukturförändringar och kostnadsminskningar” (Landstingsförbundet 1999a s 42). Majoriteten av personalminskningen gäller vårdområdet, och minskningen gäller i huvudsak undersköterskor

<sup>3</sup> En studie från Stockholms läns landsting kan illustrera det omfattande vård- och omsorgsbehov som karakteriserar äldre patienter som skrivs ut från geriatriska kliniker. Av cirka 300 patienter som under en höstvecka 1997 skrevs ut från geriatrisk vård i Stockholm (efter en medianvårdtid om 10 dagar) behövde vid utskrivningen tre fjärdedelar hjälp att bada/duscha (60 procent behövde också annan omvårdande hjälp), mer än hälften hade något psykiskt problem (oftast sömnproblem eller oro/ångest) och drygt 40 procent led av yrsel eller falltendens (Gurner och Thorslund 1998).

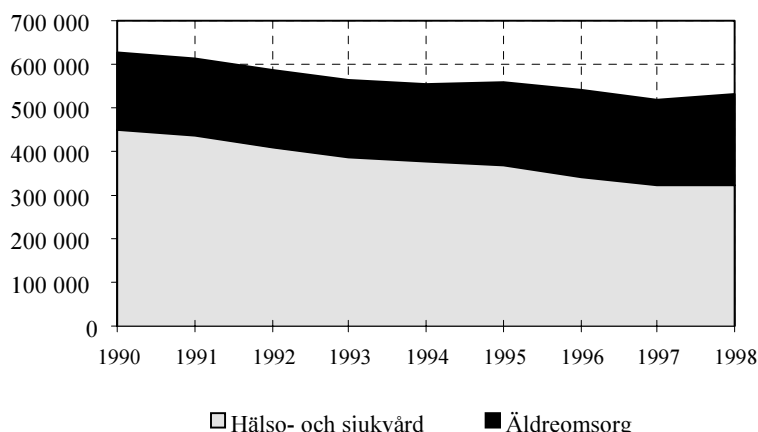
och sjukvårdsbiträden – antalet läkare och sjuksköterskor har ökat under hela perioden (Anell och Persson 1998).

Enligt Svenska Kommunförbundet (1999b s 30) ökade antalet heltid- och deltidanställda inom kommunernas äldre- och handikappomsorg med 85 000 mellan åren 1990 och 1997, samtidigt som 15 000 lämnade kommunerna genom entreprenadiseringen av äldreomsorgen. Korrigerat för överföringar av verksamheter från landstingen till kommunerna och från kommunerna till privata utförare, har antalet anställda minskat med 2 000. Omräknat till årsarbeten och inkluderat de timanställda vilka har ökat kraftigt under perioden, har antalet årsarbeten inom kommunal äldre- och handikappomsorg ökat med 5 700.<sup>4</sup>

Ett annat sätt att närma sig frågan om de samlade personalresurserna för vård och omsorg är genom Arbetskraftsundersökningarna (AKU), se figur 1 som visar antalet personer som enligt AKU arbetar med hälso- och sjukvård respektive äldre- och handikappomsorg.

<sup>4</sup> Antalet timanställda inom äldre- och handikappomsorgen har mellan 1990 och 1997 ökat från 24 000 till 60 000, korrigerat för huvudmannaskapsförändringarna (Svenska Kommunförbundet 1999b s 30). Var fjärde person som arbetade inom äldreomsorgen 1997 var timanställd. Ökningen av lösa anställningsformer kan troligen relateras till den ökade förekomsten av resultatenheter, beställar/utförarmodeller (BUM) och prestationsfinansiering inom äldreomsorgen. Jämfört med traditionell budgetstyrning innebär ersättning efter prestation att den enskilda resultatenhetens intäkter är svårare att förutse. Fast anställd personal innebär en kostnad som inte enkelt kan minskas om enhetens intäkter minskar, och kommuner som har infört BUM har högre andel intermitterant anställd personal än kommuner utan BUM (Socialstyrelsen 1995a s 57). Konsekvenser för personalen eller för omsorgens kvalitet (t.ex. vad avser personkontinuitet) av den ökade andelen timanställd personal är inte kända.

Figur 1. Antal sysselsatta inom hälso- och sjukvård respektive äldreomsorg 1990-1998



Källa: SCB, Arbetskraftsundersökningarna (AKU), justerad näringsgruppsindelning enligt SNI 92.<sup>5</sup>

Enligt AKU minskade antalet personer som var sysselsatta inom hälso- och sjukvård eller äldre- och handikappomsorg med 94 000 mellan 1990 och 1998.<sup>6</sup> Observera dock att dessa uppgifter endast gäller antal personer som arbetar inom vård och omsorg, och tar därmed inte hänsyn till eventuella förändringar av individernas arbetstid. Enligt Socialstyrelsen (1998b s 28) har den genomsnittliga arbetstiden inom sjukvården ökat med fem procent under perioden. Detta innebär att antalet årsarbeten troligen har minskat något mindre än antalet sysselsatta.

De olika sätten att räkna personalresurser ger lite olika resultat, men enligt en försiktig bedömning har antalet personer som arbetar med hälso- och sjukvård eller äldre- och handikappomsorg minskat med minst 75 000 personer mellan 1990 och 1998. Även om långt ifrån alla vård- och omsorgsanställda arbetar med äldre människor är det uppen-

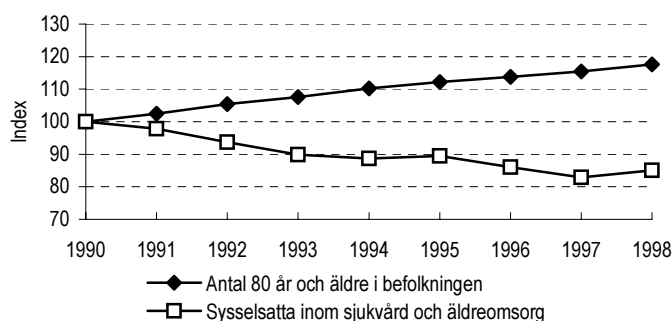
<sup>5</sup> Diagrammet visar antal personer, inte antal årsarbetare. Till personal inom äldreomsorg räknas de som arbetar inom hemtjänst, dagcentraler, servicehus och ålderdomshem. Till personal inom hälso- och sjukvård räknas de som arbetar inom sluten och öppen hälso- och sjukvård samt med tandvård. Dessutom ingår veterinärer. Personal inom sjukhemsvården räknas här som hälso- och sjukvårdspersonal såväl före som efter Ädelreformen.

<sup>6</sup> Minskningen har eventuellt hejdats 1997 – uppgången av personalresurserna mellan 1997 och 1998 tyder på detta. Även landstingens uppgifter tyder på att personalminskningen inom sjukvården upphörde 1998 (Landstingsförbundet 1999a s 43). De ökade statsbidragen till skola, vård och omsorg från 1997 kan ligga bakom detta eventuella trendbrott.



bart att utvecklingen på personalsidan följer ett rakt motsatt mönster jämfört med utvecklingen av antalet äldre personer i befolkningen. Som framgår av figur 2 har antalet sysselsatta inom sjukvård och äldreomsorg (enligt AKU) minskat med 15 procent samtidigt som antalet personer i åldersgruppen 80 år och äldre har ökat med 17 procent.

Figur 2. Antal sysselsatta inom hälso- och sjukvård och äldreomsorg respektive antal personer 80 år+ i befolkningen 1990-1998. Index 1990=100



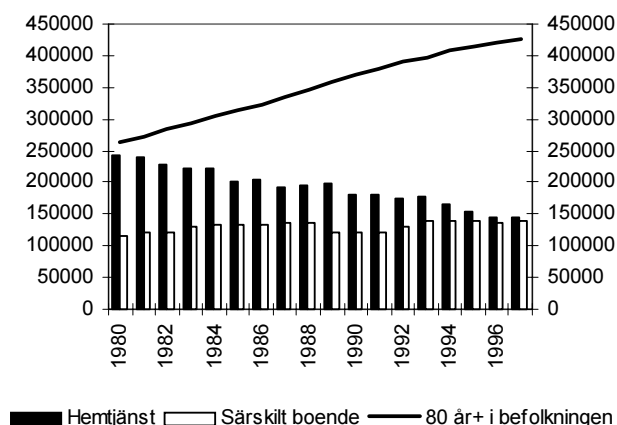
Källa: SCB, AKU samt befolkningsstatistik.

### 5.3 Färre äldre får hjälp

Hälso- och sjukvårdens förändringar med minskad personalstyrka, ett nära nog halverat antal sjukhusplatser och kraftigt förkortade vårdtider har tillsammans med det ökade antalet äldre människor i befolkningen skapat ett ökat tryck på den kommunala äldreomsorgen. Äldreomsorgens resurser i form av ekonomiska medel eller personal har inte ökat i takt med dessa förändringar. Kommunerna har i allmänhet valt att möta de knappare resurserna genom att koncentrera vård- och omsorgsinsatserna på de allra mest vårdbehövande. Detta har fått som följd en kraftig minskning av det totala antalet äldre som får hjälp från den offentliga äldreomsorgen, se figur 3.<sup>7</sup>

<sup>7</sup> Med offentlig äldreomsorg avses i denna rapport (när inte annat explicit anges) all äldreomsorg som är offentligt reglerad och i huvudsak offentligt finansierad – oavsett om tjänsterna utförs av offentliganställd eller privatanställd personal.

Figur 3. Antal personer med hemhjälp respektive i särskilt boende samt antal 80 år+ i befolkningen 1980-1997



Källa: Socialdepartementet 1999.<sup>8</sup>

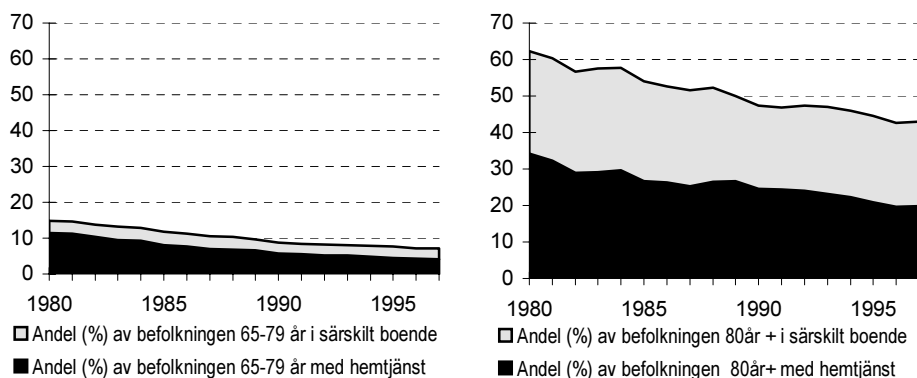
Minskningen gäller helt och hållet hemtjänsten som har minskat med cirka 100 000 hjälpmottagare, medan antalet äldre i särskilt boende har ökat med drygt 20 000 sedan 1980.<sup>9</sup> År 1980 fanns det ungefär dubbelt så många hemhjälpsmottagare jämfört med antalet platser i s.k. särskilt boende (dvs. äldreomsorgsinstitutioner och servicehus). 1997 fanns det för första gången sedan hemtjänstens tillväxtperiod vid mitten av 1960-talet i stort sett lika många personer i de båda omsorgsformerna. Trots officiella policyförklaringar om att ge stöd i människors vanliga bostäder har således äldreomsorgen förskjutits i riktning från insatser i det egna hemmet mot institutionsvård.

Samtidigt med att antalet hemhjälpsmottagare har minskat med 100 000 har antalet personer 80 år och äldre i befolkningen ökat med 170 000. År 1980 fanns det ungefär lika många personer med hemhjälp som antalet personer i åldersgruppen 80 år och äldre i befolkningen; 1997 var antalet 80-åringar och äldre närmare tre gånger fler än antalet hemhjälpsmottagare. I relation till antalet äldre i befolkningen har äldreomsorgstäckningen minskat påtagligt, se figur 4.

<sup>8</sup> Uppgifterna i figur 3 (liksom i figur 4) baseras på Socialdepartementets omräkning av statistiken i syfte att kompensera för statistikomläggningar under perioden. Sifferserierna är att betrakta som trendbeskrivningar snarare än som helt exakta uppgifter (Socialdepartementet 1999).

<sup>9</sup> Ett tillfälligt statsbidrag om 3 miljarder kronor mellan 1991 och 1995 beräknas ha bidragit till ökningen av platser i äldreboende genom nyproduktion eller ombyggnad av 28 000 lägenheter eller rum, de flesta i form av gruppboendeplatser för dementa äldre (Socialstyrelsen 1995b).

Figur 4. Andel av befolkningen 65-79 år samt 80 år+ med hemhjälp respektive i särskilt boende. 1980-1997



Källa: Socialdepartementet 1999.

Det är framför allt hemhjälsandelen som har minskat drastiskt. I åldersgruppen 65-79 år har andelen med hemhjälp minskat från elva procent år 1980 till fyra procent år 1997. Under perioden har hemhjälsinsatserna allt striktare kommit att koncentreras till de allra äldsta, men även inom denna grupp är det färre som får hjälp: 1980 hade 34 procent av de äldsta (80 år+) hemhjälp, 1997 var motsvarande andel 20 procent. I den yngre åldersgruppen (65-79 år) var andelen i särskilt boende oförändrad (tre procent), medan andelen i särskilt boende av befolkningen 80 år+ har minskat från 28 till 23 procent. Sammantaget har andelen med någon form av äldreomsorg (hemhjälp eller plats i särskilt boende) i befolkningen 65-79 år minskat från 14 till sju procent. Bland de äldsta (80 år+) var motsvarande minskning från 62 till 43 procent.

Den kraftiga minskningen av äldreomsorgen kan inte förklaras av en motsvarande kraftig förbättring av äldre människors hälsa, framförallt inte bland de allra äldsta. Visserligen har de äldres hälsa och funktionsförmåga förbättrats under perioden, men ”inte så mycket att det motiverar nedskärningarna inom äldreomsorgen” (Batljan och Lagergren 2000, s 59). Under perioden har också den relativt sett kraftigaste ökningen av antalet äldre skett i de allra högsta åldersgrupperna. Eftersom mycket gamla människor oftare än yngre är beroende av hjälp (SCB 1993 s 37, SCB 1997 kap 20, Thorslund 1998) bidrar sannolikt denna ålderförskjutning bland de äldre till ökade omsorgsbehov. Inte minst bidrar den starkt åldersrelaterade förekomsten av demenssjukdomar till ökade omsorgsbehov när antalet mycket gamla människor ökar (Wimo m.fl. 1994).

Det har diskuterats om minskningen av antalet personer som får hjälp från hemtjänsten är en följd av en mer noggrann hjälptilldelning

och att därmed en tidigare överkonsumtion av hemhjälp har försvunnit. Empiriska uppgifter om eventuell "onödig" hjälp saknas i stort sett, med undantag från en lokal studie från Stockholm (Fried 1979). Studien visar att vid slutet av 1970-talet, när hemtjänsten var som mest utbredd, hade sammanlagt en halv procent av hemhjälpsmottagarna hemhjälp trots att de "med gott resultat" själva kunde klara städning, tvätt, matinköp, matlagning och personlig hygien. Dessa hjälpmottagare kan ses som en grupp som överkonsumerade hemhjälp, även om en alternativ tolkning är att de behövde (och fick) hjälp med annat än de nämnda praktiska sysslorna. Vid samma tillfälle översteg dock antalet äldre, som enligt kommunens kriterier var berättigade till hemhjälp men som stod utanför hemhjälpssystemet, med god marginal antalet faktiska hemhjälpsmottagare. Studien tyder på att vid slutet av 1970-talet var "underkonsumtion" av hemhjälp i Stockholm betydligt mer omfattande än "överkonsumtion". Att släppa in främmande personer (t.ex. hemtjänstens personal) i hemmet och vardagen är ett stort steg för många gamla, och utredaren konstaterade att många gamla drog sig för att söka hjälp från kommunen trots upplevda hjälpbehov: "Antagligen betraktar åtskilliga den kommunala hemhjälpens som ett alltför kraftigt steg mot hjälpberoende" (aa s 163). Till ett liknande resultat kom en konsultfirma som drygt tio år senare utredde hemtjänsten i en del av Stockholm: "Viktigt att slå fast är att undersökningen klart visar att man som gammal inte är intresserad av hjälp, förrän man upplever att den verkligen behövs" (W&D Marknadsinformation AB 1991, s 14).

Sannolikt kan inte utbyggnaden av äldreomsorgen under 1960- och 1970-talen förklaras med att de gamlas behov av hjälp ökade eller genom en ökning av antalet äldre med hjälp "i onödan", liksom troligen inte heller minskningen av omsorgstjänsterna under 1980- och 1990-talen kan förklaras av minskade omsorgsbehov eller en minskning av "onödig hjälp". 1960- och 1970-talens utbyggnad av den formella omsorgen kan i stället snarast ses som att de äldre (liksom andra åldersgrupper) fick del av efterkrigstidens standardökning och generella välfärdspolitik. Att betydligt färre äldre har fått del av äldreomsorgsresurserna under de senaste 10 till 20 åren innebär sannolikt i stället en välfärdssänkning.

Trots minskningen av antalet personer med hemhjälp har inte den samlade timvolymen inom hemtjänsten minskat utan var oförändrad mellan 1993 och 1997 (Socialstyrelsen 1998a s 49). Detta hänger samman med att det framför allt är äldre med få hjälptimmar som har försvunnit ur systemet, och de hjälptagare som finns kvar har större hjälpbehov. Ett tecken på detta ökade hjälpbehov är att andelen av hjälptagarna som får hjälp på kvällar och nätter har ökat från 20 till 28 procent mellan 1993 och 1997. Också den genomsnittliga hjälptiden har ökat

något: från 31 timmar per månad och hjälpt person över 65 år 1993 till 33,4 timmar 1997 (aa s 22). Den oförändrade timvolymen fördelas därmed idag på färre personer som får fler hjälptimmar än tidigare. Det är dock oklart om hjälptidsökningen svarar mot hjälptagargruppens ökade behov. En lokal studie tyder i vart fall på att hjälptidstilldelningen har blivit knappare: vid lika behov fick nytillkomna hemhjälpstagare färre hjälptimmar 1993 jämfört med 1987 (Sundström och Malmberg 1996).

Sammanfattningsvis kan konstateras att kommunerna hittills i allmänhet har valt att prioritera de mest hjälpbehövande. Samtidigt har idag en växande grupp äldre med mer måttliga hjälpbehov, vilka tidigare omfattades av hemtjänstens insatser, trängts ut från den offentliga äldreomsorgen. Ur välfärdssynpunkt kan man därmed urskilja två grupper som är viktiga att följa:

- Dels de äldre som är kvar i äldreomsorgssystemet och som fortfarande får hjälp – får de den hjälp de behöver och är den hjälp de får av god kvalitet?
- Dels de äldre som inte längre omfattas av den offentliga äldreomsorgen – vilka är de och har åtstramningen av den offentliga omsorgen påverkat deras och eventuellt deras anhörigas välfärd?

I det följande görs ett försök att sammanfatta den kunskap som finns om konsekvenserna av förändringarna inom hälso- och sjukvården och äldreomsorgen för båda dessa grupper – hjälpbehövande äldre såväl inom som utanför den offentliga äldreomsorgen.<sup>10</sup>

<sup>10</sup> Eftersom kapitlet har fokus på vård och omsorg diskuteras inte färdtjänst för äldre och handikappade i detta sammanhang. Betydelsen av en välutbyggd färdtjänst för gamla människors möjligheter att bo kvar i hemmet ska dock inte underskattas, och en kort resumé av färdtjänstens utveckling är därför på sin plats. Andelen äldre med färdtjänstillstånd fortsatte att öka länge efter hemtjänstens åtstramning: 1983 var 30 procent av de äldre (80 år+) beviljade färdtjänst, 1990 hade andelen ökat till 56 procent för att 1997 ha minskat till 52 procent. Under senare delen av 1990-talet minskade också det genomsnittliga antalet resor bland de färdtjänstberättigade (Socialdepartementet 1999 s 33). Enligt en studie genomförd av Socialstyrelsen hade mellan 1991 och 1995 ett ökat antal kommuner infört krav på samåkning, många kommuner hade höjt avgiften för färdtjänstresor, och avgiftsfinansieringsgraden hade ökat. En enkät till 117 brukarorganisationer pekar på missnöje med höga avgifter och samåkning, vilket i vissa fall lett till att människor avstår från att utnyttja färdtjänsten (Socialstyrelsen 1997a). Från 1/1 1998 regleras inte längre färdtjänsten av socialtjänstlagen utan av en ny lag om färdtjänst vilken ger trafikhuvudmannen ansvar för både kollektivtrafik och färdtjänstresor. Ett syfte med förändringen var att ”kostnaderna för färdtjänst och riksfärdtjänst skall begränsas genom

## 5.4 Äldreomsorgens innehåll och kvalitet

### 5.4.1 Myndighetens tillsynsansvar

Under 1990-talets senare del har ett ökat intresse riktats mot äldreomsorgens kvalitet, inte minst som en följd av en intensiv massmediadebatt om missförhållanden inom vissa äldreboenden. Utvecklingen av äldreomsorgens kvalitet under 1990-talet är dock svårbedömd.

Socialstyrelsen har ett övergripande ansvar för tillsyn av både socialtjänst och hälso- och sjukvård. Länsstyrelserna har dock det primära tillsynsansvaret för socialtjänstens område, medan Socialstyrelsen har det primära tillsynsansvaret för hälso- och sjukvårdsområdet. Denna uppdelning skapar svårigheter och otydlighet i gränsområdet mellan socialtjänst och hälso- och sjukvård, t.ex. inom det särskilda boendet för äldre. I den nationella handlingsplanen för äldreomsorgen (Regeringens prop. 1997/98:113) betonas nödvändigheten av att förbättra tillsynen, och av detta skäl tilldelades Socialstyrelsen och länsstyrelserna 20 miljoner extra i budgetpropositionen för år 1999. Även kommunernas ansvar för att bevaka äldreomsorgens kvalitet har betonats allt starkare under 1990-talet. Genom ett tillägg i socialtjänstlagen 1998 betonas att kommunernas äldreomsorg liksom andra delar av socialtjänsten ska vara av god kvalitet och att verksamheten skall kvalitetssäkras. Enligt en ny bestämmelse i socialtjänstlagen (71a §, den s.k. Lex Sarah) åläggs också alla verksamheter inom äldreomsorgen att anmäla missförhållanden till socialnämnden.

Trots denna förstärkta tillsyn och ökade uppmärksamhet på kvalitetsfrågor är det inte lätt att få en samlad bild av äldreomsorgens kvalitet. Länsstyrelsernas sociala tillsyn sammanställs av Socialstyrelsen till en årlig rapport, men ger inte utrymme för en jämförelse över tid (Nationell tillsyn 1999:1).

I Ädelutvärderingens årsrapporter (1992-1996), och senare i Äldreuppdragets årsrapporter (1997-1998) har Socialstyrelsen årligen lyft fram ett antal problem inom äldreomsorgen. Baserat på noggranna och omfattande utredningar och forskaruppdrag pekas på generella brister och specifika problem inom den hembaserade och den institutionsbaserade omsorgen, liksom inom vårdkedjan mellan sjukhusvård och vård i

---

ändrat resande, främst genom fler resor i linjetrafiken och genom ökad samordning av olika slag av offentligt betalda resor" (Regeringens prop. 1996/97:115). Lagändringen innebär en åtstramning såtillvida att villkoren för att beviljas färdtjänsttillstånd har skärpts, bl.a. genom att sociala skäl inte längre får beaktas. De eventuella konsekvenserna för äldre människors välfärd av lagändringen är ännu inte kända.

hemmet. De problem som lyfts fram utgör viktiga indikatorer på hjälpbehövande äldre människors välfärd, men det är inte möjligt att på ett enkelt sätt överblicka eventuella förändringar över tid. Orsaken är att Socialstyrelsen fokuserar på olika problemområden i de olika rapporterna, och det är mera undantagsvis som en företeelse följs över tid.

#### 5.4.2 Förändringar av äldreboendet

En uttalad ambition med Ädelreformen var att göra de gamla institutionerna mer ”normala” och mer lika vanliga bostäder; både genom höjd bostandard och genom att boendet regleras via ett hyreskontrakt. Dessa förändringar har stundtals stannat på en retorisk nivå, vilket kan exemplifieras genom förekomsten av hyreskontrakt som omfattar en säng i flerbäddsrum på sjukhem. Generellt sett har dock bostandarden inom hela det ”särskilda boendet” höjts efter Ädelreformen, bl.a. som en följd av det tillfälliga stimulansbidraget för ombyggnad och nyproduktion av äldreboenden mellan 1991 och 1995. Standardhöjningen är möjlig att följa genom den reguljära statistiken: mellan 1992 och 1997 har andelen flerbäddsrum minskat från sju till fem procent, medan andelen bostäder med egen dusch/bad ökade från 47 till 67 procent, och andelen bostäder med kokmöjlighet ökade från 48 till 68 procent (SOU 1999:33 s 58).

De flesta ofullständiga bostäder för äldre finns inom sjukhemmen, men även här har en viss förbättring skett. Det framgår av en studie av sjukhemsvården före och efter Ädelreformen (Socialstyrelsen 1998d). Studien visar att bostandarden i sjukhemmen till viss del har förbättrats mellan 1991 och 1998, bl.a. har andelen som bodde i eget rum ökat från 40 till 60 procent (s 29). Samtidigt har dock den enskildes avgift (hyra) för boendet höjts betydligt mer dramatiskt. Socialstyrelsen konstaterar (1998a s 109): ”Med andra ord har inte avgiftsuttaget vad gäller själva boendet korresponderat mot en motsvarande och lika radikal standardhöjning i boendet.”

Mer problematiskt ur kvalitetssynpunkt är dock standarden på vården och omsorgen. Här är Socialstyrelsens bild av sjukhemsvårdens förändringar mer negativ: De gamla som bor och vårdas i dagens sjukhem har sämre fysisk och mental funktionsförmåga jämfört med före Ädelreformen, samtidigt som tillgången till kvalificerade medicinska resurser har minskat. Trots ökad vårdtyngd var den sammantagna personaltätheten oförändrad, tillgången på sjuksköterskor hade minskat, och den genomsnittliga tiden för läkarkontakt hade halverats – från åtta till fyra minuter per boende och vecka (Socialstyrelsen 1998c s 34-40).

En förutsättning för god omsorgskvalitet inom äldreomsorgen är tillräcklig personaltäthet. Även om en stor personalstyrka naturligtvis inte i sig garanterar god vård, kan arbetet inom äldreomsorgen endast i begränsad utsträckning rationaliseras eller ersättas av tekniska innovationer. Eftersom ett flertal rapporter pekar på en ökad vårdtyngd inom äldreboendena (t.ex. Thorslund 1997, Sandman 1998), skulle det vara viktigt att kunna bedöma om personaltätheten i förhållande till vårdbehov har ökat eller minskat. Med undantag för Socialstyrelsens ovan nämnda sjukhemsstudie finns dessvärre inga rikstäckande uppgifter för en sådan jämförelse.

En lokal studie som visserligen inte möjliggör jämförelse över tid, men som ändå tydligt pekar på bristande personaltäthet som ett problem, utfördes av Länsstyrelsen i Stockholms län som en del i Länsstyrelsens reguljära tillsynsansvar. Länsstyrelsen skriver efter en utökad tillsyn av 24 äldreboenden i länet sommaren 1998:

Det bestående intryck som erhålles efter besök på dessa 24 enheter är att det dominerande problemet är personalbemanningen som i många fall är för låg. Personalen är hängiven sitt arbete men går bokstavligen 'på knäna'. ... Honnörsorden integritet, självbestämmande, valfrihet och flexibilitet mister sin betydelse om personalstyrkan konstant är underdimensionerad. (Länsstyrelsen i Stockholms län 1998 s 17)

Ett annat tecken på ökad tidsbrist inom vårdområdet (inte specifikt äldreomsorgen) är att andelen bland vårdpersonal som anser att de har alldeles för mycket att göra har ökat från cirka 50 procent 1991 till cirka 65 procent år 1997. År 1991 ansåg cirka 40 procent av vårdpersonalen att arbetstakten ökat under den senaste femårsperioden, 1997 var motsvarande andel drygt 70 procent (Gustafsson och Petterson 1999, s 135-136). För personal inom äldreomsorgen (institutionsvård och hemtjänst) finns jämförbara uppgifter endast tillgängliga för 1995 och 1997, se tabell 1.

*Tabell 1.* Psykosocial arbetsmiljö bland äldreomsorgspersonal jämfört med hela arbetskraften. 1995 och 1997

Andel sysselsatta som upplever att:	Personal inom äldreomsorgen		Samtliga sysselsatta	
	1995	1997	1995	1997
...arbetet är psykiskt påfrestande	65	72	42	46
...arbetet är påfrestande tungt	57	67	26	27
...man har alldeles för mycket att göra	55	66	53	59

Källa: Arbetskyddsstyrelsen och SCB 1998, tabell 8.6-8.8



Som framgår av tabellen har andelen bland äldreomsorgspersonalen som anser att arbetet är psykiskt eller fysiskt påfrestande ökat mellan 1995 och 1997. Detsamma gäller andelen som anser att de har för mycket att göra. Av tabellen framgår också att äldreomsorgspersonalen rapporterar mer arbetsmiljöproblem än genomsnittet av samtliga systerföretag. Skillnaden mellan grupperna har ökat mellan de båda tidpunkterna.

### 5.4.3 Förändringar av hemtjänsten<sup>11</sup>

Det finns inte någon myndighetsrapport eller enskilt forskningsprojekt som på ett samlat sätt har följt hemtjänsten under 1990-talet, med fokus på organisatoriska och innehållsliga förändringar av verksamheten. Däremot har sedan mitten av 1980-talet en rad forskare vid olika tidpunkter studerat hemtjänsten ur ett vardagsperspektiv, främst med hjälp av deltagande observationer och intervjuer med omsorgsgivare och omsorgsmottagare (se t.ex. Svensson 1986, Gough 1987, Thulin 1987, Heggemann och Thomas 1989, Freed Solfeldt 1990, Eliasson red 1992 och 1996, Aronsson m.fl. 1995, Bergh 1995, Szebehely 1995, Eliasson-Lappalainen och Szebehely 1998, Nordström 1998, Gustafsson 1999).

När dessa olika forskningsrapporter ställs bredvid varandra framkommer en ganska samstämmig bild av hemtjänstens förändringar och konsekvenser därav för de berörda gamla och för hemtjänstpersonalen. Vid början av 1980-talet dominerades hemtjänsten av en traditionell organisationsmodell som innebar att den som fick hemhjälp i allmänhet hade ett fast vårdbiträde och en i förväg bestämd hjälptid. Inom den bestämda tidsramen, och inom ramen för den behovsbedömning som alltid har funnits för att styra hjälpen, hade de gamla ett relativt stort potentiellt utrymme att tillsammans med vårdbiträdet bestämma vad som skulle göras vid varje hjälptillfälle.

Idag är hemtjänsten oftast betydligt mindre baserad på en personlig relation mellan omsorgsgivare/mottagare, även om den traditionella organisationsmodellen lever kvar på sina håll. Ofta ansvarar idag en grupp vårdbiträden gemensamt för en persons hjälp, och på många håll varierar hjälptiderna från dag till dag – inte bara efter den gamles varierande behov utan minst lika mycket efter den aktuella personalsituatio-

<sup>11</sup> Resten av detta kapitel kommer huvudsakligen att beröra hemtjänstens förändringar. Denna obalans i förhållande till den institutionsbaserade omsorgen kan till viss del förklaras av att förändringarna (åtminstone vad gäller täckningsgrad) är störst inom den hembaserade omsorgen. Men obalansen beror delvis också på att det finns betydligt mer forskning om hemtjänsten.

nen och hjälpbehoven bland andra hjälptagare inom det geografiska område som utgör bas för hemhjälpgruppens arbete. Det biståndsbeslut som sätter ramarna för mötet mellan vårdbiträden och hjälpmottagare är oftast inte längre uttryckt i form av en bestämd hjälptid, utan fastslår – mer eller mindre detaljerat – med vilka uppgifter som den äldre ska få hjälp vid vilket hjälptillfälle. Införandet av beställar/ utförarmodeller där biståndsbedömningen formuleras som en beställning till en utförarenhet vilken erhåller en summa pengar för att producera en viss hjälpinsats, har sannolikt bidragit till att formalisera och reglera hemtjänstens vardagliga möten, och för att flytta fokus från sociala till ekonomiska överväganden.<sup>12</sup>

Men också hjälpens innehåll har förändrats. Hemmets skötsel, en viktig fråga särskilt för många gamla kvinnors välbefinnande, har tonats ner till förmån för de omvårdande uppgifterna. Hushållsarbete dominerar fortfarande tidsmässigt arbetet inom hemtjänsten, men den tid som har avsatts för att utföra de husliga sysslorna har minskat – främst genom att städning, matinköp, tvätt m.m. har glesats ut och genom att matlagning i hemmet har ersatts med distribution av färdiglagad mat.

Sammantaget, och förenklat uttryckt, har hemtjänsten förskjutits från en husligt och socialt inriktad hjälp, där det har funnits relativt stora möjligheter för vårdbiträdet att möta olika äldres individuella och varierande behov, i riktning mot en mer sjukvårdsinriktad verksamhet med kostnadseffektivitet som främsta ledstjärna, och med knappare hjälptider och mindre handlingsfrihet för både vårdbiträden och hjälpmottagare. Hjälpens har blivit mer standardiserad, uppifrånstyrd och detaljplanerad.

Enligt hemhjälpforskningen är det viktigt för de gamla att ha så få hjälpare som möjligt, att ha fasta hjälptider och att kunna påverka hjälpens utförande. Förändringarna av hemtjänstens inriktning och organisering innebär att hjälpmottagarna har minskad anledning att vara tillfreds med den hjälp de får.

Den bild av hemtjänstens förändringar som framkommer i Socialstyrelsens årsrapporter om äldreomsorgen stämmer ganska väl med forskarnas bilder. Särskilt uppmärksammar Socialstyrelsen att trots att valfrihet är ett uttalat mål inom äldreomsorgen, har de äldres valfrihet i praktiken blivit kraftigt beskuren, t.ex. genom att matlagning i hemmet i princip helt har ersatts av distribution av färdiglagad mat. Socialsty-

<sup>12</sup> Jämför Socialstyrelsen 1995a s 30: ”Då biståndsbeslutet länkades till en beställning, där utförarens ersättning preciserades, fanns en risk för mindre flexibilitet hos utföraren [. . .] Systemet med interna transaktioner kunde alltså förorsaka att ekonomiska överväganden kom före omsorgen om den enskilde.”

relsen gör också bedömningen att ett ”instrumentellt förhållningssätt är på väg att etableras – instrumentellt i den meningen att de praktiska hjälpinsatserna utarmas på socialt innehåll. En vardaglig (och social) aktivitet som att ‘gå till affären och handla’ löper här risken att omvandlas till en mer utpräglad ‘teknisk tjänst’ – distribution av matvaror” (Socialstyrelsen 1997b s 72). För att den äldre ska få följa med till affären krävs i ökad utsträckning rent medicinska skäl, en önskan att ”leva som andra” är inte tillräckligt (aa s 90).

#### 5.4.4 Kommunala brukarstudier

Den kritik mot hemhjälpverksamheten som framkommer i den kvalitativt inriktade forskningen är mindre tydlig i de kvantitativt inriktade s.k. brukarstudier som många kommuner använder sig av för att mäta kvaliteten inom den hembaserade äldreomsorgen. I intervjuer eller enkäter med fasta svarsalternativ tenderar majoriteten av äldre hjälpmottagare att vara nöjda – åtminstone på ett allmänt plan.

Bortsett från problemet att med dessa metoder nå de mest hjälpbehövande, och även bortsett från problemet att personer med stora omsorgsbehov kan känna sig tveksamma att uppge ett eventuellt missnöje med den hjälp de är beroende av,<sup>13</sup> finns flera problem med att försöka mäta omsorgskvalitet genom storskalig mätning med fasta svarsalternativ.

Ett problem gäller frågornas validitet, vilket kan illustreras med ett exempel från en norsk avhandling (Slagsvold 1995). Här jämfördes de äldres möjligheter till självbestämmande vid nio norska sjukhem mätt dels genom ett index baserat på tolv teoretiskt och empiriskt välförankrade frågor med fasta svarsalternativ, dels genom två oberoende observatörers bedömningar. Observatörerna visade sig vara i hög grad samstämmiga sinsemellan, men endast i mycket begränsad utsträckning samstämmiga med indexmättet på självbestämmande. Orsaken är enligt Slagsvolds tolkning att det självbestämmande som var viktigt för de gamla på sjukhemmen var individuellt och situationsbetingat, och inte så lätt fångat med standardiserade frågor. Självbestämmandet kunde gälla sådant som att få hjälp att ringa systersonen, att få låset på väskan reparerat, att slippa träna eller att få lagom varmt kaffe. Slagsvolds studie visar bl.a. att kvalitet inte är det samma för olika personer, och att därför även välgrundade kvalitetsmått kan skjuta bredvid målet.

<sup>13</sup> Äldre hemhjälpsmottagare är mindre benägna ge uttryck för missnöje än föräldrar till barn inom barnomsorgen (Möller 1996).

Ett ytterligare problem med kvalitetsmätningar av den typ som dominerar kommunernas brukarstudier är sambandet mellan förväntningar och upplevelser: den negativa massmediadebatten om äldreomsorgens kvalitet under de senaste åren kan ha sänkt hjälptagarnas förväntningar på äldreomsorgen så att de uttrycker en större tillfredsställelse med hjälpen än vad de annars skulle ha gjort. Motsatsen är också möjlig: genom den massmediala uppmärksamheten kan hjälptagarna vara mer observanta på eventuella missförhållanden och kan därför vara mer benägna att uttrycka kritik. (Se diskussion hos Socialstyrelsen 1998a s 35; se även Eliasson-Lappalainen och Szebehely 1998 för en mer övergripande diskussion om risken att de storskaliga kvalitetsmätningarnas fokus på det mätbara och standardiserbara kan bidra till att likrikta och formalisera hemtjänsten, och därmed bidra till en mindre individanpassad omsorg och ett minskat vardagligt inflytande för de gamla hjälpmottagarna).

Med dessa reservationer skall här ändå återges den bild som framkommer av olika brukarstudier inom äldreomsorgen. Svenska Kommunförbundet (1998) har sammanställt ett antal kommunala brukarstudier genomförda under 1990-talet. Genomgången visar att majoriteten av hjälpmottagarna är nöjda, men visar också att i de fall där studierna har upprepats med något eller några års mellanrum så finns det en svag tendens mot upplevda försämringar. Hjälpmottagarna är generellt sett positiva till personalens personliga kvaliteter, men har blivit mer kritiska till de villkor under vilka hjälpen ges, framför allt betonas tidsbrist. De mest hjälpbehövande tenderar att vara mindre nöjda.

Två omfattande studier från Stockholm visar på ett liknande mönster (Fried 1995 och 1998). År 1995 svarade cirka 5 000 personer med hemhjälp på en enkät, 1998 svarade cirka 9 000 hemhjälpsmottagare på i princip samma frågor; svarsfrekvensen var vid bägge tillfällena cirka 80 procent. Även om studierna endast kan ge en bild av hemtjänstens utveckling i Stockholm finns det anledning att ge dem ett utrymme här p.g.a. studiernas omfattning och noggranna uppläggning (observera dock att hemhjälpsmottagare i storstäderna tenderar att vara mindre nöjda med hjälpen än hjälptagare i andra delar av landet, se Socialstyrelsen 1996b s 53). Vid båda tidpunkterna svarade cirka 80 procent av hjälpmottagarna i Stockholm att de var mycket eller ganska nöjda med hjälpens kvalitet på ett övergripande plan. På var och en av de enskilda kvalitetsaspekter som enkäten mätte hade dock andelen nöjda minskat. Den mest påtagliga förändringen var att andelen som ansåg att de fick otillräcklig hjälp hade ökat från 26 till 42 procent mellan 1995 och 1998. De flesta ville ha mer hjälp med husliga uppgifter, men många ville också få hjälp att komma ut ur bostaden. Som vanligaste orsak till varför man inte fick tillräcklig hjälp uppgavs att ”personal saknas/har

ont om tid”, men det var också relativt vanligt att de äldre uppfattade att de tjänster de önskade inte längre ingick i hemtjänstens åtagande. Andelen som uppgav att de upplevt försämringar inom hemtjänsten under det senaste året hade ökat från 13 till 34 procent, medan andelen som uppgav att de upplevt förbättringar var 16 procent 1995 och 12 procent 1998 (samtliga uppgifter från Fried 1998).

## 5.5 Hemtjänstens nya gränser

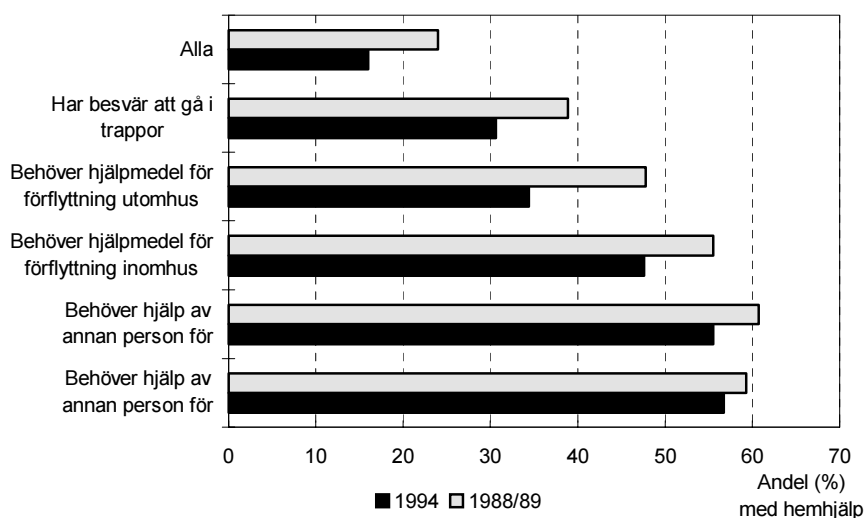
### 5.5.1 Prioritering efter funktionsförmåga

Det har tidigare i detta kapitel konstaterats att under 1990-talet var det framför allt äldre med små insatser från hemtjänsten som försvann ur systemet. Det betyder dock inte att hemhjälpminskningen inte skulle ha berört också mer eller mindre skröpliga äldre människor. Genom att jämföra uppgifter från SCBs undersökning om levnadsförhållanden (ULF) för år 1988/89 och den s.k. Ädel-ULF-studien från 1994 är det möjligt att studera vad som har hänt med hemhjälpstäckningen bland olika grupper av äldre.<sup>14</sup>

I figur 5 visas förändringen av hemhjälpandelen mellan 1988/89 och 1994 bland hemmaboende äldre med olika grad av rörelsehinder: de som har *svårt att gå i trappor*, de som *behöver hjälpmedel för förflyttning* utomhus resp inomhus samt de som *behöver hjälp av annan person för förflyttning* utomhus respektive inomhus.

<sup>14</sup> SCBs ULF-studier har vanligtvis ett ålderstak på 84 år, men 1988/89 års studier genomfördes utan denna övre åldersgräns. Ädel-ULF-studien, som omfattar intervjuer med ett riksrepresentativt urval av 1 379 hemmaboende äldre personer (75 år+), genomfördes av Socialstyrelsen 1994 som en del av utvärderingen av Ädelreformen (se Socialstyrelsen 1996c för närmare beskrivning).

Figur 5. Hemhjälp bland hemmaboende äldre (75 år+) med olika rörelseinskränkningar. 1988/89 och 1994



Källa: Szebehely 1998a s 128. Egen bearbetning av SCBs ULF-studier 1988/89 och Ädel-ULF-studien 1994.

Ett första tydligt mönster i diagrammet är att det är vanligare med hemhjälp ju större rörelseinskränkningen är. Lägst är andelen med hemhjälp i hela äldregruppen (där både friska och skröpliga äldre ingår), medan hemhjälp är vanligast bland de äldre som har så stora rörelsehinder att de behöver hjälp av en annan person för att kunna röra sig utomhus eller inomhus. Detta är knappast oväntat, utan visar att hemhjälp fördelas någorlunda efter rörelseinskränkning. Men, som också framgår av diagrammet, hemhjälpstäckningen har minskat även bland rörelsehindrade äldre. Hemhjälpen har minskat påtagligt både bland de äldre som har svårt att gå i trappor och bland dem som behöver hjälpmedel för att förflytta sig utomhus eller inomhus. Bland de allra mest rörelsehindrade – de som behöver hjälp av en annan person för att kunna förflytta sig utomhus eller inomhus – är hemhjälpminskningen mindre och skillnaden mellan 1988/89 och 1994 är inte statistiskt signifikant.

Detta kan tolkas som att hemhjälpen 1994 mer strikt än fem år tidigare prioriteras efter de äldres funktionsförmåga. Samtidigt är det viktigt att notera att även rörelsehindrade äldre har berörts av hemhjälpminskningen, vilket innebär att ett ökat antal äldre med nedsatt rörlighet står utan hemhjälp.

Ett annat tecken på att hemhjälpen alltmer koncentreras på de skröpligaste är den ökade medelåldern bland hemhjälpstagarna. År

1980 var 37 procent av hemhjälpsmottagarna 80 år eller äldre, 1997 var motsvarande andel 58 procent (Socialdepartementet 1999).

### 5.5.2 Mäns och kvinnors äldreomsorg

Bland hemtjänstens hjälpmottagare och bland de äldre i särskilt boende är en majoritet kvinnor. Eftersom hjälpbehov ökar med ålder och det finns fler gamla kvinnor än män är detta inte så förvånande. Men också mätt i relation till antalet äldre män respektive kvinnor i befolkningen får kvinnor i högre utsträckning än män del av den offentliga äldreomsorgen. År 1997 fick 48 procent av kvinnorna och 34 procent av männen offentlig hjälp i form av hemhjälp eller plats i särskilt boende, se tabell 2.

Tabell 2. Särskilt boende och hemhjälp bland män och kvinnor 80 år och äldre. 1997

Andel (%) av befolkningen 80 år+...	Män	Kvinnor
...med plats i särskilt boende	18	26
...med hemhjälp i sin vanliga bostad	16	22
Summa	34	48

Källa: Socialstyrelsen 1998d.

Att kvinnor på detta sätt dominerar de offentliga äldretjänsterna kan ställas i relation till att gamla kvinnor har sämre hälsa och funktionsförmåga än gamla män (se t.ex. Thorslund m.fl. 1993). Att färre män får del av den offentliga omsorgen kan dock knappast förklaras av att de behöver mindre hjälp. Trots att gamla kvinnor har sämre rörlighet och sämre hälsa, är det nämligen ungefär lika vanligt att hemmaboende gamla män och kvinnor uppger att de behöver hjälp med t.ex. att städa, duscha eller komma upp ur sängen, och det är betydligt vanligare att män uppger att de inte klarar att tvätta eller att laga mat (Szebehely 1998a).

Det är inte heller så att fler män har otillfredsställda omsorgsbehov: det finns nämligen inga könsskillnader när det gäller andelen äldre som står utan hjälp. Ungefär 30 procent av de äldre (80 år+) får ingen hjälp över huvud taget – de allra flesta anser sig inte heller behöva någon hjälp. Däremot är hustrun den vanligaste omsorgsgivaren bland äldre män, medan det bland gamla kvinnor är vanligast att få hemhjälp eller att vistas på institution/servicehus (Szebehely 1998b). Denna skillnad i omsorgsmönster hänger i sin tur främst samman med att sju av tio män är gifta till livets slut och får oftast den hjälp de behöver av hustrun,

medan tre fjärdedelar av alla kvinnor lever ensamma under sina sista år (Lundin och Sundström 1994).

Att de gamla kvinnorna dominerar inom både hemtjänsten och det särskilda boendet kan således i första hand relateras till att betydligt fler gamla kvinnor lever ensamma och därmed har större behov av den offentliga äldreomsorgens insatser. Detta innebär också att fler kvinnor än män påverkas av den pågående åtstramningen inom äldreomsorgen – kvinnor har helt enkelt en annan relation än män till den offentliga äldreomsorgen.

Ur fördelningssynpunkt är det dock viktigt att också lyfta fram en annan aspekt. Bland hemmaboende äldre (75 år+) som behövde praktisk hjälp i sin vardag fanns det 1994 inga skillnader mellan ensamboende mäns och kvinnors omsorgsmönster – det var lika vanligt med hemhjälp bland män som bland kvinnor.<sup>15</sup> Bland sammanboende (dvs. i huvudsak gifta) äldre fanns det däremot en könsskillnad: bland både män och kvinnor var den andra partnern den vanligaste hjälpgivaren, men om det var kvinnan som var den hjälpbehövande var det dubbelt så vanligt att paret hade hemhjälp jämfört med om det var mannen som behövde hjälp. Motsvarande gällde den hjälp som vuxna barn och andra anhöriga gav: det var tre gånger vanligare att de hjälpte ett gift äldre par där hustrun var den hjälpbehövande än om det var mannen som behövde hjälp. Det innebär att en hustru som vårdar står betydligt mer ensam om omsorgsansvaret än en äldre man i samma situation (Szebehely 1998a s 145). Det finns ett liknande könsmönster också när det gäller äldreboendet: med hänsyn taget till skillnader i ohälsa vistas gifta kvinnor oftare än gifta män i särskilt boende av olika slag (Szebehely 1999a).

En viktig fråga i detta sammanhang är om dessa förhållanden ska tolkas som att äldre män är sämre vårdare än äldre kvinnor, eller om de snarare är mer framgångsrika i rollen som förhandlare med omsorgsapparaten. Kanske är det äldreomsorgshandläggarnas olika förväntningar på vad äldre män och kvinnor ska klara av som gör att gifta kvinnor oftare än gifta män står ensamma med ett vårdansvar för den andra partnern.

<sup>15</sup> Enligt dessa uppgifter hade därmed en tidigare könsskillnad i hemhjälpstäckning bland ensamboende äldre utjämnats 1994. Vid slutet av 1980-talet var det nämligen vanligare att en man som levde ensam fick hemhjälp jämfört med en kvinna i samma situation. Sannolikt berodde denna könsskillnad på att män, när de blev änklingar, relativt ofta fick hemtjänstens hjälp med hushållsarbete. 1994 hade tröskeln för att beviljas hemhjälp höjts, och att könsskillnaderna har utjämnats beror sannolikt på att såväl män som kvinnor alltmer sällan får hemhjälp om de "bara" behöver hjälp med hemmets skötsel (Szebehely 1998a s 127).



### 5.5.3 Civilstånd och hemhjälp

Under 1990-talet har hemtjänsten i ökad utsträckning koncentrerats till de ensamboende äldre, se tabell 3.

Tabell 3. Hemhjälp bland ensamboende och sammanboende äldre. 1988/89 och 1994

Andel (%) av hemmaboende äldre (75 år+) med hemhjälp	1988/89	1994
Ensamboende	33	25
Sammanboende	14	6
Samtliga	24	16

Källa: Daatland red 1997 s 188. Egen bearbetning av SCBs ULF-studier 1988/89 och Ädel-ULF-studien 1994.

Hemhjälpstäckningen har minskat både bland ensamboende och bland sammanboende äldre, men minskningen är mest påtaglig bland de äldre makarna. Äldre makar hade 1994 mycket sällan hjälp från hemtjänsten, som nämnts särskilt sällan när mannen var den omsorgsbehövande. Inte ens vid omfattande vårdbehov var det särskilt vanligt med hemhjälp bland gifta äldre: endast var tionde gift man som behövde hjälp att bada eller komma upp ur sängen, hade hemhjälp med dessa fysiskt tunga uppgifter (Szebehely 1998a s 151). Att hemhjälp har minskat kraftigt bland äldre makar är därmed ett förhållande som är mindre könsneutralt än det kan tyckas. Det handlar i praktiken oftast om gamla hustrur som allt mer ensamma vårdar sina ofta ännu äldre och skröpligare män, vilket väcker frågan om åtstramningen av hemtjänsten innebär en välfärdsminskning för gifta gamla kvinnor.

Den minskade hemhjälpstäckningen bland äldre makar väcker också en fråga om de offentliga omsorgssystemens ansvar att stötta anhöriga som vårdar. Under senare år har denna fråga blivit allt mer uppmärksam, och sedan 1998 finns ansvaret inskrivet i socialtjänstlagens 5 §: ”socialtjänsten bör genom stöd och avlastning underlätta för den som vårdar närstående som är sjuka eller äldre eller som har funktionshinder”. Det finns goda skäl att anta att en generös tilldelning av hemhjälp till äldre par där den ena parten har stora omsorgsbehov är en viktig form av ”stöd och avlastning”. Den låga hemhjälpstäckningen bland gamla makar tyder på ett glapp mellan praxis och officiell policy inom detta område.

## 5.6 Minskningen av antalet hemhjälpsmottagare

### 5.6.1 Striktare tilldelning av hemtjänst

Hemtjänsten är i Sverige, liksom i övriga Norden, en verksamhet som i praktiken beslutas på kommunal nivå och ytterst i mötet mellan den hjälpbehövande och en enskild tjänsteman. Verksamheten regleras visserligen på nationell nivå av parlamentariskt beslutade policyformuleringar och lagstiftning, men det är kommunens politiker som beslutar om fördelningen av kommunens ekonomiska medel, och det är kommunala tjänstemän som på socialnämndens uppdrag bedömer behoven och tilldelar hjälpen.

Det finns mycket stora skillnader mellan kommuner när det gäller alla aspekter av äldreomsorgens täckningsgrad och intensitet. 1997 varierade andelen av den äldre befolkningen (80 år+) i särskilt boende mellan 15 och 40 procent, medan andelen med hemhjälp varierade mellan 5 och 50 procent (Jämförelsetal för socialtjänsten 1997). Det finns inget samband mellan de båda hjälpformerna – det finns kommuner som har lite av allt och det finns kommuner som har mycket av allt, liksom det finns alla varianter däremellan. Inte heller kan de kommunala variationerna förklaras i form av skillnader i behov, skattekraft eller politisk majoritet (Sundström 1999b s30).

Socialtjänstlagen lämnar ett stort tolkningsutrymme för såväl de olika kommunerna som den enskilda tjänstemannen att avgöra vem som ska beviljas äldreomsorgsinsatser, liksom hur mycket och vilka insatser som i så fall tilldelas.<sup>16</sup> Rätten till bistånd uttrycks i 6 §: ”Den som inte själv kan tillgodose sina behov eller kan få dem tillgodosedda på annat sätt har rätt till bistånd av socialnämnden ...” Denna formulering av paragrafen gäller sedan 1998, dessförinnan var formuleringen att individen har rätt till bistånd ”om hans behov inte kan tillgodoses på annat sätt”. Det är för tidigt att avgöra om lagändringen på denna punkt har fått någon betydelse för tilldelningen av hjälp, men åtminstone i vissa kommuner tolkas den nya formuleringen om individens förstahandsansvar som att större krav bör ställas på den hjälpbehövande att själv

<sup>16</sup> Kommunallagens bestämmelser om lika behandling av kommunens innevånare innebär dock att en kommun exempelvis inte får ha skilda bedömningsnormer i olika kommundelar. Trots detta finns det stora variationer i tilldelning av hjälp inte bara mellan kommuner utan också inom enskilda kommuner på ett sätt som inte kan förklaras av skillnader i omsorgsbehov (Lagergren och Johansson 1996).

eller genom anhöriga försöka ordna sin hjälp (Blomberg m.fl. 1998 s 35).<sup>17</sup>

Även om det finns mycket stora kommunala skillnader har generellt sett tröskeln för att beviljas hemhjälp höjts, och redan innan socialtjänstlagen ändrades började många kommuner att tolka lagen striktare på två olika sätt: definitionen av vad som är ett behov som kommunen behöver engagera sig i har snävats in, och definitionen av hur behoven kan tillgodoses på annat sätt har vidgats.

Vilka ”behov” som kommunen är skyldig att bemöta omdefinieras på så sätt att allt fler kommuner idag tolkar socialtjänstlagen så att de inte är skyldiga att ge hjälp med husliga sysslor, t.ex. genom att kommunen formulerar egna riktlinjer i besparingssyfte där det hävdas att man inte beviljar hemhjälp med exempelvis städning eller tvätt. I ett fåtal kommuner har insatserna helt lyfts bort ur kommunens åtaganden, vanligare är att hjälpen endast erbjuds om den hjälpsökande också har behov av personligt omvårdande insatser (Socialstyrelsen 1997b).<sup>18</sup>

Kommunernas ökade krav på att hjälpbehov ska tillgodoses ”på annat sätt” än genom kommunens insatser yttrar sig genom att fler kommuner väger in *närhet till anhöriga* eller *den sökandes privatekonomi* när beslut fattas om hemhjälp.

De tjänstemän som har till uppgift att bedöma hjälpbehoven uppmanas i vissa kommuner att mer noggrant än tidigare undersöka vad eventuella närstående – inom eller utom den äldres eget hushåll – kan bidra med (Socialstyrelsen 1994). Den kraftigt minskade hemhjälpstäckningen bland äldre makar kan vara en konsekvens av dessa ökade

<sup>17</sup> Även rätten att överklaga beslut om äldreomsorg har i viss mån ändrats. I den nya lagtexten regleras rätten till hjälp i hemmet och till särskilt boende i 6 f §, medan kommunen enligt 6 g § även kan ge bistånd i annan form. Enbart det bistånd som beslutas enligt 6 f § är möjligt att överklaga för den enskilde. Två kommuner av tre tolkar begreppet ”hjälp i hemmet” så att t.ex. dagvård inte ingår; ett avslag är därmed inte överklagningsbart (Socialstyrelsen 1999d). Andelen överklaganden är lågt inom äldreomsorgen, betydligt lägre än exempelvis bland yngre personer med funktionshinder. Själva möjligheten att överklaga ett beslut kan dock vara betydelsefull för den enskilde, även om inte möjligheten utnyttjas. ”Det minskar känslan av maktlöshet i en situation där den enskilde är mycket utsatt och det är lätt att känna sig kränkt” skriver Socialstyrelsen (1999d), i första hand avseende förändringarna av överklagningsrätten inom missbrukarvård och försörjningsstöd, men med relevans också för äldreomsorgens område.

<sup>18</sup> Enligt socialtjänstlagen kan inte kommunala riktlinjer ersätta en individuell biståndsprövning, men enligt flera studier är det vanligt med ”informella avslag” eller ”samförståndsavslag” utan individuell prövning och med explicit eller implicit hänvisning till kommunens riktlinjer (Socialstyrelsen 1992 och 1996d).

krav på anhöringsatser. Ett nytt fenomen tycks också vara att äldre som har barn i närheten får hemhjälp i mindre utsträckning än äldre med barnen på längre avstånd (Szebehely 1998a). Om detta är en följd av att biståndsbedömarna anser att kommunens hjälpansvär upphör när det finns anhöriga i närheten, innebär det ett avsteg från den skandinaviska välfärdsmodellen som till skillnad från den kontinentala har individen och inte familjen som mål för insatserna. Det är också ett avsteg från den familjerättsliga lagstiftning som, i Sverige och övriga Norden, inte ålägger vuxna barn något formellt ansvar att försörja eller vårda gamla föräldrar.

Ett ännu tydligare avsteg från den generella välfärdsmodellen är det förhållande att ett ökande antal kommuner (dock fortfarande ett begränsat antal) avslår begäran om hemhjälp med husliga sysslor som städning, inköp och tvätt med en ekonomisk motivering – ”sökanden har ekonomiska medel att själv ordna insatsen”. Vanligtvis sätts inkomstgränsen vid socialbidragsnormen. I de fall den sökande överklagar till högre instans får kommunen rätt: efter ett prejudikat i regeringsrätten redan 1984 lönar det sig inte att överklaga ett ”ekonomiskt avslag” för den som har en pensionsinkomst över socialbidragsnivån (Socialstyrelsen 1997b). Om kommunernas benägenhet att använda ekonomisk behovsprövning vid hemhjälpstilldelning fortsätter att öka finns en uppenbar risk att hemtjänsten (ånyo) får en fattigvårdsprägel.

Enligt en studie av hemtjänsten i åtta kommuner, initierad av Socialstyrelsen (Blomberg m.fl. 1998), kan en striktare praxis vid tolkningen av socialtjänstlagen endast till en begränsad del relateras till formella politiska beslut om restriktivare biståndsbedömning. Handläggarnas prioriteringar på gräsrotsnivå har sannolikt påverkats av institutionella förändringar utanför äldreomsorgens område. Så till exempel har sannolikt handikappreformerna haft betydelse för biståndsbedömningarna inom äldreomsorgen genom att LSS har en starkare rättighetskaraktär. I en trängd kommunalekonomisk situation kan detta ha betydelse vid bedömningen av de äldres biståndsbehov.<sup>19</sup>

Också organisatoriska förändringar av själva biståndsbedömningen kan bidra till att hemhjälpstilldelningen har blivit knappare utan att det har fattats något uttalat politiskt beslut om striktare bedömningar. Enligt den ovan nämnda kommunstudien (Blomberg m.fl. 1998) har hemhjälpstäckningen minskat mest i de kommuner som tidigt hade skilt uppgiften att bedöma hjälpbehov från uppgiften att arbetsleda hemtjänstpersonalen. Att dessa specialiserade biståndsbedömare tenderar

<sup>19</sup> Motsvarande resonemang kan också föras vad gäller barnomsorgens stärkta lagliga situation, jfr. även diskussion om kommunala prioriteringar hos Thorslund m.fl. 1997.

att vara mer restriktiva i sina bedömningar än de handläggare som både biståndsbedömer och ansvarar för verkställandet av hjälpen visas också av en annan studie (Lindelöf och Rönnbäck 1997). Specialiserad handläggning var vanligast i kommuner med någon form av beställar/utförarmodell. I dessa kommuner förekom också oftare kommunala riktlinjer om exempelvis städning och inköp, och de specialiserade handläggarna var mer benägna att hänvisa en ansökan om praktisk hjälp till annan utförare utan biståndsprövning. Författarna kopplar de mer restriktiva besluten till det större avståndet mellan de specialiserade handläggarna och det praktiska omsorgsarbetet (aa s 61).

Antalet kommuner som inom äldreomsorgen har infört organisationsformer som innebär ett åtskiljande av myndighetsutövning och verkställighet har ökat kraftigt under 1990-talet (se inledningen till detta kapitel). Det är troligt att dessa organisatoriska förändringar har bidragit till att höja tröskeln till hemtjänstsystemet, utan att detta var ett uttalat syfte med omorganiseringen, och utan att kommunerna i allmänhet har fattat uttalade beslut om restriktivare tilldelning av hjälp. Systematiska uppföljningar av konsekvenserna av specialiserad biståndsbedömning saknas dock i stort sett (Socialstyrelsen 1999a s 43), liksom studier som på ett systematiskt sätt och jämförande över tid har granskat biståndsbesluten och andelen formella och informella avslag och överklaganden.<sup>20</sup>

### 5.6.2 Minskad efterfrågan

Minskningen av den offentliga äldreomsorgen beror inte enbart på att grupper av äldre har uteslutits från hjälpen. Det rör sig också om en mer eller mindre frivilligt vald sorti: det är troligt att fler äldre har valt att lösa sina omsorgsbehov på annat sätt än genom den kommunala hemtjänsten.

En anledning är de *höjda avgifterna*. Även om avgiften är låg i en internationell jämförelse har den stigit kraftigt under senare år. Kommunerna har också i ökad omfattning använt hemhjälpstaxan som styrinstrument, och genom att höja avgiften mest för tjänster av servicekaraktär (särskilt för äldre med högre inkomster) försökt styra bort efterfrågan från hemtjänsten till andra utförare (SOU 1999:33).<sup>21</sup>

<sup>20</sup> Studier av biståndsbedömning och överklaganden vid enskilda tidpunkter finns dock, se t.ex. Socialstyrelsen 1995c, Lindelöf och Rönnbäck 1997, Socialstyrelsen 1997c.

<sup>21</sup> Boende- och avgiftutredningen kritiserar försöken att styra med avgifterna. Enligt utredarens argumentation behövs inte taxesystemen som styrinstrument eftersom äldreomsorg tilldelas genom den kommunala myndighetens bistånds-

De höjda och i ökad utsträckning inkomstrelaterade avgifterna påverkar sannolikt äldre med höga såväl som låga inkomster. För den som har en relativt god pension och måttliga hjälpbehov är det idag oftast billigare att köpa hjälp på den privata marknaden – särskilt om tjänsterna köps inom den grå/svarta ekonomin. För den som har låg pension kan även en måttlig hemhjälpkostnad vara svår att bära – när hemhjälp- och sjukvårdsavgifterna är betalda låg 37 procent av hemhjälpsmottagarna under existensminimum 1995 (Socialstyrelsen 1998e s 35).<sup>22</sup> Enligt en studie har var tionde pensionär som anser sig behöva hjälp avstått från att söka hemhjälp p.g.a. avgiftens storlek. Detta är vanligast bland kvinnor med låg pension (Socialstyrelsen 1997d s 42).

Också hemtjänstens förändrade *innehåll och organisering* kan ha bidragit till att äldre i ökad utsträckning avstår från hjälp. Som framgått ovan i avsnitt 5.4.3 har hemhjälpens på många håll rationaliserats och standardiserats på ett sätt som har gjort den mindre attraktiv för många äldre. Nedprioriteringen av hemmets skötsel och minskningen av den tid som avsatts för sådana sysslor har troligen också betydelse, liksom förändringar av hjälpens organisering, t.ex. genom förskjutningen från fasta hjälptider och fasta hjälpgivare till en grupporganiserad hjälp med varierande hjälptider.

## 5.7 Åtstramningens konsekvenser

De olika sektorer inom vilka omsorgsarbete kan utföras (familj/anhöriga, kommun/landsting, den privata marknaden och frivilligorganisationer) kan inte ses som kommunicerande kärnl, dvs. att om en aktörs insatser minskar så ökar en annans. Den totala mängden omsorgsarbete är inte konstant över tid, och omsorgsarbetet är i viss mening gränslöst – det är alltid möjligt att göra mer, och det är nästan alltid möjligt

---

beslut. Om avgiftens storlek gör att den enskilde trots omsorgsbehov avstår från hjälp kan det innebära en välfärd förlust. Utredaren betonar särskilt risken att hjälpbehövande personer p.g.a. avgifterna ”avstår från hjälp som skulle innebära en avlösning för anhöriga. Avgifterna får då en styreffekt som motverkar riksdagens ambition att öka stödet till anhöriga som vårdar närstående” (SOU 1999:33 s 19).

<sup>22</sup> En femtedel av hemhjälpsmottagarna låg under norm redan innan avgifterna för vård och omsorg var betalda, främst beroende på en kombination av låg pension och brister i systemet för bostadsstöd. I socialtjänstlagen stadgas att kommunen har ansvar att se till att den enskilde ska ha tillräckliga medel för sina personliga behov efter det att avgifter för vård, omsorg och boende betalats (det s.k. förbehållsbeloppet). Kommunerna brister uppenbarligen ofta i detta avseende (Socialstyrelsen 1998g).

att göra mindre. Det finns därför ingen anledning att förvänta sig några enkla kompensatoriska samband mellan olika omsorgssektorer. Men samtidigt är det svårt att tänka sig att den kraftiga minskningen av antalet äldre med hjälp från den offentliga äldreomsorgen lämnar andra tänkbara utförare av omsorgsarbete opåverkade. Det finns därför anledning att ställa frågan om andra aktörers omsorgsinsatser har ökat under den senaste 20-årsperioden.

### 5.7.1 Mer anhörigomsorg?

Anhörigas omsorgsinsatser är inte synliga i officiella statistikkällor på samma sätt som den offentliga äldreomsorgen, och låter sig inte heller på ett enkelt sätt mätas med andra metoder. Den informella omsorgen har en diffus karaktär som gör den svår att se för både den som ger och den som tar emot hjälpen, och alldeles särskilt de omsorgsinsatser som utförs inom äktenskapets ram tenderar att bli osynliga. En metod som trots sina begränsningar ofta har använts för att uppskatta anhörigomsorgens omfattning är surveystudier, där äldre människor har fått uppge om de behöver hjälp och varifrån de i så fall får hjälp. Sådana studier visar att anhörigas omsorgsinsatser är omfattande, bland hemmaboende äldre minst dubbelt så omfattande som den offentliga omsorgens insatser (Johansson 1991).

Försök att uppskatta om omfattningen av anhörigas omsorgsinsatser har förändrats över tid baseras också oftast på surveyfrågor ställda till presumtiva hjälpmottagare.<sup>23</sup> En studie baserad på SCBs rikstäckande undersökningar om levnadsförhållanden visar, att bland äldre med rörelsehinder och behov av praktisk hjälp i hemmet ökade under 1980-talet andelen som fick hjälp av anhöriga som de inte bodde tillsammans med. För samma grupp minskade andelen som fick kommunal hemhjälp (Szebehely 1993).

Utvecklingen under 1990-talets första hälft (enligt motsvarande rikstäckande källor) är mindre entydig. Bland ensamboende äldre har inte anhörigomsorgen ökat, medan däremot gifta äldre i ökad utsträckning får informell hjälp, oftast enbart hjälp av den andra maken. Både bland ensamboende och gifta äldre har det skett en polarisering av omsorgen: en minskning av andelen äldre som får både hemhjälp och an-

<sup>23</sup> Ett alternativt angreppssätt är studier baserade på frågor till presumtiva omsorgsgivare. En sådan befolkningsbaserad studie visar att andelen i befolkningen som regelbundet och oavlönat hjälper någon person utanför det egna hus hållet är i stort sett oförändrad under 1990-talet: en ökning från 28 till 30 procent mellan 1992 och 1998 (Jeppsson Grassman och Svedberg 1999 s 154).

hörighjälpp, och en ökning av andelen som får antingen eller. Anhöriga som vårdar – ofta medelålders döttrar och ännu oftare gamla hustrur – står därför oftare ensamma om omsorgsansvaret (Daatland, red 1997). En studie från Stockholmsområdet visar mer entydigt på ökade anhöriginsatser både bland ensamboende och gifta äldre: bland hemmaboende äldre i stadsdelen Kungsholmen minskade under 1990-talets första hälft andelen med hemhjälp medan andelen med anhörighjälpp ökade (Szebehely 1999b s 23). Inom den minskande gruppen hemhjälpsmottagare ökade samtidigt andelen som också fick hjälp från anhöriga, vilket skulle kunna tyda på att hemhjälpens insatser hade blivit alltmer otillräckliga. Uppgifter från den tidigare refererade brukarundersökningen om hemtjänsten i Stockholm pekar i samma riktning: andelen bland hemhjälpsmottagarna som uppgav att de fick kompletterande hjälp från anhöriga ökade från 30 till 41 procent mellan 1995 och 1998 (Fried 1998).

Sammantaget tyder dessa uppgifter på att minskningen av offentlig äldreomsorg sannolikt har följts av ökad anhörigomsorg. Rikstäckande uppgifter efter 1994 saknas dock, och även i övrigt råder stor osäkerhet inom detta område. Att gifta äldre i ökad utsträckning hänvisas till enbart informell omsorg är dock tydligt.

Det saknas systematiska studier om vad en eventuell ökning av anhörigas omsorgsinsatser innebär för hjälpbehövande gamla respektive för anhöriga omsorgsgivare. Det finns ingen anledning att tro annat än att många av de anhöriga som ger informell omsorg är mycket nöjda med att vara omsorgsgivare. Det finns inte heller någon anledning att betvivla att många av de gamla som får anhörighjälpp är mycket nöjda med sin omsorgslösning. Den informella omsorgen som en frivilligt vald lösning kan skänka stor tillfredsställelse för bägge parter. Däremot finns det anledning till oro om den informella omsorgslösningen inte är ett resultat av ett fritt val (jämför ”compulsory altruism”, Land och Rose 1985). Enligt en rad skandinaviska studier föredrar äldre människor att få hjälp från hemtjänsten framför att få hjälp från anhöriga (se t.ex. Daatland 1990, Andersson 1993, Svallfors 1996), och det finns idag betydligt fler äldre som får hjälp av anhöriga än som uppger att de föredrar denna informella hjälp (Andersson och Johansson 1996).

### 5.7.2 Mer marknadsomsorg?

Omsorgsinsatser utförda på marknaden är av åtminstone två principiellt olika slag. En form är de insatser som regleras och i huvudsak finansieras av kommunen, men som utförs inom en marknadsbaserad organisation. Här har det skett en förskjutning av äldreomsorgen under 1990-



talet. Äldreomsorg i privat drift har som nämnts inledningsvis trefaldigats i omfattning mellan 1993 och 1999, och omfattar idag cirka fyra procent av hemtjänsten och tio procent av det särskilda boendet för äldre. Denna form av marknadsbaserad äldreomsorg är således inte så omfattande, men ökningstakten är påtaglig. Systematiska uppgifter om entreprenadernas karaktär saknas, men redan 1994 hade framväxten av alternativa driftsformer med ideella inslag avtagit, och andelen vinstdrivande utförare ökat (Finansdepartementet 1995 s 53). Kunskapen är även begränsad avseende eventuella skillnader i kostnader, omsorgskvalitet och arbetsvillkor mellan entreprenad- och offentlig drift, men tillgängliga uppgifter tyder inte på systematiska skillnader i någon riktning (Anell m.fl. 1999). Själva konkurrensutsättningen innebär dock i sig att risken för upprepade byten av utförare kan minska kontinuiteten i omsorgen, något som sannolikt är negativt för hjälptagarnas upplevelser av hjälpens kvalitet (Socialstyrelsen 1996b).

En annan form av marknadsbaserad äldreomsorg är mindre uppmärksamman men möjligen mer omfattande. Det gäller de omsorgsinsatser som utförs på marknaden och som finansieras helt av den hjälpbehövande själv – inom den vita eller grå/svarta ekonomin. Huruvida denna omsorgssektor har vuxit kan inte utläsas ur officiell statistik, men de kommuner som med eller utan hänvisning till den äldres privatekonomi inte längre beviljar hemhjälp med vissa husliga sysslor hänvisar ofta de hjälpsökande till utförare på marknaden; många gånger tillhandahåller kommunen också en förteckning över exempelvis privata städfirmor. Den marknadsbaserade omsorgen är troligen geografiskt ojämnt fördelad, och Socialstyrelsen (1998f s 36) ifrågasätter ”om det finns en fungerande marknad för samtliga de servicetjänster som kommunen nu drar ner på.” I vad mån de äldre som på detta sätt avvisas från hemtjänsten verkligen anlitar dessa firmor, om de i stället vänder sig till en svart marknad eller om de får hjälp av anhöriga finns det ingen samlad kunskap om. Enligt den ovan refererade Kungsholmsstudien har minskningen av den kommunala hemtjänsten åtföljts inte bara av ökade anhöriginnsatser, utan också av en ökning av omsorgstjänster köpta på en privat marknad (Szebehely 1999b). Det är okänt om köp av privata omsorgstjänster har ökat också i andra delar av landet. Här saknas helt uppgifter om verksamhetens omfattning, liksom om tjänsternas kvalitet och personalens arbetsvillkor. Enligt studier om äldres omsorgspreferenser är det dock mycket få äldre (tre till fyra procent) som uppger att de föredrar att få praktisk hjälp från privata utförare (Andersson 1993 s 27, Sundström 1994 s 54).

### 5.7.3 Mer omsorg från frivilligsektorn?

Frivilligsektorn har i Sverige snarare varit en innovatör av sociala tjänster än utförare i stor skala. Så t.ex. initierades hemhjälp för gamla i Sverige 1950 av Röda korset i Uppsala; strax därefter startade motsvarande verksamhet i flera kommuner av andra ideella organisationer. I takt med att verksamheten växte blev dock kommunen snart den dominerande organisationen (Szebehely 1995).

Det är minst lika vanligt att svenskar jämfört med medborgare i flertalet andra europeiska länder utför frivilliginsatser i föreningsform. Organisationer som renodlat ägnar sig åt att utföra socialt hjälparbete är däremot mindre vanliga i Sverige än i vissa delar av Europa. Andelen i den svenska befolkningen som uppger att de utför något slags frivilligt arbete i organiserad form har ökat något mellan 1992 och 1998, en ökning från 48 till 52 procent av befolkningen (Jeppsson Grassman och Svedberg 1999 s 132). Ökningen gäller främst de äldre (60-74 år) och då särskilt andelen som är aktiva inom socialt orienterade organisationer, t.ex. pensionärsföreningar och kyrkliga föreningar (en ökning från 12 till 22 procent) (aa s 151).

Under senare år har det i officiella sammanhang skett en ökad betoning av frivilligsektorns roll som utförare av omsorgsarbete (Jeppsson Grassman och Svedberg 1996). Om denna ideologiska förskjutning också har lett till en reell förskjutning av omsorgsarbetet inom äldreomsorgen är okänt, även om uppgiften om det ökade frivilligarbetet bland äldre skulle kunna tyda på en sådan utveckling. Enligt olika källor (t.ex. Andersson 1993, Szebehely 1999b) uppgav dock åtminstone vid 1990-talets första hälft mycket få äldre att de fick praktisk hjälp i hemmet genom någon frivilligorganisation. Detta kan möjligen ha ändrats sedan dess genom att ett ökande antal kommuner (okänt hur många) hänvisar vissa uppgifter som tidigare har legat på hemtjänsten till frivilligorganisationer (t.ex. promenader och sociala besök).

I detta sammanhang kan det vara värt att påpeka att det inom ramen för den nationella handlingsplanen för äldrepolitiken har inrättats ett statligt stimulansbidrag om 100 miljoner kronor årligen under tre år (1999-2001) i syfte att utveckla kommunernas stöd till anhöriga som vårdar (Regeringens prop. 1997/98:113 s 112). Detta kommer sannolikt att leda till en ökning av frivilligsektorns insatser inom äldreområdet. Bidraget kopplar nämligen samman anhängsomsorgen och frivilligsektorns arbete på så sätt att kommunen, för att kunna få del av stimulansbidraget, måste utforma anhörigstödet i samverkan mellan kommunen och en eller flera frivilligorganisationer (Socialstyrelsen 1999f). Detta sätt att knyta de frivilliga organisationerna till det sociala arbetets fält

är en ny (möjligen nygammal) företeelse för svenska förhållanden, och förefaller närmast vara hämtad från en kontinental tradition.

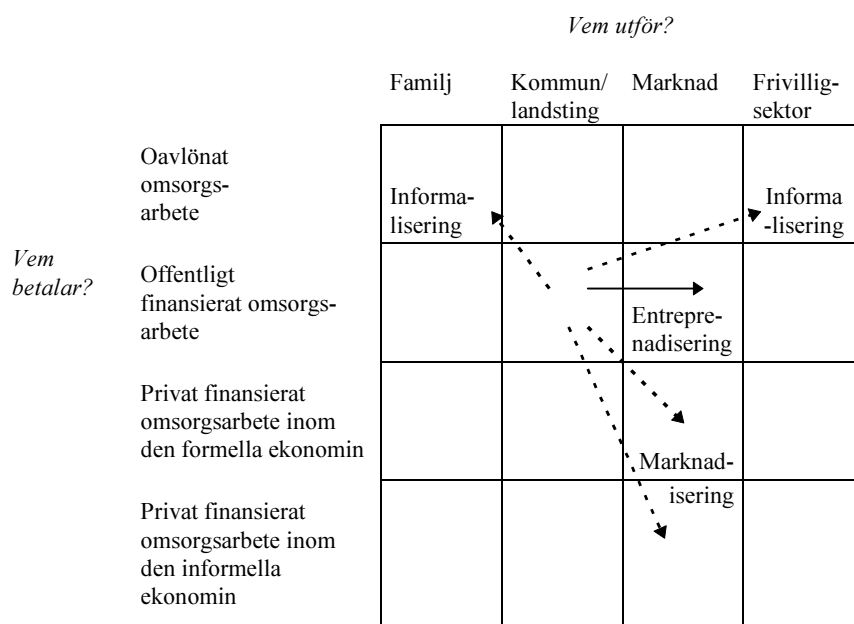
Det finns inga systematiska studier om svenska äldres erfarenheter av att faktiskt få hjälp från frivilligorganisationer. Däremot visar studier av äldre människors preferenser om omsorgsutförare att mycket få (mindre än en procent) föredrar att få hjälp från en frivilligorganisation (Andersson 1993 s 27, Sundström 1994 s 54).

#### 5.7.4 Förskjutningar av omsorgens finansiering och utförande

Det finns inte några rikstäckande uppgifter som på ett entydigt sätt kan visa om äldre människors omsorgsmönster har förändrats under senare år. Den sammantagna bilden tyder dock på vissa förskjutningar. Helt klart är att de offentliga vård- och omsorgssystemen under 1980- och 1990-talet i ökad utsträckning har koncentrerats till de allra mest vårdbehövande. Det är också belagt att det har skett en förskjutning av den offentligt finansierade äldreomsorgen i riktning mot privata entreprenader, även om minst 90 procent av verksamheten fortfarande utförs av offentliganställd personal. Vidare finns det indikationer på att minskningen av den offentliga omsorgens täckningsgrad har åtföljts av såväl ökad anhörigomsorg som ökad användning av marknadstjänster; eventuellt också av ökade insatser från frivilligsektorn.

Detta innebär att omsorgsarbetet sannolikt har förskjutits på olika sätt. Det har troligen skett dels en *förskjutning av omsorgens finansiering från betalt till obetalt arbete*; dels en *förskjutning på utförandesidan från offentligt till marknadsbaserat utförande*. Dessa förskjutningar som kan betecknas en *informalisering* respektive en *entreprenadisering* och *marknadisering* av äldreomsorgen åskådliggörs i figur 6.

Figur 6. Förskjutningar av äldreomsorgens arbetsformer efter 1980



Källa: Szebehely 1999b s 23 (modifierad).

Den enda av dessa förskjutningar som med säkerhet kan beläggas är den som har markerats med en heldragen pil – *entreprenadiseringen av äldreomsorgen* – dvs. den förskjutning som innebär att utförandet men inte finansieringen övergår till privat regi. Förskjutningarna uppåt i figuren, dvs. i riktning från avlönat mot oavlönat arbete i form av anhörigas eller frivilligsektorns insatser – *informaliseringen av äldreomsorgen* – kan inte fastställas med samma säkerhet. Det samma gäller förskjutningarna snett nedåt/höger i figuren, dvs. från offentligt utfört och finansierat omsorgsarbete i riktning mot omsorgsarbete utfört på en vit eller svart/grå marknad och finansierat helt av den enskilde – *äldreomsorgens marknadisering*.<sup>24</sup>

De förskjutningar av äldreomsorgen som åskådliggörs i figuren gäller (med undantag för tendensen mot entreprenadisering) den hem-

<sup>24</sup> Det pågår ytterligare en viktig förskjutning som inte åskådliggörs i figuren. Det gäller den ökande brukaravgiften för det i huvudsak offentligt finansierade omsorgsarbetet, utfört av offentligt eller privat anställd omsorgspersonal. När individens andel av totalkostnaden för detta arbete ökar, förskjuts finansieringen gradvis och oförmärkt i riktning mot privat finansiering av omsorgsarbetet – en förskjutning nedåt i figuren vilket kan ses som en *stegvis privatisering* av omsorgsarbetets finansiering.

baserade omsorgen snarare än äldreboendet, och omsorgen om hemmet snarare än omsorgen om kroppen. Dels ifrågasätter kommunerna sitt ansvar snarare för hemmets än för kroppens vård – personlig omvårdnad finns i betydligt högre grad än hushållsarbete kvar inom det kommunala åtagandet. Dels finns det knappast någon omsorgsmarknad för omfattande personliga omsorgssysslor i Sverige idag – kroppens vård har möjligen förskjutits i riktning mot familjen, men knappast mot marknaden (Szebehely 1999c).

## 5.8 Omsorg i hemmet – nya klassmönster?

Enligt tidigare studier har den kommunala hemhjälpen varit klassmäsigt ganska jämnt fördelad – den blev tidigt en hjälpform som användes av alla samhällsklasser (Sundström 1984). När hemhjälpen minskade under 1980-talet berördes dock äldre med låg utbildning mer än äldre med högre utbildning; bland rörelsehindrade äldre med behov av praktisk hjälp i hemmet var det vid slutet av 1980-talet därför något vanligare med hemhjälp bland högutbildade än bland lågutbildade (Szebehely 1993, se även SCB 1993 s 201). En tänkbar förklaring till denna förskjutning är att tilldelningen av hemhjälp under perioden fick en tydligare karaktär av förhandling, där de som var bättre informerade om sina rättigheter hade lättare att få hjälp (Socialstyrelsen 1994 s 20). ”Ordets makt” tycktes under denna period ha större betydelse än dålig hälsa vid tilldelningen av hemhjälpresurser.

Enligt uppgifter från 1990-talets mitt är hemhjälpen åter mer jämlikt fördelad, åtminstone vid en första anblick.<sup>25</sup> Det framgår av uppgifter från den tidigare nämnda Ädel-ULF-studien, se tabell 4.

<sup>25</sup> En närmare analys av olika gruppers användning av hemhjälp vid olika slags hjälpbehov visar på vissa klasskillnader beroende på vilka alternativ till den offentliga hjälpen som står till buds. Där det finns ett marknadsalternativ (dvs. framförallt när det gäller husliga sysslor) har lågutbildade äldre oftare än högutbildade hemhjälp, medan när ett sådant marknadsalternativ saknas (dvs. framförallt när det gäller omvårdande hjälp och hjälp att bada/duscha) är hemhjälp vanligare bland högutbildade äldre. I båda fallen är anhörlighjälpen ojämnt fördelad och vanligare bland lågutbildade äldre (Szebehely 1999c).

Tabell 4. Hjälpmönster bland äldre med kort resp. längre utbildning. 1994

Andel (%) av hemma-boende äldre (75 år+) som får hjälp från ...	Äldre med endast folkskola	Äldre med mer än folkskola
... hemtjänsten	17	15
...anhörig/vän utanför det egna hushållet	16	11
...maka/make	16	19
...annan person/annan källa	4	8

Källa: Szebehely 1999c s 148 (Egen bearbetning av Ädel-ULF-studien från 1994).

Som framgår av tabell 4 fanns det 1994 endast en obetydlig skillnad i hemhjälpstäckning mellan äldre med olika utbildningsbakgrund (skillnaden är inte signifikant). Den informella hjälpen var däremot klassmässigt mer ojämnt fördelad – lågutbildade fick signifikant oftare än högutbildade informell omsorg från någon person utanför det egna hushållet.<sup>26</sup> Enligt tabellen rapporterade högutbildade oftare än lågutbildade hjälp från maka/make. Denna skillnad är dock inte signifikant och försvinner helt om man tar hänsyn till att det är vanligare att högutbildade äldre är gifta. Hjälp från ”annan person/annan källa” innebär i praktiken framför allt hjälp köpt på marknaden – en lösning som är betydligt vanligare bland högutbildade (jämför också Szebehely 1999b för diskussion om ett liknande klassmönster baserat på den tidigare omnämnda Kungsholmsstudien).

Minskningen av den relativt jämnt fördelade offentliga omsorgen tycks således innebära en tilltagande klassrelaterad skiktning av äldre människors omsorgsmönster – marknadsisering för de resursrika och informalisering för dem med mindre resurser.

## 5.9 En nordisk utblick

I de nordiska länderna har äldreomsorgen förändrats i delvis olika riktningar under de två senaste decennierna. Detta motiverar en nordisk utblick i syfte att få perspektiv på äldreomsorgens förändringar i Sverige.

När det gäller den institutionsbaserade omsorgen är likheterna större än skillnaderna: institutionsvården har minskat, men har i viss utsträck-

<sup>26</sup> Det finns förvånansvärt lite forskning om anhörigas omsorgsinsatser inom olika socioekonomiska grupper. De studier som trots allt finns tyder på att anhörigomsorg för äldre är mer omfattande i lägre sociala skikt (Winqvist 1999).

ning kompenseras av en ökning av äldreboenden med tillgång till mer eller mindre omfattande service och omsorg (Daatland red 1997, Szebehely 1999d). När det gäller den hembaserade omsorgen har fram till de senaste åren andelen av de äldre som får hjälp i hemmet varit betydligt högre i de nordiska länderna än i övriga Europa. Inbördes, mellan de olika nordiska länderna, har skillnaden i hemhjälpstäckning varit ganska måttlig. Under senare år har dock denna bild förändrats, se tabell 5.

Tabell 5. Hjälp i äldre människors hem. Danmark, Finland, Norge och Sverige 1997

	Danmark	Finland	Norge	Sverige
Andel (%) personer i befolkningen 65/67 år+ med hemhjälp och/eller hemsjukvård	24	16	19	8

Källa: Socialstyrelsen 1998a s 21. Uppgiften för Finland gäller 1996.

De nordiska ländernas hemhjälpstatistik är svår att jämföra, och olika källor redovisar olika uppgifter.<sup>27</sup> Med denna reservation kan konstateras att andelen av den äldre befolkningen som får hjälp i hemmet är lägst i Sverige och högst i Danmark – i åldersgruppen 65 år och äldre är hjälp i hemmet genom det offentliga försorg tre gånger vanligare i Danmark än i Sverige.

Det är inte bara hemhjälpandelen som skiljer sig mellan länderna, även hjälpintensiteten varierar kraftigt. Den genomsnittliga hjälpinsat-

<sup>27</sup> Så till exempel var år 1997 hemhjälpstäckningen i befolkningen 65/67 år+ enligt Nordisk Socialstatistisk Kommitté 25 procent i Danmark, 11 procent i Finland, 16 procent i Norge och 12 procent i Sverige (Nososko 1999 s 109). En skillnad mellan dessa uppgifter och Socialstyrelsens uppgifter som redovisas i tabell 5 kan vara att hemsjukvården inkluderas i tabell 5 men inte i Nososko-uppgifterna. Eftersom det är relativt sett vanligast att norska äldre har hemsjukvård utan att också ha hemhjälp, kan detta möjligen förklara de skilda uppgifterna för Norges del. De uppgifter för Sverige som redovisas i tabell 5 omfattar endast insatser i äldre människors vanliga bostäder, medan Nososkos uppgifter även inkluderar hemhjälp som ges till äldre som bor i servicehus. För Finlands del kompliceras bilden av att man där i statistiken skiljer på hemhjälp och "stødtjänster" (auxiliary services), dvs. hjälp med husliga uppgifter som städning, inköp och tvätt. 1997 fick ungefär 85 000 finska äldre hemhjälp, medan drygt 100 000 fick "stødtjänster". Det finns inga uppgifter om hur många som endast får den ena eller andra hjälpformen, respektive hur många som får både ock. Nososkos uppgifter omfattar sannolikt endast hemhjälp, medan det är oklart om delar av "stødtjänsterna" också har inkluderats i Socialstyrelsens uppgifter.

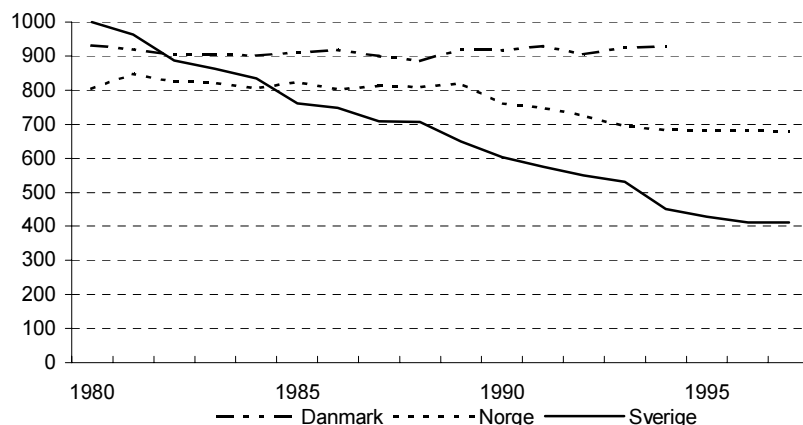
sen är sannolikt högst i Sverige: cirka åtta timmar per vecka jämfört med cirka fem timmar i Danmark (Socialstyrelsen 1998a s 22, gäller år 1997). Motsvarande uppgift för Norge år 1995 var knappt två timmar per vecka (Lingsom 1997, tabell 5.5). I alla de nordiska länderna har det blivit vanligare med hjälp i hemmet på kvällar, nätter och helger, men idag är detta vanligast i Sverige. Omfattande hjälp är minst vanligt i Norge där den vanligaste hjälptilldelningen fortfarande är hjälp en gång var fjortonde dag: enligt en studie i sex norska kommuner får 90 procent av hemhjälpsmottagarna hjälp högst en gång per vecka (Helset 1998 s 56, se även Daatland red 1997 s 190).

Om man jämför den ekonomiska satsningen på äldreomsorg i Danmark och Norge, mätt som antal årsarbeten inom äldre- och handikappomsorg i relation till antalet äldre personer i befolkningen, satsades vid mitten av 1990-talet mest resurser i Danmark (Daatland red. 1997, jämförbara uppgifter för Sverige saknas). När det gäller hemtjänst finns vissa möjligheter att också jämföra med Sverige. Av de tre länderna satsar Danmark här mest resurser, medan Norge troligen satsar minst (Daatland red 1997, Socialstyrelsen 1998a s 22).

Medan hemhjälpstäckningen har minskat kontinuerligt och kraftigt i Sverige, har antalet personer med hemhjälp i relation till den äldre befolkningen varit i stort sett oförändrad i Danmark, och minskat mer måttligt i Norge, se figur 7 (motsvarande uppgifter för Finland visar på en nedgång som är parallell med den svenska utvecklingen under 1990-talet, dock på en något högre nivå, se Socialstyrelsen 1998a s 21, Vaarama och Kautto 1998 s 36).



Figur 7. Antal personer med hemhjälp/hemsjukvård per 1 000 personer i befolkningen 80 år och äldre. Danmark, Norge och Sverige, 1980-1997



Källor: Danmark: Daatland red 1997; Norge: Daatland red 1997 (för 1997 Statistisk sentralbyrå 1999); Sverige: Socialdepartementet 1999. Diagrammet från Szebehely 1999d.

Med reservation både för stora kommunala skillnader i alla de nordiska länderna – skillnaden mellan kommuner inom varje land är större än skillnaden mellan länderna – och för svårigheter att jämföra äldreomsorgsstatistiken i de nordiska länderna, kan följande mönster urskiljas (jfr Daatland red 1997 och Szebehely 1999d):

Den svenska utvecklingen karaktäriseras av en påtaglig *selektivisering*. I ett tjugoförårspektiv har både den institutionsbaserade och den hembaserade äldreomsorgens täckningsgrad minskat. Ett i stort sett oförändrat antal hemhjälpstimmar koncentreras till allt färre och allt mer hjälpbehövande personer. Även den finska utvecklingen präglas av selektivisering av hemtjänsten. Varken i Sverige eller Finland har det under perioden skett en överföring från institutionsbaserad till hembaserad omsorg. Tvärtom – i båda länderna har antalet platser i äldreboende (institutioner och servicehus sammantaget) varit i stort sett oförändrat i relation till antalet äldre i befolkningen, medan antalet hemhjälpsmottagare har minskat drastiskt.

Jämfört med den finska och svenska utvecklingen präglas den norska av mindre drastiska förändringar och en större betoning av traditionell institutionsvård – Norge har idag Nordens högsta täckningsgrad av äldreinstitutioner (Island ej medräknat). Den norska hemhjälpsutvecklingen präglas av en *tilltagande knapphet* vad gäller både täckningsgrad och intensitet: andelen av de äldre som får hemhjälp har minskat under

1990-talets senare hälft samtidigt som också det genomsnittliga antalet hemhjälpstimmar per hjälptagare har minskat.

Den danska utvecklingen pekar mot en avinstitutionisering som har kompenseras av både ett ökande antal bostäder för äldre och en fortsatt *generös tilldelning* av hemtjänstinsatser. Såväl antalet hemhjälpsmottagare som den totala timvolymen har ökat oavbrutet, enligt vissa uppgifter (Socialstyrelsen 1998a s 22) också den genomsnittliga hjälptiden per hjälpmottagare. Hemhjälp erbjuds också mer aktivt i Danmark, där kommunerna sedan 1996 har en lagstadgad skyldighet att två gånger årligen erbjuda hembesök till alla äldre kommuninnevånare. Syftet är att informera om kommunens service, samtidigt som kommunens tjänstemän informeras om eventuella otillfredsställda hjälpbehov bland invånarna. Den danska tillväxten av antalet hemhjälpsmottagare kan också relateras till att hemhjälpen i Danmark fortfarande är gratis för den enskilde, medan hemhjälpavgifterna har ökat kraftigt i de övriga nordiska länderna. Skillnaden är särskilt stor mellan Sverige och Danmark: medan den svenska äldreomsorgen idag tilldelas efter allt mer selektiva principer – efter strikt behovsbedömning och (ibland) ekonomisk prövning – ses hemhjälpen i Danmark fortfarande som en del av den generella välfärden.<sup>28</sup>

### 5.9.1 Lärdomar för Sverige?

De här redovisade nordiska uppgifterna kan inte användas som underlag för bedömning av äldreomsorgens kvalitet i de olika nordiska länderna, men kan ändå tjäna som utgångspunkt för en problematisering av den svenska äldreomsorgspolicyn. Om inte annat visar erfarenheterna från våra grannländer (framför allt utvecklingen i Norge) att det inte finns något enkelt samband mellan den ekonomiska utvecklingen på nationell nivå och äldreomsorgens utveckling.

En nordisk jämförelse visar också på alternativa sätt att fördela resurserna. I den svenska 1990-talsdebatten om äldreomsorg har det funnits en tendens att se den pågående koncentrationen av omsorgsresurserna till de allra skröpligaste och ensamaste som den enda möjliga lösningen på konflikten mellan knappa resurser och växande behov. Det har hävdats att det inte finns tillräckligt med pengar att *både* hjälpa de mycket skröpliga *och* ge små hjälpinsatser i avlastande eller förebyggande syfte till stora grupper av äldre. Det senaste årets uppmärksamhet på den danska hemtjänsten kan ha bidragit till en begynnande

<sup>28</sup> Även i Danmark pågår dock en diskussion om selektivisering av hemtjänsten, se Sundström 1999a s 133.

förändring härvidlag. På statlig nivå (men inte nödvändigtvis på kommunal) finns idag ett ökat intresse för den danska äldreomsorgsmodellens möjligheter att förebygga större omsorgsbehov och avlasta anhöriga genom att vara mer generös med mindre omsorgsinsatser.

Bidragande till en förändrad syn på små hjälpinsatser är insikten om att lite hjälp till relativt stora grupper inte behöver ta särskilt stora resurser i anspråk. De 36 procent av de svenska hemhjälpsmottagarna som 1997 hade mindre än tio timmar hjälp per månad tog bara fem procent av hemtjänstens resurser i anspråk (beräknat på uppgifter i Socialstyrelsen 1998a s 17). En studie genomförd på uppdrag av Socialstyrelsen visar att kommunernas besparing av att tränga undan denna hjälptagargrupp är marginell – 0,3-0,6 procent av kommunernas totala kostnad för äldre- och handikappomsorg (Blomberg m.fl. 1998). Socialstyrelsen (1998a s 10) konstaterar, bl.a. på basis av denna studie:

Mycket talar för att en alltför beskuren och selektiv fördelning av hemtjänsten får negativa konsekvenser på sikt. En mer generös fördelning av hemtjänst kan ha ett stort förebyggande värde och innebära att den äldre kan få bo kvar i sitt hem. Det finns inga entydiga belägg för att en nedskuren hemtjänst ger några påtagliga besparingseffekter.

Bidragande till kritiken mot att ensidigt koncentrera resurserna till de allra mest vårdbehövande är sannolikt dels de höga kostnaderna förknippade med att ge hjälp i hemmet till denna grupp, dels hemtjänstens problem att möta denna mest omsorgsbehövande grupps behov: Enligt en beräkning utförd av Svenska Kommunförbundet (1999c) kan kostnaden för vård och omsorg i hemmet för en person som behöver hjälp med toalettbestyr och förflyttning inomhus vara två till tre gånger högre än om samma insatser ges i ett särskilt boende. Enligt flera studier (Socialstyrelsen 1997b och 1998a, Stockholms stads revisionskontor 1999) är hemhjälporganisationen inte särskilt lämpad att möta omsorgsbehov ”efter kontorstid”. Trots att möjligheten att få hjälp på kvällar, nätter och helger har ökat kraftigt under 1990-talet, innebär tidspress, många olika inblandade aktörer och bristande samarbete dem emellan ofta otrygghet för de gamla och en belastning för de anhöriga.<sup>29</sup>

<sup>29</sup> Även om en rad studier visar att äldre människor i allmänhet föredrar att få vård och omsorg i det egna hemmet vet vi mindre om i vad mån detta också gäller äldre med mycket omfattande omsorgsbehov. Det är oklart i vad mån mycket hjälpbehövande människor vårdas i hemmet som följd av ett positivt val (där hemmet av den gamla själv upplevs som det bästa alternativet) eller ett negativt val (där hemmet är vårdplats p.g.a. brist på plats i ett adekvat särskilt boende).

Den officiella svenska äldreomsorgspolicyn har på senare tid tagit intryck från Danmark också när det gäller idén att genom uppsökande verksamhet försöka förebygga framtida omsorgsbehov och underlätta situationen för anhöriga som vårdar. En sådan tankegång ligger bakom regeringens beslut att avsätta stimulansmedel för att kommunerna ska utveckla försök med uppsökande verksamhet bland äldre enligt dansk förebild (Regeringens prop. 1997/98:113 s 115).

Uppsökande verksamhet inom äldreområdet var vanlig vid slutet av 1970-talet i Sverige då tjänstemän inom hemhjälpsverksamheten knackade dörr och erbjöd kommunens tjänster. Idag förekommer sällan sådan uppsökande verksamhet, trots att socialtjänstlagen ålägger kommunerna ett ansvar att hålla sig informerade om eventuella otillfredsställda hjälpbehov bland invånarna. I den offentliga retoriken har under 1990-talet hittills starkt betonats individens eget ansvar att försöka klara sig så länge som möjligt, och att sedan själv aktivt begära hjälp när det verkligen behövs. Satsningen på uppsökande verksamhet i regeringspropositionen kan kanske ses som ett trendbrott från denna starka betoning av individens ansvar, och som ett uttryck för oro över att den restriktiva hjälptilldelningen i kombination med betoningen på den enskildes ansvar att själv bevaka sina intressen kan leda till att resurssvaga grupper riskerar att komma i kläm.

## 5.10 Sammanfattande slutord

Att sammanfatta den svenska äldreomsorgens förändringar under 1990-talet är inte lätt. Det har troligen skett flera olika förskjutningar under perioden. För det första har det skett en *förskjutning från sjukhusvård i riktning mot vård i hemmet och inom kommunala äldreboenden*. Kommunernas resurser har inte ökat i takt med ökade omsorgsbehov föranledda av sjukhusvårdens minskning och ökningen av antalet gamla människor i befolkningen. Äldre med stora omsorgsbehov, vilka tidigare ofta fanns inom sjukvården, tar idag en ökad andel av den kommunala äldreomsorgens resurser. Som en följd härav har hemtjänstens insatser kommit att koncentreras på en mindre och alltmer hjälpbehövande grupp av äldre. Hemtjänstens insatser har därvid förskjutits *från husliga och sociala uppgifter i riktning mot mer medicinskt omvårdande*. Samtidigt befinner sig *en växande grupp äldre idag utanför den offentliga äldreomsorgen*.

Äldre som inte längre får hemhjälp får sannolikt i ökande utsträckning hjälp av anhöriga och möjligen också från frivilligorganisationer – dvs. det har troligen skett en *förskjutning mot obetalt omsorgsarbete, en informalisering av äldreomsorgen*. Det är också troligt att

vissa grupper av äldre i ökad utsträckning köper hjälp på en privat marknad – dvs. det har troligen skett en *förskjutning av både utförandet och finansieringen i riktning från offentligt till privat, en marknadsiering av äldreomsorgen*. Anhörigomsorg och omsorgsinsatser köpta på en privat marknad fördelas klassmässigt ojämnt: äldre med mer resurser tenderar att ersätta hemtjänstens insatser med marknadshjälp, medan mindre resursstarka äldre oftare får anhörighjälp. Enligt Sunesson m.fl. (1998) innebär selektiva välfärdssystem alltid att vissa grupper ersätter svårtillgängliga eller otillfredsställande offentliga tjänster med marknadslösningar, medan de som inte har råd hänvisas till familjeomsorgen. Ökad marknadsiering och ökad informalisering går hand i hand.

Hemtjänstens minskade täckningsgrad beror sannolikt på både striktare hjälptilldelning och minskad efterfrågan som följd av avgiftshöjningar och innehållsliga/organisatoriska förändringar. Dessa förändringar har skett stegvis och oförmärkt. Medan den minskade hemhjälpen fortfarande tycks vara en ganska jämnt fördelad resurs, tenderar äldreomsorgens informalisering och marknadsiering att bidra till en *smygande skiktning av välfärden*. Denna tilltagande skiktning riskerar att rubba det starka stöd som den offentliga äldreomsorgen hittills har haft.

I vad mån dessa förskjutningar innebär förändrade villkor för hjälpbehövande gamla och/eller för de avlönade och oavlönade utförarna av omsorgsarbetet finns det mycket begränsad kunskap om. Kunskapsläget är också begränsat vad gäller de äldre som fortfarande finns kvar inom det offentliga omsorgsåtagandet. Trots en ökad uppmärksamhet på myndighetstillsyn och kvalitetsuppföljning är det svårt att bedöma verksamheternas kvalitet. Också verksamheternas faktiska utformning är svårbedömd; antalet platser i olika former av äldreboende kan inte följas över tid, inte heller personaltäthet i förhållande till vårdtyngd. Även där regelbunden statistik samlas in finns det svårigheter att följa utvecklingen över tid: en statistikomläggning har kraftigt begränsat möjligheten att jämföra äldreomsorgsinsatserna 1998 med åren dessförinnan. Kunskapsluckorna är ännu större vad gäller de systemförändringar som präglat äldreomsorgen (liksom andra kommunala verksamheter) under 1990-talet. Dessa förändringar av styr- och driftsformer, som har sammanfattats under beteckningen *företagisering av kommunerna* (Forsell 1994), har inte följts upp på ett systematiskt sätt från statsmaktens sida. Därför är mycket lite känt om förändringarnas omfattning och karaktär, och i ännu högre grad om de eventuella konsekvenserna för hjälpmottagare och personal.

## Referenser

- Andersson, L. 1993. *Äldre i Sverige och Europa*. Ädel-utvärderingen 93:4. Stockholm: Socialstyrelsen,.
- Andersson, L. & L. Johansson, 1996. *Äldres behov av och inställning till hjälp och vård*. i Socialstyrelsen 1996c.
- Anell, A. & M. Persson, 1998. "Jämförelser av sjukvårdsresurser i olika länder: mäta BNP-andel inte nog, reala mått kompletterar", *Läkartidningen*, 95(30-31):3315-3318.
- Anell, A., PG. Edebalk & M. Svensson, 1999. "Resursfördelning och finansiering", i *2000-talets äldrevård och äldreomsorg*. Sprirapport nr 491. Stockholm: Spri.
- Aronsson, G., V. Astvik, M. Freed Solfeldt & L. Svensson, 1995. *Kvalitet genom inflytande. Om förändring och utveckling i hemtjänsten*. Stockholm: Arbetslivsinstitutet.
- Arbetsarkivstyrelsen & SCB, 1998. *Arbetsmiljön 1997*. Statistiska meddelanden Am 68 SM 9801. Stockholm: Statistiska Centralbyrån.
- Batljan, I. & M. Lagergren, 2000. *Kommer det att finnas en hjälpande hand?* LU 1999/2000, bilaga 8. Långtidsutredningen. Stockholm: Finansdepartementet.
- Bergh, A. 1995. *Möte mellan män och kvinnor i äldreomsorgen*. Lund: Studentlitteratur.
- Blomberg, S. m.fl. 1998. *Äldreomsorg utan service – en framgångsrik strategi?* Äldreuppdraget 98:13. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Daatland, S.O. 1990. "What are families for? On family solidarity and preference for help", *Ageing and Society*, 10(1):1-15.
- Daatland, S.O. (red.) 1997. *De siste årene. Eldreomsorgen i Skandina- via 1960-1995*. NOVA-rapport 22/1997. Oslo: NOVA.
- Eliasson-Lappalainen, R. & M. Szebehely, 1998. "Omsorgskvalitet i svensk hemtjänst – hotad eller säkrad av att mätas?" i Eliasson-Lappalainen, R. & M. Szebehely (red.), *Vad förgår och vad består? En antologi om äldreomsorg, kvinno- och socialpolitik*. Lund: Arkiv förlag
- Eliasson, R. (red.) 1992. *Egenheter och allmänheter. En antologi om omsorg och omsorgens villkor*. Lund: Arkiv förlag.

- Eliasson, R. (red.) 1996. *Omsorgens skiftningar. Begreppet, vardagen, politiken, forskningen*. Lund: Studentlitteratur.
- Finansdepartementet. 1995. *Vad blev det av de enskilda initiativen? En kartläggning av verksamheten inom skolan, vården och omsorgen*. Rapport till ESO. Ds 1995:25.
- Forsell, A. 1994. "Företagisering av kommuner", i Jacobsson B. (red.), *Organisationsexperiment i kommuner och landsting*. Stockholm: Nerenius & Santéreus förlag.
- Freed Solfeldt, M. 1990. *Tyvärre jag hinner inte... Om arbetet vid servicehus och om olika faser i en arbetsprocess*. Stockholm: Almqvist & Wiksell.
- Fried, R. 1979. *De äldres levnadsförhållanden i Stockholm*. Utredningsrapport nr 1979:8, Stockholms kommun: Utrednings- och statistikkontoret.
- Fried, R. 1995. *Hemtjänsten i Stockholm. En redovisning för de 24 stadsdelsnämnderna*. Utredningsrapport 1996:1. Stockholms stads utrednings- och statistikkontor.
- Fried, R. 1998. *Hemtjänsten i Stockholm 1998 – en enkät till hjälptagarna och jämförelser med 1995*. Utvärdering av SDN-reformen, Rapport nr 19. Stockholms stad: Stadsledningskontoret.
- Gough, R. 1987. *Hemhjälp till gamla*. Stockholm: Arbetslivscentrum.
- Gurner, U. & M. Thorslund, 1998. *Utskriven från geriatrisk klinik*. Rapport 1998:11. Stockholm: Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum.
- Gustafsson, G. 1999. *En omsorgstriad. Om relationer mellan omsorgsmottagare, vårdbiträden och hemtjänstassistenter*. Göteborgs universitet: Institutionen för socialt arbete. (akad avh)
- Gustafsson, R.Å. & I-L. Petterson, 1999. "En empirisk jämförelse mellan landsting med olika styrmodeller", i SOU 1999:66, Bilaga 1. *De nya styrsystemen inom hälso- och sjukvården – vad händer med ekonomi, arbetsmiljö och demokrati?*
- Heggemann, H. & A. Thomas, 1989. *Gamla, ja det är visst så dom kallar oss*. Esselte Studium, Stockholm
- Helset, A. 1998. *En god hjemmetjeneste for eldre? Brukernes og hjemmehjelpernes syn på kvalitet*. NOVA-rapport 19/98. Oslo: NOVA.

- Jeppsson Grassman, E. & L. Svedberg, 1996. "Voluntary Action in a Scandinavian Welfare Context: The Case of Sweden", *Nonprofit and Voluntary Sector Quarterly*, 25:415-427.
- Jeppsson Grassman, E. & L. Svedberg, 1999. "Medborgarskapets gestaltningar. Insatser i och utanför föreningslivet", i SOU 1999:84. *Civilsamhället*. Demokratiutredningens forskarvolym VIII.
- Johansson, L. 1991. *Caring for the Next of Kin. On Informal Care for Elderly in Sweden*. Uppsala universitet. (akad avh)
- Jämförelsetal för socialtjänsten 1997*. Socialstyrelsen, Svenska Kommunförbundet & SCB.
- Lagergren, M. & P.Å. Johansson, 1996. *Finns det systematiska skillnader i biståndsbesluten mellan socialdistrikten i Stockholm?* Rapport 1996:3. Stockholm: Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum.
- Land, H. & H. Rose, 1985. "Compulsory altruism for some or an altruistic society for all", i Bean P, Ferris, & D.H. Whyne (red.), *In defence of welfare*. London: Tavistock.
- Landstingsförbundet, 1999a. *Landstingens ekonomi Juni 1999*.
- Landstingsförbundet, 1999b. Databas: *Fokus på vården*.
- Lindelöf, M. & E. Rönnbäck, 1997. *Behov, bedömning och beslut i äldreomsorgen. En studie i 27 kommuner kring handläggningsprocessen*. SoS-rapport 1997:8. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Lingsom, S. 1997. *The Substitution Issue. Care policies and their consequences for family care*. NOVA-rapport 6/97, Oslo: NOVA (akad avh)
- Lundin, L. & G. Sundström, 1994. "Det riskabla åldrandet", *Välfärdsbulletinen*, 2:7-9.
- Länsstyrelsen i Stockholms län, 1998. *Utökad tillsyn av särskilda boendeformer för äldre*. Rapport 1998:11.
- Montin, S. 1997. "New Public Management på svenska", *Politica*, 29:261-278.
- Möller, T. 1996. *Brukare och klienter i välfärdsstaten*. Stockholm: Publica.
- Nationell tillsyn 1999:1. *Resultatet av den sociala tillsynen 1998*. Stockholm: Socialstyrelsen och Länsstyrelserna.



- Nordström, M. 1998. *Yttre villkor och inre möten – hemtjänsten som organisation*. Göteborgs universitet: Sociologiska institutionen, (akad avh)
- Nososko 1999. *Social trygghed i de nordiske lande 1997*. Nordisk Socialstatistisk komité 6:1997. Köpenhamn.
- Regeringens prop. 1996/97:115 *Mer tillgänglig kollektivtrafik*. Stockholm.
- Regeringens prop. 1997/98:113 *Nationell handlingsplan för äldrepolitiken*. Stockholm.
- Sandman, P.O. 1998. "Att vårda dementa", i *Äldreomsorgens vardag*. Stockholm: Socialvetenskapliga forskningsrådet.
- SCB, 1991. *Socialtjänststatistik 1982-1989*. Stockholm: Statistiska centralbyrån.
- SCB, 1993. *Pensionärer 1980-1989. Levnadsförhållanden, rapport nr 81*. Stockholm: Statistiska centralbyrån.
- SCB, 1997. *Välfärd och ojämlikhet i 20-årsperspektiv 1975-1995*. Stockholm: Statistiska centralbyrån.
- Slagsvold, B. 1995. *Mål eller mening. Om å måle kvalitet i aldersinstitusjoner*. NGI-rapport 1/1995. Oslo: Norsk gerontologisk institutt. (akad avh)
- Socialdepartementet, 1999. *Välfärdsfakta social – sammanställning av fakta/nyckeltal inom välfärdsområdet. 1999-11-25*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen & SCB, 1993. *Socialtjänsten och omsorgerna i Sverige 1993*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen, 1992. *Rättstillämpningen inom äldre- och handikappomsorgen. Aktiv uppföljning i Norrbottens och Västerbottens län*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen, 1994. *Äldreomsorg i nedskärningstider. Huvudrapport. Aktiv uppföljning i Stockholms län*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen, 1995a. *Beställar-utförarmodellen. Alternativa styr- och driftsformer i äldreomsorgen*. SoS-rapport 1995:20. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen, 1995b. *Tillfälliga statsbidrag till gruppboheter och sjukhem m.m. Ädelutvärderingen 95:3*. Stockholm: Socialstyrelsen.

- Socialstyrelsen, 1995c. *Rättssäkerhet inom hemtjänsten. Ädelutvärderingen 95:5*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen, 1996a. *Social service, vård och omsorg i Sverige 1996*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen, 1996b. *Äldreomsorg på entreprenad. Alternativa styr- och driftsformer i äldreomsorgen. SoS-rapport 1996:8*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen, 1996c. *Äldres hälsa, behov och bruk av service och vård. Ädel-utvärderingen 96:6*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen, 1996d. *Äldreomsorgens avgifter. Socialstyrelsen följer upp och utvärderar 1996:6*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen, 1997a. *Att resa med färdtjänst. Socialstyrelsen följer upp och utvärderar 1997:3*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen, 1997b. *Äldreuppdraget, årsrapport 1997. Socialstyrelsen följer upp och utvärderar 1997:9*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen, 1997c. *Hjälp till vardags – kommunala riktlinjer och rättspraxis inom äldreomsorgen. Äldreuppdraget 97:2*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen, 1997d. *Pensionärshushållens kostnader för äldreomsorg och sjukvård. Äldreuppdraget 97:8*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen, 1998a. *Äldreuppdraget. Årsrapport 1998. Socialstyrelsen följer upp och utvärderar 1998:9*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen, 1998b. *Sjukvården i Sverige 1998*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen, 1998c. *Ädelparadoxen. Sjukhemmen före och efter Ädelreformen. Äldreuppdraget 1998:11*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen, 1998d. *Vård och omsorg om äldre och personer med funktionshinder 1997. Statistik Socialtjänst 1998:7. Sveriges officiella statistik*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen, 1998e. *Äldrehushåll under socialbidragsnorm. Äldreuppdraget 98:3*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen, 1998f. *Kommunernas avgiftsregler för äldre- och handikappomsorg 1997. Äldreuppdraget 98:4*. Stockholm: Socialstyrelsen.

- Socialstyrelsen, 1999a. *Konkurrensutsättning och entreprenader inom äldreomsorgen*. Äldreuppdraget 99:6. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen, 1999b. *Socialtjänsten i Sverige 1999*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen, 1999c. *Vård och omsorg om äldre 1998. Statistik Socialtjänst*. Sveriges officiella statistik. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen, 1999d. *Ändrad socialtjänstlag – konsekvenser under de första 18 månaderna*. Socialstyrelsen följer upp och utvärderar 1999:3. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen, 1999e. *300 miljoner för utveckling av stöd till anhöriga*. Meddelandeblad nr 2/99. Stockholm: Socialstyrelsen.
- SOU 1999:33. *Bo tryggt – Betala rätt*. Betänkande av Boende- och avgiftsutredningen.
- Statistisk Sentralbyrå, 1999. *Pleie- og omsorgsstatistikk 1997*. Oslo.
- Stockholms stads revisionskontor, 1999. *"Tänk om någon såg helheten!" Samverkan i vård och omsorg om äldre i ordinärt boende i Stockholms stad*. Revisionsrapport Nr 9.
- Sundström, G. & B. Malmberg, 1996. "The long arm of the welfare state shortened. Home help in Sweden", *Scandinavian Journal of Social Welfare*, 5:69-75.
- Sundström, G. 1984. *De gamla, deras anhöriga och hemtjänsten*. Rapport i socialt arbete 22, Stockholms universitet, Socialhögskolan.
- Sundström, G. 1994. *Hemma på äldre da'r*. Socialstyrelsen, Ädelrapport 94:17.
- Sundström, G. 1999a "Nedskärningar av svensk äldreomsorg: misär för de äldre?" i Christensen, K. & L. Syltevik (red.), *Omsorgens förvitring. Antologi om utfordringer i velferdsstaten*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Sundström, G. 1999b. *Behov av vård och omsorg – en kunskapsöversikt*. Äldreberedningen. Stockholm: Svenska Kommunförbundet.
- Sunesson, S. m.fl. 1998. "The flight from universalism", *European Journal of Social Work*, 1 (1):19-29.
- Svallfors, S. 1996. *Välfärdsstatens moraliska ekonomi*. Umeå: Boréa.
- Svenska Kommunförbundet, 1998. *Förändringar av kvalitet och produktivitet i barnomsorg, skola och äldreomsorg*. 90 studier om 90-talet.

- Svenska Kommunförbundet, 1999a. *Konkurrens för fortsatt välfärd?*
- Svenska Kommunförbundet, 1999b. *Vår framtid. Äldres vård och omsorg inför 2000-talet*. Slutrapport. Äldreberedningen.
- Svenska Kommunförbundet, 1999c. *Kostnader för vård och omsorg – en förstudie*. Äldreberedningen.
- Svensson, L. 1986. *Grupper och kollektiv. En undersökning av hemtjänstens organisation i två kommuner*. Stockholm: Arbetslivscentrum.
- Szebehely, M. 1993. *Hemtjänst eller anhörigvård? Förändringar under 1980-talet*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Szebehely, M. 1995. *Vardagens organisering. Om vårdbiträden och gamla i hemtjänsten*. Lund : Arkiv Förlag. (akad avh)
- Szebehely, M. 1998a. ”Hjälp i hemmet i nedskärningstid - hemtjänstens och anhörigas insatser för gamla kvinnor och män”, i Sandqvist, A-M. (red.), *Åt var och en efter behov*. Stockholm: Kommentus Förlag.
- Szebehely, M. 1998b. ”Hustruns hjälp eller hemtjänstens? Ett könsperspektiv på äldreomsorgens förändringar”, i *Äldreomsorgens vardag*. Stockholm: Socialvetenskapliga forskningsrådet.
- Szebehely, M. 1999a. ”Särskilt boende – en fråga om klass och kön?” *Välfärdsbulletinen*, 1:11-13.
- Szebehely, M. 1999b. ”Omsorgsarbetets olika former – nya klasskillnader och gamla könsmonster i äldreomsorgen”, *Sociologisk forskning*, 1:7-32.
- Szebehely, M. 1999c. ”Den svenska äldreomsorgens skiktning – i går och idag”, i Christensen, K. & L. Syltevik (red.), *Omsorgens förvitring. Antologi om utfordringar i velferdsstaten*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Szebehely, M. 1999d. *Caring for Frail Older Persons in Scandinavia: the impact of moving borders between traditional institutions and care at home*. Report for the OECD, Social Policy Studies (under publicering).
- Thorslund, M. 1997. *Kvalitetsutveckling inom äldreomsorgen. Äldres flyttningar till service och vård. Sundsvall 1996*. Stockholm: Spri.
- Thorslund, M. 1998. ”De allra äldstas situation”, i *Äldreomsorgens vardag*. Stockholm: Socialvetenskapliga forskningsrådet.

- Thorslund, M., Å. Bergmark & M. Parker, 1997. "Difficult decisions on care and services for elderly people: the dilemma of setting priorities in the welfare state", *Scandinavian Journal of Social Welfare*, 6:197-206.
- Thorslund, M., O. Lundberg & M. Parker, 1993. "Klass och ohälsa bland de allra äldsta", *Läkartidningen*, 90 (41):3547-3553.
- Thulin, A-B. 1987. *Arbetsförhållanden inom hemtjänsten*. FoU-rapport nr 80, Stockholms socialförvaltning.
- W&D Marknadsinformation AB, 1991. *Undersökning bland pensionärer 80 år och äldre boende i Stockholms innerstad*.
- Vaarama, M. & M. Kautto, 1998. *Social Protection for the Elderly in Finland*. Helsinki: Stakes.
- Wimo, A., G. Karlsson, P.O. Sandman & B. Winblad, 1994. *Vården av dementa – en tickande kostnadsbomb. Förändring av prevalens och kostnader 1980-2025*. Rapport 1994:2. Stockholm: Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum.
- Winqvist, M. 1999. *Vuxna barn med hjälpbehövande föräldrar – en livsformsanalys*. Uppsala universitet: Sociologiska institutionen. (akad avh)

## 6 Marknadens decennium

– gränssomdragande reformer i den offentliga sektorn under 1990-talet

*Karin Svedberg Nilsson*

Huruvida olika typer av verksamhet bäst drivs i privat eller offentlig regi, ”ute” på marknaden eller ”inne” i byråkratin, är ingen ny fråga. Den har heller inget givet svar. Hur man svarar beror bland annat på vilken tilltro som sätts till byråkratin som reglerings- och fördelnings-system, relativt tilltron till marknadsmekanismer, liksom på politisk åskådning. Det beror emellertid också på var och när frågan besvaras. I Sverige övergick den offentliga sektorn under 1980-talet från att ha varit förebildlig till att bli ”den fula system” (Czarniawska 1985). Denna trend fortsatte under 1990-talet.

Under 1990-talet ägde många organisationsförändringar rum som flyttade på gränserna mellan den offentliga sektorn och det privata näringslivet. Även gränserna mellan och inom stat, landstingskommuner och primärkommuner har flyttats. I det här kapitlet står därför organisationsförändringar som påverkar gränsdragningen mellan olika organisationer och nivåer och sfärer, så kallade gränssomdragande reformer, i fokus för beskrivningen.

I de inledande avsnitten beskrivs vad gränssomdragande reformer är. Sedan diskuteras ett antal sådana reformer som drivits i den offentliga sektorn under 1990-talet. Därefter diskuteras hur dessa förändringar har motiverats. Här återfinns en strävan efter renodling, effektivitet och kundanpassning. Efter detta motivavsnitt problematiseras relationen mellan motiv och effekter.

I kapitlets avslutande avsnitt analyseras organisationsförändringarnas konsekvenser. Här diskuteras om nittioalets reformer medfört ett större marknadsinslag och fler företagslika organisationer i den offentliga sektorn – om 1990-talets reformer kan tänkas ha bestående konsekvenser eller om de är ett flyktigt mode. I det sista avsnittet berörs även vikten av lokal redigering för organisationsförändringars effekter. Slutligen diskuteras vad det kan ha för betydelse att organisationers

gränsdragningsarbete flyttas fram i ljuset, vilket 1990-talets gränsomdragande reformer har verkat för.

## 6.1 Organisationsförändringar som reformer

När man talar om organisationsförändringar kan man avse flera olika fenomen och begreppet kan användas i både snävare och vidare mening. Ett brett sätt att se på organisationsförändringar är att sätta likhetstecken mellan sådana förändringar och administrativa reformer. Organisationsförändringar kan då beskrivas som "... medvetna förändringar i organisationers former, deras strukturer, arbetssätt eller ideologier, i avsikt att förbättra deras beteende och resultat" (Brunsson och Olsen 1990:11).

Synen på organisationsförändringar som administrativa reformer implicerar en rationell syn på hur organisationer förändras, där det är ledningen eller huvudmännen som väljer vilka reformer som ska införas och där dessa även är pådrivande vid reformernas genomförande (Brunsson och Olsson 1990). Det är emellertid svårt att hävda att reformer väljs i egentlig mening, varför synen på organisationsförändringar som administrativa reformer är något problematisk. Reformen behöver inte väljas och drivas aktivt. Tvärtom kan reformer som stämmer överens med enskilda organisationers institutionella identitet införas rutinmässigt (Brunsson och Olsen 1990: 16).

Reformer drivs heller inte bara uppifrån och ned, från ledningsnivå till golvet. De har sällan ett så renodlat hierarkiskt förlopp. Att så inte är fallet är bland annat en följd av att reformidéer har många alternativa vägar in i organisationer än enbart via ledningen, såsom press och konferenser (Fernler 1996). Flera andra aktörskategorier, såsom professionella grupper (Sahlin-Andersson 1994), kan vidare verka pådrivande vid reformeringen av organisationer.

Att reformer inte initieras och drivs enligt en enkel intentionell modell beror också på att även de omgivningar som organisationer verkar inom är avgörande för vilka administrativa reformer som införs, inte enbart ledningens preferenser. Organisationer styrs inte bara inifrån utan i hög grad utifrån (Pfeffer och Salancik 1979). Förändringar i relationerna till omgivningarna kan medföra krav på införandet av en viss typ av administrativa reformer om organisationerna ska kunna fungera effektivt i sin produktion och i sina utbytesrelationer.

Om organisationsstrukturen är utformad i enlighet med rådande idéer i omgivningarna om vad som är rimligt, gottoch modernt uppfattas organisationer också som mer legitima, vilket gör det lättare för dem att erhålla stöd och resurser och i förlängningen att överleva (Meyer och

Rowan 1979). Det betyder att även förändringar i omgivande idéer om vad som är rimliga, goda och moderna sätt att organisera på kan verka för införandet av nya administrativa reformer. Utbudet av administrativa reformer är begränsat. Man kan inte välja att reformera hur som helst. Den sektor av samhället som organisationer befinner sig i präglar deras struktur och agerande (Scott och Meyer 1992). Det gör också de organisatoriska fält som organisationer är delar av och de idéer och modeller som dominerar där (DiMaggio och Powell 1983). När organisationer byter fält kan detta därför driva på ett byte av organisatorisk form, såsom skedde med de svenska sparbankerna (Forssell 1992). I extrema fall dominerar fältet av en enda närmast mytisk idé och då blir det svårt att välja någon annan utgångspunkt för organisatoriska förändringar än denna (Nilsson 1996).

Bortsett från invändningarna mot begreppets rationalistiska konnotationer är administrativa reformer, fortsättningsvis förkortat reformer, ett möjligt samlingsbegrepp för att diskutera och analysera många av de organisationsförändringar som diskuterats och drivits i den offentliga sektorns organisationer under 1990-talet. Med en sådan vid syn på vad organisationsförändringar är kan vi inkludera exempelvis bolagisering – som innebär ett explicit byte av organisatorisk form. Kommunalisering kan också betraktas som en administrativ reform – som varande en strukturell förändring. Även satsningar på exempelvis kvalitetsarbete kan hänföras till reformgruppen. Sådana satsningar kan betraktas som försök att införa ett förändrat arbetssätt och som uttryck för en ny organisationsideologi. Mot denna bakgrund kommer jag därför att använda mig av reformbegreppet, istället för det språkligt otympligare begreppet organisatoriska förändringar, i det följande.

## 6.2 Gränsomdragande reformer

En framträdande typ av reformer i den svenska offentliga sektorn under 1990-talet är sådana som på olika sätt berör organisationers gränser. Flera reformer har ägt rum som påverkat gränsdragningen mellan och inom organisationer i stat, landstingskommuner och primärkommuner. Det har även förekommit reformer som påverkat gränserna mellan den offentliga sektorns organisationer och det privata näringslivets.

Reformer som har som syfte eller effekt att organisatoriska gränser förändras kallas här för gränsomdragande reformer. Det begreppet inkluderar reformer som innebär att gränser mellan organisationer inom olika sfärer/på olika nivåer flyttas, reformer som innebär att gränser inom organisationer skapas men även sådana som för med sig att gränser mellan organisationer upplöses. Tonvikten i det här kapitlet har



lagts vid en diskussion och analys av denna typ av reformer. Det betyder att det är i första hand organisatoriska förändringar i reformbegreppets första och andra bemärkelse – ett byte av organisatorisk form och förändringar i organisatorisk struktur – som kommer att avhandlas.

I de följande avsnitten beskrivs ett antal gränssomdragande reformer som varit aktuella i den offentliga sektorn under 1990-talet: bolagisering, privatisering, kommunalisering, regionalisering, beställar-utförar-modeller och resultatenheter. I avsnitten ges exempel på områden inom den offentliga sektorn där reformerna har drivits. Jag kommer även att peka på varför dessa reformer kan definieras som gränssomdragande.

## 6.3 Gränssomdragningar mellan offentligt och privat

En första typ av gränssomdragande reformer sätter avgränsningen mellan offentliga organisationer och näringslivet, mellan vad som grovt förenklat kan kallas det offentliga och det privata, i fokus.

### 6.3.1 Bolagisering

En bolagisering innebär att en verksamhet övergår till att drivas som ett aktiebolag. En bolagisering är en juridisk förändring men även ett byte av organisatorisk form. Rörande den offentliga sektorn används bolagisering normalt som benämning på en övergång från myndighetsform till bolagsform.

Bolagisering är en gränssomdragande reform i flera avseenden. Bolagiseringar stärker gränserna mellan den organisation som bolagiseras och den offentliga huvudmannen. Bolagisering kan vidare föra med sig att en ny organisation avgränsas och att moderorganisationens gränser blir mindre omfattande. Vad gäller bolagisering av statlig verksamhet innebär bolagisering även att de bolagiserade organisationerna inte längre officiellt räknas med som en del av den offentliga sektorn. Statliga bolag räknas som en del av näringslivet och ingår inte längre som offentlig verksamhet i nationalräkenskaperna. Bolagiseringar påverkar således också gränssdragningarna mellan offentlig verksamhet och privat. De krymper den offentliga sektorn.

Bolagiseringar fick stort genomslag i staten i början på 1990-talet. Mellan 1991 och 1994 bolagiserade fem affärsverk. Närmare 100 000 statsanställda berördes av att Förenade fabriksverken blev FFV AB, Statens vattenfallsverk blev Vattenfall AB, Domänverket blev Domän AB, Televerket blev Telia AB och Postverket blev Posten AB

(Statskontoret 1996). Fyra – Luftfartsverket, SJ, Sjöfartsverket och Svenska kraftnät – har behållit verksformen. Det är vidare inte enbart hälften av affärsverken som har bolagiserats. Under 1990-talet har även ett antal andra myndigheter och delar av myndigheter bolagiserats (Mattson och Forssell 1998). Exempelvis bildades Vasakronan AB och Akademiska hus AB 1993 för att handha kommersiella fastigheter respektive högskolefastigheter (Statskontoret 1997).

Bolagisering har även ägt rum i de svenska kommunerna. Bolagisering var ett av de utmärkande dragen i primärkommunernas reformerande under början av 1990-talet (Johansson och Johnsson 1995). Även inom landstingen har bolagiseringar ägt rum. Exempelvis har dataavdelningar satts på bolag och i vissa fall sålts. Bolagisering har även förekommit beträffande sjukvårdande verksamhet, där bolagiseringen av S:t Görans sjukhus i Stockholm rönt stor uppmärksamhet.

### 6.3.2 Privatisering

På bolagisering följer ibland en privatisering i bemärkelsen en utförsäljning av offentliga organisationer till icke-offentliga huvudmän. Privatiseringar innebär också att gränserna mellan offentligt och privat flyttas på den offentliga sektorns bekostnad. Den krymps genom att tidigare offentliga organisationer kopplas till näringslivssfären. Jämfört med bolagiserade organisationer kan organisationer som fått privata ägare vidarebetraktas som än mer avgränsade från sitt offentliga ursprung till följd av sin ägarform.

Privatisering har varit en mindre framträdande reform än bolagisering. Relativt andra länder som på olika sätt har varit engagerade i så kallad "New Public Management" har antalet privatiseringar av statliga företag i Sverige varit litet (Montin 1997). Förvisso planerades omfattande privatiseringar i staten, men de genomfördes inte i så hög grad. Av de organisationer som stod på privatiseringslistan 1991 är det endast ett fåtal som verkligen sålts ut helt eller delvis.

Bolagisering av statliga företag skulle dock också kunna räknas som en form av privatisering, då de påverkar gränsdragningen mellan stat och näringsliv. Privatiseringsbegreppet behöver inte tolkas som ett ägarbyte, även om den privata ägarformen är en viktig komponent i den ekonomisk-teoretiska argumentationen för privatisering (Svedberg Nilsson 1999). Inkluderas även entreprenadavtal med icke-offentliga producenter, vilket är gängse med ett nordamerikanskt perspektiv (Donahue 1992), blir privatisering en betydligt vanligare reform. I denna vidare mening kan tillkomsten av och avtal med friskolor ses som en privatisering, liksom alternativa driftsformer i barnomsorgen. Båda

dessa privatiseringsformer har varit på tillväxt under 1990-talet, även om andelen barn och ungdomar som berörs av dem fortfarande är liten jämfört med antalet barn i offentlig verksamhet (Montin 1997).

Privatisering i form av entreprenader kan betraktas som gränso- dragande reformer vilka begränsar den offentliga sektorn genom att produktionen förläggs till icke-offentliga producenter. Då blir entreprenader, ägarbyte och bolagiseringar varianter på samma avgränsande tema. Men entreprenader kan också ses som gränso- dragande reformer vilka i hög grad påverkar näringslivets organisationer. Det finns studier som tyder på att de privata entreprenörerna politiseras genom sina nära kontakter med offentliga uppdragsgivare (Andersen 1996). Det finns även studier som pekar på att privatiseringsprocesser kan fungera som arenor för partipolitik vilka understryker det privata ägandets ideologiska konnotationer (Svedberg Nilsson 1999). Också i sådana fall blir det privatiserade i en mening politiserat. Sådana iakttagelser tyder i sin tur på att privatiseringar, och entreprenader, potentiellt kan påverka handlingsutrymmet i det privata näringslivets sfär, i synnerhet om denna inte tidigare sågs som en del av en ”förhandlingsekonomi” (Hernes 1978), utan betraktades som en separat marknadssfär fri från politik och ideologi.

## 6.4 Gränso- dragningar mellan nivåer

En annan typ av gränso- dragande reformer berör i första hand gränso- dragningen mellan organisationer i olika delar av den offentliga sektorn. Det gäller reformer som kommunalisering och regionalisering.

### 6.4.1 Kommunalisering

Kommunaliseringar – förflyttning av verksamheter från stats- till kommunsektorn och från landstingen till kommuner – påverkar gränso- dragningen mellan olika nivåer och sfärer inom den offentliga sektorn. De är nivåförskjutande till sin karaktär. Kommunaliseringar gör kommuners verksamhetsområden vidare medan statens, eller landstingen, begränsas. Ur perspektivet att staten är den centrala nivån kan sådana nivåförskjutningar väl beskrivas i termer av decentralisering. Det är också den genomgående benämningen i bland andra Statskontorets redogörelser för statens omvandling (Statskontoret 1996, 1997, 1998). Om staten betrakas som en organisation (Ahrne 1998) kan man även betrakta kommunaliseringarna som en variant av de interna gränso- dragande reformer som behandlas i nästa avsnitt.

Kommunaliseringar är en annan typ av gränssomdragande reformer som förekommit under 1990-talet. En verksamhet som kommunaliseras är civilförsvaret, vilket skedde 1995 (Statskontoret 1997). Ur ett välfärdsperspektiv är det dock intressantare att kommunaliseringen har berört områden i välfärdsstatens kärna: skola samt vård och omsorg.

Kommunaliseringen inom skolans område inleddes redan på 1980-talet. Den fullbordades 1991 då lärarna i grund- och gymnasieskolan övergick från att vara statsanställda till att bli kommunalanställda. En möjlig offentlig arbetsgivare ersattes då av flera hundra alternativa.

Ädelreformen som genomfördes 1992 var en kommunalisering av delar av vården och omsorgen om de äldre. Tidigare hade kommunerna haft ansvar för servicehus och ålderdomshem. Genom Ädelreformen tillkom ansvar för flera andra vårdorganisationer som legat inom landstingen: sjukhem, gruppboenden och dagverksamheter.

En kommunalisering har också ägt rum inom psykiatrin. Ansvar för de psykiskt handikappade överfördes gradvis från landstingen till kommunerna mellan 1992 och 1996 (Statskontoret 1998).

#### 6.4.2 Regionalisering

Verksamheter har flyttas från en ”högre” nivå till en ”lägre”, men rörelser i motsatt riktning har också förekommit. Så har landets vårdhögskolor förts över från landstingen till det statliga högskoleväsendet (Statskontoret 1998). Till detta kommer en regionalisering.

Under nittiotalet har det drivits försöksverksamhet med regioner och regionförbund. Uppgifter som rör bland annat regionala utvecklingsfrågor och länstrafikplanering har förts över från statliga länsstyrelser till regionförbunden i Kalmar och Skåne län (samt till Gotlands kommun) (Statskontoret 1997).

Regionalisering kan också betraktas som en nivåförskjutning – från en mer lokal eller central nivå till regionen. Regionaliseringen kan också ses som ett uttryck för att nya sfärer avgränsas. Regionförbunden har trätt fram som ett alternativt sätt att avgränsa vilka aktiviteter och verksamheter som utförs av vem i den offentliga sektorn.

## 6.5 Interna gränsovmdragningar

Ett tredje område för gränsovmdragande reformer rör offentliga organisationers inre organisation. Här har gränsovmdragande reformer skett som påverkar relationen mellan styrande och styrda delar.

### 6.5.1 Beställar-utförarmodellen

En reform som sätter offentliga organisationers inre funktionssätt i fokus är beställar-utförarmodellen. Utgångspunkten för denna modell är en funktionsindelning med beställare – ofta synonymt med politiker – och utförare – (förvaltningen eller motsvarande). Relationen dem emellan regleras med tidbegränsade kontrakt. Beställar-utförarmodellen är en gränsovmdragande reform eftersom den avgränsar en separat organisation av beställare från en annan för utförare. Den syftar till en tudelning av de organisationer den införs i.

Beställar-utförarmodellen fick stort genomslag i primärkommunerna i början på 1990-talet. Avregleringen av nämndstrukturen som ägde rum i 1992-års kommunallag, vilken väntades innebära ett större mått av mångfald i nämndstrukturen, medförde en likriktning i så måtto att många kommuner införde beställar-utförarmodeller (Fernler 1996). Hur många kommuner som verkligen införde modellen är dock omtvistat (Forssell 1999). Som mest har ett åttiotal kommuner ansetts ha en beställar-utförarmodell (Håkansson 1997). En annan siffra som nämnts är att 40 kommuner hade modellen 1992 (Montin 1997).

Beställar-utförarmodellen präglade vidare första halvan av 1990-talet mer än dess senare hälft. Sedan toppåren har intresset för beställar-utförarmodellen avtagit markant i kommunerna (Johnsplass 1998). Landstingen satsade också på beställar-utförarmodellen i början av nitio-tio-talet. Modellen höll på att införas, eller hade införts, i åtta landsting under mandatperioden som följde på 1991 års val (Lundin och Söderholm 1997).

### 6.5.2 Resultatenheter

En annan intern reform som drivits i staten under 1990-talet är resultatenheter. Resultatenheter har införts även i primärkommuner (Montin 1997) och landsting (Lundin och Söderholm 1997). Istället för att organisationer styrs och betraktas som helheter ses de ur resultatenshetsspektivet som bestående av ett antal delar med eget ansvar för sin verksamhet och sitt resultat. Den autonomitanken stöds av nya styrfor-

mer som mål- och resultatstyrning vilka är kopplade till resultatenheterna och deras prestationer.

Resultatenheter skapar nya gränser inom enskilda organisationer. Styrkan i gränserna mellan resultatenheterna kan variera. I extremfallet innebär resultatenheter att det uppstår ett antal organisationer i organisationen.

## 6.6 Motiv

Mot bakgrund av den diskussion som fördes ovan – om att de som driver reformer inte behöver vara de som initierar dem, att omvärldens dominerande idéer och struktur har betydelse för vilka reformer som drivs och att förändringar i relationerna till omgivningarna kan medföra krav på införandet av en viss typ av administrativa reformer – blir det svårt att hävda att de gränssomdragande reformerna under 1990-talet självklart tillkommit på vissa kollektiva aktörers eller individers initiativ och att de ägt rum till följd exempelvis av dessa aktörers partipolitiska eller ekonomiska motiv. Att det inte självklart finns en, eller ett fåtal, tydliga aktörer bakom reformerna betyder dock inte att några motiv inte kan observeras, eller att sådana motiv skulle vara ointressanta eller irrelevanta. Motiven visar på reformernas idémässiga innehåll. De ger också en fingervisning om vilka reformer som är möjliga vid en viss tid – se vidare diskussionen i slutet av rapporten.

De gränssomdragande reformerna har motiverats på flera sätt. I de tre följande delavsnitten kommer jag att lyfta fram några viktiga övergripande motiv. Dessa presenteras under rubrikerna renodling, effektivitet, valfrihet. Därefter följer ett avsnitt där motivbegreppet återigen problematiseras, denna gång genom en diskussion av relationen mellan motiv och effekter.

### 6.6.1 Renodling

Ett motiv till gränssomdragande reformer inom den offentliga sektorn är idén om ”renodling” ( Statskontoret 1996, även 1997). Idén om renodling kan sammanfattas som en variant på temat med fördelarna med en plats för varje sak och var sak på sin plats. I reformsammanhang kan den även konkretiseras som fördelarna med en organisation för varje verksamhet och varje verksamhet i sin separata organisation. Ur ett organisationsteoretiskt perspektiv ligger idén om renodling nära en mer allmän syn på organisationer som individer med väl sammanhållna och

unika identiteter (Brunsson 1990) eller vad som också kallats metafo- ren ”superperson” (Czarniawska 1994).

Idén om renodling säger att olika typer av verksamhet inte bör blandas. Varje organisation bör syssla med en typ verksamhet. Trenden att satsa på kärnverksamheten passar således väl i renodlingsidén.

Ur ett renodlingsperspektiv kan gränssomdragande reformer användas för att avgränsa olika typer av verksamhet från varandra. Blandade verksamheter kan delas upp genom att fördelas ut på ett antal delorganisationer. Det kan ske genom, och motivera införandet av, både resultatenheter och beställar-utförarmodeller. Blandade verksamheter kan också skiljas från varandra mer uttryckligen genom att delar av verksamheten förs över till en annan sfär. De kan utsättas för så kallad ”outsourcing”, som i praktiken kan ske genom, och motivera, både bolagisering och privatisering av offentlig verksamhet, men även entreprenadavtal med andra typer av organisationer.

Utifrån idén om renodling är det problematiskt om en viss verksamhet bedrivs i en form som anses felaktig. En dominerande idé under 1990-talet är att affärsdrivande verksamhet bör drivas i bolagsform (om den alls ska drivas med offentliga huvudmän). Myndighetsutövning bör däremot bedrivs i myndighetsform. Om en affärsdrivande verksamhet drivs i myndighetsform kan idén om renodling motivera en bolagisering. Detsamma gäller för gränssdragningen mellan förvaltning och rättsskipning, som också gjorts tydligare under 1990-talet genom utbyggnaden av förvaltningsdomstolarna (Statskontoret 1997).

Renodlingsidén ger gränssomdragande reformer ett brett tillämpningsområde. Den är applicerbar på alla möjliga typer av verksamheter och nivåer. Idén om renodling hävdar att gränssomdragande reformer är av godo för att de skapar ordning och reda. Och vem vill vara emot det?

## 6.6.2 Effektivitet

Ett andra motiv till reformerna är ”Att organisera för effektivitet” (Jacobsson 1994a). Ur ett ekonomiskt perspektiv är ett grundantagande att resurser är mer eller mindre begränsade, varför de behöver användas på ett effektivt sätt. Höjd effektivitet kan därmed i princip alltid betraktas som något eftersträvanvärt och reformer som utlovar ökad effektivitet i förvaltning, förädling eller fördelning av resurser följaktligen som rimliga att driva.

Effektivitetsmotivet har fått förnyad kraft under 1980-och 1990-talen i samband med den internationella trenden att ifrågasätta offentlig verksamhet med marknaden som norm (Letwin 1988, Olsson, Guthrie

och Humphrey 1998). Med marknaden avses då normalt inte praktikens industriella marknader och de komplexa nätverksformer de uppvisar (Mattsson och Hultén 1994). Med marknaden avses istället ofta den ideala perfekta marknaden såsom den återfinns i grundläggande böcker i nationalekonomi. Det är den idén som är institutionaliserad som Marknaden (Brunsson och Hägg 1992). Normerande modell för organisationer är då vidare ofta vad som brukar kallas institutionen Företaget (Sjöstrand 1985, Brunsson 1991).

Marknaden har varit både en bakgrund för att finna effektivitetsproblem och en källa till lösningar på dessa. En patentrösning under 1990-talet är att försöka göra den offentliga sektorns organisationer mer marknadslika. Det motiverar gränsomdragande reformer som bolagisering, privatisering och beställar-utförarmodeller.

Offentliga organisationer har i ljuset av Marknaden också tvingats se sig om efter nya identiteter (Czarniawska-Joerges 1993). Reformers som lovar högre effektivitet har framstått som ett medel för detta då sådana reformer kan verka identitetskapande (Jacobsson 1994b, Blomquist 1996) och de identiteter som varit eftersökta och som reformerna utlovar är företagets (Jansson och Forssell 1996). Exempelvis har ett av huvudargumenten för den gränsomdragande reformen privatisering varit att privatiserade organisationer, till skillnad från offentliga, är "effektiva företag" även om studier av privatiserade organisationer i praktiken visar att de identiteter som uppstår i normalfallet är mer komplexa och tvetydiga (Svedberg Nilsson 1999).

Vad gäller utvecklingen under 1990-talet tillkommer också det kärva statsfinansiella läget under decenniets början som en ytterligare motivering av reformer som utlovar effektivitet (Statskontoret 1996). Därmed inte sagt att ekonomiskt svagare enheter nödvändigtvis reformerar mer. Stora och resursstarka kommuner verkar exempelvis vara ivrigare reformatörer än små och resurssvaga (Johansson och Johnsson 1995).

### 6.6.3 Kundanpassning

Demokrati hade också kunnat vara ett övergripande motiv. Demokratiska ideal förefaller dock under 1990-talet ha fått stå tillbaka för ekonomiska. En idé som växt sig stark sedan åttiotalet, och som har starka kopplingar till effektivitetsmotivet, är att offentliga organisationers omvärldar anses befolkade av invånare som är kunder snarare än medborgare, vilket bland andra Brunsson (1991) och Jansson och Forssell (1996) beskrivit. Det "demokratiska" ideal som främjats är företrädesvis kundens rätt till valfrihet.



En skillnad mellan medborgare och kunder är att medborgare väljer representanter i demokratiska organ medan kunder väljer varor och tjänster. Medborgaren kan vidare sägas välja i ett tidigare skede än kunden. Medborgaren kan välja att rösta på ett visst parti eller en viss person i förhoppningen att denne ska genomföra vissa åtgärder – att sänka kommunalskatten eller bygga en ny simanläggning. Hon utövar ”voice” (Hirschmann 1970) för att göra sin stämma hörd. Kunden väljer vad han vill ha ur ett visst utbud – han kan välja att flytta till en viss kommun där skatten är låg eller att avstå från att gå och bada i simanläggningen för att inträdesavgiften är för hög. Kunden utövar ”exit” (Hirschmann 1970). Han röstar med fötterna. Ett annat övergripande motiv till gränsomdragande reformer blir mot denna bakgrund att anpassa offentliga organisationer till kundernas behov istället för till medborgarnas.

Ett honnörsord i detta sammanhang är ”valfrihet”. Kunder måste kunna välja. Det innebär i sin tur att reformer som bidrar till ”mångfald” blir av godo.

Kunder ska exempelvis kunna välja mellan olika driftsformer för barndaghem, vilket motiverar privatisering i barnomsorgen men även föräldrakooperativ. De ska kunna välja kommunala skolor eller friskolor, vilket motiverar finansiering av friskolor. De ska kunna välja mellan offentlig och alternativa vårdgivare, vilket motiverar entreprenader och bolagisering i sjukvården. Tänkvärt är att mångfald och alternativ normalt inte används om olika former av offentlig vård. Det skulle ju kunna betrakas som mångfald att kunna välja mellan exempelvis primärkommunala och landstingskommunala vårdgivare.

Närhet är ett annat motiv som kan ses som en variant på kundpassningsmotivet. Vad gäller gränsomdragande reformer finns det en idé om att det är bra med närhet mellan offentliga organisationer och deras avnämare. Tanken är att för att den offentliga sektorn ska kunna göra sitt bästa för avnämarna är det viktigt att organisationerna som utför och tillhandhåller tjänster ligger avnämarna nära. Det motiverar decentraliserande gränsomdragande reformer såsom kommunaliseringar.

#### 6.6.4 Reform, motiv och effekter

Bilden av vilka motiven till de gränsomdragande reformerna har varit komplicerat av att vad som är ett motiv till något och vad som är en effekt av detsamma inte alltid är lätt att särskilja. I rapporten från 1996 (Statskontoret 1996) anges renodling som ett motiv till reformer. I rapporten på samma tema från 1998 (Statskontoret 1998) är renodling bå-

de något som har ägt rum – en form av åtgärd som genomförts – och ett resultat eller en effekt av denna åtgärd – staten har blivit mer renodlad.

Under 1990-talet, särskilt under dess första hälft, har den statliga förvaltningen renodlats genom en tydligare uppdelning på statens olika funktioner i samhället. Affärsverksamhet har brutits ut för att drivas i bolagsform under konkurrens och rättskipning och myndighetsutövning har tydligare skilts åt. (Statskontoret 1998:15, s 79)

Renodling kan mot denna bakgrund både betraktas som ett motiv till gränsomdragande reformer och en effekt av gränsomdragande reformer, eller till och med i sig betraktas som en gränsomdragande reform.

Motiv antas normalt var något som föregår någon form av åtgärder, vilka i sin tur leder till effekter (Rombach 1997). Så behöver det emellertid inte vara. Motiv, reformåtgärder och effekter har inte en självklar relation till varandra som exemplifierades ovan. Åtgärdsledet kan hopas över. Och motiv kan bli effekter.

En annan relation råder när uppgivna effekter och motiv är desamma eller snarare beskrivs som samma sak. Motiven är då effekterna eller så kanske effekterna blivit motiv. Detta kan vara en följd av jakten på konsistens i kedjan motiv-åtgärd-effekt. I sin strävan att uppfylla motiven kan det ligga nära till hands att uppge effekterna. Motiven konstrueras för att passa effekterna. (Rombach 1997:58)

Eftersom motiven kan vara desamma som effekterna kan renodling, och de andra motiv som diskuterades i föregående avsnitt, i vissa sammanhang vara effekter av gränsomdragande reformer. De gränsomdragande reformerna skulle då ha verkat för att den offentliga sektorns organisationer blivit mer renodlade, mer effektiva och mer kundanpassade. Men riktigt så enkelt är det inte att svara på frågan om vilka följder nittioalets gränsomdragande reformer har. Mer om möjliga konsekvenser av reformerna följer nedan.

## 6.7 Begränsad offentlighet

Man kan fråga sig vad reformerandet under 1990-talet egentligen betyder. Spelar det alls någon roll att nittioalets kan kallas marknadens decennium? I detta sista avsnitt kommer jag först att diskutera betydelsen av nittioalets reformer mot bakgrund av den varierande reformintensiteten under decenniet. Jag kommer att peka på att det finns gemensamma uppfattningar i hur utvecklingen i stort ser ut från åttiotalet och framåt, men att det är svårare att sja om långsiktiga konsekvenser. Jag kommer sedan att föra ett resonemang om betydelsen av reformer av gränsomdragande karaktär.

Ett skäl till att gränsomdragande reformer fokuserades var att reformer som flyttade på gränserna mellan och inom offentliga organisationer och andra var vanliga under nittioalet. Det offentliga området begränsades och det privata ökade i omfång genom bolagisering och privatisering. Kommunerna ökade i omfång inom vissa områden på bekostnad av landstingen och staten genom kommunalisering, och offentliga organisationer delades i flera underorganisationer genom beställar-utförarmodeller och resultatenheter. Jag vill dock även lyfta fram att arbetet med reformer som flyttar och ändrar på organisatoriska gränser kan vara av vikt för hur vi ser på och bemöter den offentliga sektorn framöver.

### 6.7.1 Ett reformintensivt decennium

1990-talets början har beskrivits om en period av dramatisk strukturförändring (Statskontoret 1997). Då pågick ett aktivt förändringsarbete i den offentliga sektorn. Offentliga organisationer var ifrågasatta och lösningarna beskrevs i termer av marknadsorientering med kundorientering, konkurrens och företagsimitation som konkreta uttryck (Collin och Hansson 1993). Det var en period av reformerande och experimenterande med nya organisationslösningar i kommuner och landsting (Jacobsson 1994c).

Denna intensitet i reformerande bör dock inte tolkas som att reformerna i början av nittioalet hade en helt annan inriktning än under åttiotalet. Det har konstaterats att det finns en kontinuitet i reformerandet från åttiotal till nittiotial (Montin 1997). Åttiotalets idédiskussioner har utpekats som grunden för 1990-talets reformåtgärder i staten (Statskontoret 1997). Även i primärkommunerna återfinns drag i reformerandet under 1980-talet som vi sedan sett under 1990-talet (Jansson 1993). Resultatenheter är ett exempel på en åttiotalreform som drevs även under nittioalet (Brorström och Rombach 1997). Landstingen bygger också vidare på de marknadsidéer som slog rot i slutet av 1980-talet (Lundin och Söderholm 1997). I exempelvis Stockholms läns landsting, som tillhör de mer reformintensiva, byggde reformerna i slutet av 1980-talet och början på 1990-talet på varandra. Idéer om marknader och företag som förebildliga var tydliga i reformer under båda decennierna (Jacobsson 1994b). Reformerna under 1980-talet var heller inte självklart mindre radikala i sina enskildheter. Redan under 1980-talet privatiserades så kallade mjuka verksamheter som vårdcentraler med motiveringen att effektiviteten och valfriheten skulle öka (Svedberg Nilsson 1999).

I reformhänseende var 1990-talet vidare inte en helt enhetlig period. Hela årtiondet var inte lika reformintensivt. Slutet av nittiotalet var en period som var relativt sett lugnare i reformhänseende än dess början (Statskontoret 1997).

### 6.7.2 Mer marknad

Om man tar fasta på att reformintensiteten avtagit, är en tes som förts fram om betydelsen av nittiotalets reformarbete att vi i slutet av decenniet befinner oss i "lugnet efter stormen", efter att varit utsatta för en flyktig reformvåg utan nämnvärda bestående konsekvenser på lite sikt (Brorström och Rombach 1997). Då har de gränsomdragande reformer som beskrivits här liten betydelse för 2000-talets offentliga sektor.

Reformerna kan emellertid betraktas ur ett annat perspektiv, vilket får dem att framstå som mer betydelsefulla. Det har hävdats att det vi bevittnat under 1990-talet är början på en omvandling av den offentliga sektorn (Montin 1997; Forssell 1999). De gränsomdragande reformerna ses då som en del i en "offentlig reformation" (Forssell 1999), där den offentliga sektorn blir allt mer marknadsmässig och företagslik. Längden och kontinuiteten i reformarbetet med marknaden som ledstjärna talar för att nittiotalets reformer kommer att sätta spår även in i 2000-talet, då idéerna om marknaden, och de gränsomdragande reformer som den motiverat, har haft tid att slå rot. Ett argument för att de gränsomdragande reformer vi sett under 1990-talet, och delvis under 1980-talet, verkligen skulle bidra till mer marknad är att de nyliberala idéer som ligger bakom dem har gått från att betraktas som ideologi till realitet.

Marknadsreformer ses inte längre som ett uttryck för en extrem nyliberalism, utan som naturliga och rationella organisationslösningar för effektivare produktion. (Forssell 1999: 15)

Detta gör dem mindre synliga och mindre ifrågasatta, enligt Forssell (1999). Nittiotalets slut skulle då inte representera ett stillestånd eller ett avstannat systemskifte (Håkansson 1997) utan ett tyst men ihärdigt tassande på vägen mot Marknaden med dess utbud och efterfrågan, företag och kunder

Ett annat argument för att Marknaden kommer att fortsätta att sätta sina spår i den svenska offentliga sektorn är att den gör och har gjort det även internationellt (Forssell 1999). Utbredningen av inte minst de ovan nämnda så kallade New Public Management-reformerna talar för att den svenska offentliga sektorn och dess avnämare kommer att fortsätta att konfronteras med konsekvenserna av marknadsinriktade re-

former även fortsättningsvis – och det alldeles oavsett om vi själva fortsätter att aktivt verka för att skapa mera marknad eller ej.

### 6.7.3 Redigerade reformer

Givet tesen att Marknaden har slagit rot finns det också anledning att vara lite försiktig med att tala om entydiga konsekvensriktningar inför 2000-talet. Bilden kompliceras av att reformers effekter i praktiken inte är desamma överallt.

När organisationer skapas och förändras kan man vänta sig att allmänt rådande, eller institutionaliserade, idéer införlivas i dem (Meyer och Rowan 1977). Samma typ av reform kan dock få olika innehåll och olika följder i olika sammanhang (Jacobsson 1994c). Det beror på att reformer alltid utsätts för redigering (Sahlin Andersson 1996). Exempelvis visar jämförande studier av reformer inom sjukvården under 1990-talet på att ett mindre antal gemensamma, marknadsorienterade, idéer dominerade (Sahlin-Andersson 1999). I praktiken fanns dock även skillnader till följd av lokala redigeringsprocesser.

En slutsats med drag av normativ rekommendation är dock att det är tydligt att den lokala anpassningen av reformer sker, oavsett om den är avsedd eller ej, och den är avgörande för vad reformerna får för effekter på verksamhetens utveckling. (Sahlin-Andersson 1999:305).

Med hänsyn taget till detta blir det något svårare att tala i termer av generella effekter av 1990-talets organisationsförändringar på den svenska offentliga sektorn och dess avnämare. Det blir också mer komplicerat att peka på entydiga konsekvenser av internationella reformer – också dessa torde ju ha modifierats till följd av lokala redigeringsprocesser

Vad gäller reformernas retorik, eller snarare den diskurs som de formulerades inom ramen för, kan dock 1990-talet med fog betecknas som marknadens decennium. Och vad som varit legitimt att driva och prata om reformväg har påverkat praktiken, även om denna praktik som sagt är anpassad till lokala förhållanden.

### 6.7.4 Marknaden som referenspunkt

För att återigen vända blicken utåt står ett tydligt exempel på hur marknadsdiskursen fått tolkningsföreträde, och präglat såväl debatt som reformer och praktik, att finna i det före detta planekonomierna i Europa. Vid nittioalets början var en klar marknadsdiskurs som har kommit att kallas ”övergångsperspektivet” (Grabher 1995) rådande i Öst- och

Centraleuropa. Detta övergångsperspektiv definierade den transformation av Östeuropa som följde på kommunismens och det planstyrda systemets fall som en övergång från ett klart avgränsat tillstånd av planekonomi till ett annat, radikalt annorlunda, men lika tydligt avgränsat, tillstånd av marknadsekonomi, eller med andra ord från ett tillstånd av ”öst” till ett av ”väst”. Det var således en skev bild av antingen eller som dominerade, och åtgärder som byggde på alternativa perspektiv hade därmed svårt att göra sig gällande. Den marknadsekonomiska läran spreds på ett sätt som har liknats vid ett modernt korståg (Kostera 1995).

Idéer liknande dem som övergångsperspektivet representerade återfinns även i den svenska reformdiskussionen. Marknadsdiskursen har förvisso inte varit tillnärmelsevis lika ensidig och allenarådande i Sverige som den var i Öst- och Centraleuropa vid nittioalets början, men den har ändå varit stark under nittioalet. Vår inhemska debatt har inte bara lånat argument från utvecklingen i de forna öststaterna, såsom i debattboken om ”Perestrojka på svenska” (Johnson 1992). Vi har också anammat dikotomiseringen i våra reformer. Idén om Marknaden har tydligt ställts mot, och oftast föredragits framför, idén om byråkratin som grundläggande samordningsmekanism i samhället. Det centralstyrda, det statliga och även det offentliga som ett gemensamt projekt har begränsats till förmån för det decentraliserade, det privata och det enskilda valet som projekt.

Gränsomdragande reformer är mot denna bakgrund inte enbart ett sätt att karakterisera eller etikettera nittioalets reformer. Etiketteringen pekar också på mer allmänna konsekvenser av reformerna ur ett organisationsteoretiskt perspektiv. De gränsomdragande reformerna har synliggjort att det pågår ett ständigt gränsunderhållsarbete, ”boundary maintenance work” (Llewellyn 1994), utan vilket offentliga organisationer, och andra, tappar i omfång och överlevnadsförmåga. De gränsomdragande reformer vi har sett under nittioalet har även understrukit att gränsunderhållsarbetet i offentliga organisationer kan, och bör, påverkas. De har sagt oss att det offentliga omfång kan, och bör, begränsas. En viktig aspekt av nittioalets gränsomdragande reformer är således att de gång efter annan basunerat ut att det ingalunda är självklart att exempelvis vårdcentraler, skolor och sjukhus befinner sig inom en viss offentlig organisation eller ens inom det offentliga över huvud taget. Nittioalets gränsomdragande reformer har vidare verkat för att förstärka bilden av att de organisatoriska avgränsningar som görs har praktiska konsekvenser. De har verkat för att befästa att det spelar roll om en viss verksamhet placeras inom det offentliga eller det privata, centralt eller lokalt – eller i en planekonomi eller i en marknadsekonomi. Det betyder i sin tur att de har lagt grunden för fortsatta gränsom-

dragande reformer. Förespråkare av marknadskrafter som regleringsmekanism kan efter nittiotalets gränsoomdragande reformer känna sig stärkta att driva på ytterligare reformer för att begränsa det centralstyrda, det statliga och även det offentliga som ett gemensamt projekt till förmån för det decentraliserade, det privata och det enskilda valet. Det talar för fortsatt mera marknad. Att skillnaderna mellan offentligt och privat, byråkratin och marknaden, central reglering och valfrihet varit så i fokus under nittiotalet betyder även att motståndare till denna utveckling kan känna sig stärkta i tron på vikten av gränsoomdragande reformer i motsatt riktning. Om de tar överhanden kommer emellertid marknadsideéerna att vara en etablerad del av erfarenhetsbasen för kommande lokala redigeringsprocesser på många håll.

## Referenser

- Ahrne, G., 1998. "Stater och andra organisationer", i Ahrne, G. (red.), *Stater som organisationer*. Stockholm: Nerenius och Santérus.
- Andersen Åkerström, N., 1996. *Når det private bliver politisk*. København: Nyt fra Samfundsvitenskaberne.
- Blomquist, C., 1996. *I marknadens namn. Mångtydiga reformer i svenska kommuner*. Stockholm: Nerenius och Santérus.
- Brorström, B. & B. Rombach, 1997. "Lugnet efter stormen – om stor-slagna reformer och brist på förändringsförmåga i kommuner", *Økonomistyring & Informatik – Årbog*. 1997: 341-355.
- Brunsson, N., 1990. "Individualitet och rationalitet som reforminnehåll", i Brunsson, N. & J. P. Olsen (red.), *Makten att reformera*. Stockholm: Carlssons.
- Brunsson, N., 1991. "Politisering och företagisering – om institutionell förankring och förvirring i organisationernas värld", i Arvidsson, G. & R. Lind (red.), *Ledning av företag och förvaltningar. Förutsättningar, former, förnyelse*. Stockholm: SNS.
- Brunsson, N. & J. P. Olsen, 1990. "Kan organisationsformer väljas?", i Brunsson, N. och J. P. Olsen (red.), *Makten att reformera*. Stockholm: Carlssons.
- Brunsson, N. & I. Hägg, 1992. "Marknadsinstitutionen – regler, idéer och praktik", i Brunsson, N. & I. Hägg (red.), *Marknadens makt*. Stockholm: SNS.
- Collin, S.-O. & L. Hansson, 1993. "Introduktion: Kommuner och landsting i förändring", i Collin, S.-O. & L. Hansson (red.), *Kommuner och landsting i förändring*. Lund: Studentlitteratur.
- Czarniawska, B., 1985. "The ugly sister: On relationships between the public and the private sectors in Sweden," *Scandinavian Journal of Management Studies*, 2, 2:83-103.
- Czarniawska-Joerges, B., 1993. "På jakt efter en ny identitet" i Collin, S.-O. & L. Hansson (red.), *Kommuner och landsting i förändring*. Lund: Studentlitteratur.
- Czarniawska-Joerges, B., 1994. "Narratives of Individual and Organizational Identities", i Deetz, S. (red.), *Communication Yearbook*, 17: 193-221. Newbury Park: Sage



- DiMaggio, P. J. & W.W. Powell, 1983. "The iron cage revisited: Institutional isomorphism and collective rationality in organizational fields", *American Sociological Review*, 48:147-160.
- Donahue, J. D., 1992 (1989). *Den svåra konsten att privatisera*. Stockholm: SNS.
- Fernler, K., 1996. *Mångfald eller likriktning. Effekter av en avreglering*. Stockholm: Nerenius och Santéus.
- Forssell, A., 1992. *Moderna tider i sparbanken*. Stockholm: Nerenius och Santéus.
- Forssell, A., 1999. *Offentlig reformation i marknadsmodellernas spår?* SCORE rapportserie. 1999:5. Stockholm: SCORE.
- Grabher, G., 1995. "The elegance of incoherence: institutional legacies in the economic transformation of East Germany and Hungary", i Dittrich, E., G. Schmidt & R. Whitley (red.), *Industrial transformation in Europe: Process and contexts*. London: Sage
- Hirschmann, A. O., 1970. *Exit, voice and loyalty. Responses to decline in firms, organisations and nations*. Cambridge: Harvard University Press.
- Hernes, G., 1978. "Mot en institusjonell økonomi", i Hernes, G. (red.), *Forhandlingsøkonomi og blandingsadministrasjon*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Håkansson, A., 1997. "Systemskiftet som kom av sig. Förändringsarbete och medborgerliga reaktioner i 1990-talets svenska kommuner", *Kommunal ekonomi och politik*. 1:41-52.
- Jacobsson, B., 1994a. "Att organisera för effektivitet", i Jacobsson, B. (red.), *Organisationsexperiment i kommuner och landsting*. Stockholm: Nerenius och Santéus.
- Jacobsson, B., 1994b. "Reformer och organisatorisk identitet", i Jacobsson, B. (red.), *Organisationsexperiment i kommuner och landsting*. Stockholm: Nerenius och Santéus.
- Jacobsson, B., 1994c. "Idéer, praktik och förnyelse", i Jacobsson, B. (red.), *Organisationsexperiment i kommuner och landsting*. Stockholm: Nerenius och Santéus.
- Jansson, D. & A. Forssell, 1996. "The logic of organizational transformation: On the conversion of non-business organizations", i Czarniawska, B. & G. Sevón (red.), *Translating organizational change*. Berlin: Walter de Gruyter.

- Johansson, P. & M. Johnsson, 1995. *Kommunernas sökande i reformernas labyrint*. Examensarbete vid Förvaltningshögskolan vid Göteborgs Universitet, vårterminen 1995.
- Johnson, A., 1992. *Perestrojka på svenska – 54 teser om folkhemmets ombyggnad*. Stockholm: SAF
- Johnsplass, N.-A., 1998. *Bestiller-utfører modellens vekst og fall. En empirisk studie av KommunAktuellt*. SCORE rapportserie 1998:1. Stockholm: SCORE.
- Kostera, M., 1995. "The Modern Crusade: The Missionaries of Management Come to Eastern Europe", *Management Learning*, 26, 3:331-352.
- Letwin, O., 1988. *Privatising the World. A study of international privatisation in theory and practice*. London: Cassell.
- Llewellyn, S., 1994. "Managing the boundary. How accounting is implicated in maintaining the organization", *Accounting, Auditing and Accountability Journal*, 7:4-23.
- Lundin, R. & A. Söderholm, 1997. *Ledning för förnyelse i landsting. Strategiska projekt i komplexa organisationer*. Stockholm: Nerenius och Santérus.
- Mattson, S. & A. Forssell, 1998. "Med konkurrensutsättning som ledstjärna – statligt företagande på 1990-talet", i Ahrne, G. (red.), *Stater som organisationer*. Stockholm: Nerenius och Santérus.
- Meyer, J. W. & B. Rowan, 1977. "Institutionalized organizations: Formal structure as myth and ceremony", *American Journal of Sociology*, 7: 340-363.
- Montin, S., 1997. "New Public Management på svenska", *Politica*, 29, 3: 261-278.
- Nilsson, K., 1996. "Practice, myths and theories for change: The reconstruction of an East German organization", *Organization Studies*, 17:291-309.
- Pfeffer, J. & G. Salancik, 1979. *The External Control of Organization – A Resource Dependence Perspective*. New York: Harper & Row
- Olson, O., C. G. Humphrey & J. Guthrie (red.), 1998. *Global warning! Debating international developments in new public financial management*. Oslo: Cappelen Akademisk Forlag.
- Rombach, B., 1997. *Den marknadslika kommunen – en effektstudie*. Stockholm: Nerenius och Santérus.

- Sahlin-Andersson, K., 1994. "Group identities as the building blocks of organizations: A story about nurses' daily work", *Scandinavian Journal of Management*, 10, 2:131-145
- Sahlin-Andersson, K., 1996. "Imitating by editing success: The construction of organization fields", i Czarniawska, B. & G. Sevón (red.), *Translating organizational change*. Berlin: Walter de Gruyter.
- Sahlin-Andersson, K., 1999. "I mötet mellan reform och praktik", i Zeuthen Bentsen, E., F. Borum, G. Erlingsdóttir & K. Sahlin-Andersson (red.), *Når styringsambitioner møder praksis. Den svære omstilling af sygehus- og sundhedsvæsenet i Danmark og Sverige*. København: Handelshøjskolens Forlag.
- Scott, R.W. & J.W. Meyer, 1992. "The organization of societal sectors", i Meyer, J. W. & R.W. Scott (red.), *Organizational environments – Ritual and rationality*. Den uppdaterade version, s 129-154. New York: Sage.
- Sjöstrand, S-E., 1985. *Samhällsorganisation*. Lund: Doxa.
- Statskontoret., 1996. *Staten i omvandling*, 1996: 15.
- Statskontoret., 1997. *Staten i omvandling*, 1997: 15
- Statskontoret., 1998. *Staten i omvandling*, 1998: 15
- Svedberg Nilsson, K., 1999. *Effektiva företag? En studie av hur privatiserade organisationer konstrueras*. Avhandling för avläggande av ekonomie doktorsexamen. Stockholm: EFI.

## 7 Förändringar och förskjutningar i välfärdens rättsliga reglering under 1990-talet

*Karsten Åström*

### 7.1 Inledning, bakgrund och syfte

Socialtjänstens förutsättningar har förändrats under 1990-talet. Det handlar inte bara om det faktum att till exempel socialbidragskostnaderna fördubblades mellan 1990 och 1997 för att därefter, med början 1998, sjunka (Socialstyrelsen 1999a). Sådana kostnadsökningar, och även förändringar vad gäller efterfrågan av insatser från den kommunala socialtjänsten, har sina orsaker i förhållanden som ligger utanför vad som är påverkbart inom den kommunala sfären.

Socialtjänstens förutsättningar är också beroende av den rättsligt formella ram som utgör socialtjänstens regelsystem. Denna ram har också genomgått förändringar under 1990-talet och det är möjligt att finna vissa samband mellan ekonomiska och behovsmässiga förändringar och ändringar i det formella regelsystemet. Denna framställning inskränker sig emellertid till att behandla de viktigaste rättsliga förändringarna under perioden och att analysera dessa i ett socialrättsligt och rättssociologiskt perspektiv.

Förändringar i den rättsliga ramen kan i sin tur ha lett till, eller i alla fall underlättat för, förändringar i det faktiska sociala arbete som bedrivs i kommunerna. Jag tänker då exempelvis på socialtjänstens omorganisering både vad gäller fördelningen av det politiska ansvaret mellan olika kommunala nämnder och förvaltningarnas sätt att organisera sitt arbete och att utveckla nya arbetsmetoder.

Rättslig reglering sker genom en kombination av olika typer av regler. Konstituerande regler anger vem, eller vilka, som har ansvaret för att beslut fattas och att lagstiftningen implementeras. Det finns vidare materiella regler, som anger vad som skall göras och anger förutsättningar för till exempel när olika sociala insatser skall ges eller kunna utkrävas. Materiella regler kan också ange mål som socialtjänstla-

gens portalparagraf, i vilken det anges att socialtjänsten skall främja människornas ekonomiska och sociala trygghet. Slutligen finns det regler som talar om hur ärenden skall initieras och hur beredning, handläggning och beslutsfattande skall gå till. Dessa regler benämner vi processuella regler. De rättsliga förändringarna skall i detta kapitel analyseras utifrån dessa tre regeltyper.

Socialtjänstlagens ursprungliga lagstiftningskonstruktion, med enskilda rättigheter till socialt bistånd grundade i en stark individualisering utifrån den enskilde individens faktiska behov, öppnade möjligheter för en viss förändring av praxis utan att lagstiftningen i sig behövde ändras. Besvärsrätten för den enskilde medförde att kommunen inte ensam fick mandatet att tillämpa lagen och fastställa innehållet i vad som är rätten till bistånd. Samtidigt har kommunal praktik förändrats. Nya metoder vid behandling av sociala bistandsärenden har dykt upp, kommuner har omorganiserat såväl administrationen av beslutsfattande som olika faktiska verksamheter. Överhuvudtaget kan utvecklingen av den kommunala socialtjänstens förutsättningar, inte minst ekonomiska, sedan socialtjänstlagen trädde i kraft, sägas ha gått i en riktning som inte riktigt förutsågs när lagen arbetades fram. I lagens förarbeten talas inte om knappa kommunala resurser, utan snarare om utvecklandet av nya kommunala uppgifter på det sociala välfärdsområdet.

Socialtjänstlagen var banbrytande på många sätt. I det juridiska perspektivet var den teknik, med vars hjälp man formulerade rättigheter och procedurer, en rättsteknisk innovation. Socialtjänstlagen var inte den enda ramlagstiftning som såg dagens ljus under 1980-talet, men var kanske ändå den mest uppmärksammade. Såväl lagstiftningens materiella innehåll som dess form har fortlöpande diskuterats och ifrågasatts. Emellertid måste man också konstatera att det ingalunda är första gången som välfärdsrätt har ifrågasatts.

Välfärdsrätten, i den bemärkelse som vi ser den idag, såg ljuset först efter upplysningsfilosofins idéer om att statens skyldigheter sträckte sig utöver att vara kungens eller någon annan makthavares administration för att utöva och befästa den egna makten. Synen på statens roll kom således att förändras och därmed lades grunden för möjligheten att lagstifta om statliga förpliktelser gentemot enskilda och enskildas rättighetsanspråk gentemot staten.

Den sociallagstiftning som växte fram i Europa i skiftet mellan 1700- och 1800-tal var mycket radikal i den bemärkelsen att genom lag konstituerades sociala rättigheter för de fattiga eller mindre bemedlade. I Sverige framträder 1700-talets idéer från Montesquieu, Rousseau med flera i till exempel Gustaf IV Adolfs Nådiga stadga om allmän fattigvårdsinrättning uti Stockholms stad från 1807, där det fastslås att

”författningens grundläggande princip är i överensstämmelse med tidens tankar, de fattigas rätt till hjälp (1 §)”.

Emellertid kom reaktionen mot denna typ av rättighetslagstiftning redan under första hälften av 1800-talet. Kritiken gick då ut på att rättighetslagstiftningen missbrukades. Den enskilde valde att i stället för att försörja sig genom eget arbete, leva på bidrag från samhället. 1837 års fattigvårdskommitté hade tagit intryck av bland andra ekonomer som Malthus och ställde sig avvisande till i lag formulerade rättigheter. Detta skulle, menade man, kunna komma att skapa oordning i samhället. Fattigvårdskommittén godtog grundsatsen att fattigvård inte fick vara en lagstadgad rättighet. Klimatet hårdnade än mer och 1871 års stadga är den mest negativa och restriktiva. Vid denna tid infördes också indelningen av fattigvården i obligatorisk och frivillig. Man skilde mellan de förtjänta fattiga och de icke förtjänta (Jägersköld 1955, Åström 1997).

Den fortsatta utvecklingen av välfärdsrätten går över 1950-talets socialhjälpslag och 1980 års socialtjänstlag. Såväl socialpolitiskt som rättsligt är det Socialtjänstlagen från 1980 som markerar en brytpunkt. Socialpolitiskt genom att konstituera långtgående rättigheter, införa ett tämligen stort utrymme för politiker att utforma den kommunala socialpolitiken samt, även om de professionella socialarbetarna inte är nämnda i lagen, ge utrymme för långtgående professionella bedömningar i det enskilda fallet.

Socialtjänstlagen har genomgått många förändringar och tillägg under årens lopp, de flesta dock av mindre betydelse för helheten. Den ursprungliga tekniken och strukturen kvarstod oförändrad fram till den 1 januari 1998. Därmed inte sagt att tidigare ändringar i lagen har varit betydelselösa, men den ursprungliga mallen har stått sig. Vad som hände 1998, och vad som föregick denna förändring, skall jag återkomma till.

Mot bakgrund av denna mycket översiktliga tillbakablick kan 1990-talet te sig som en kort tidsperiod. Så är det, men 1990-talet måste betraktas som ett ifrågasättande årtionde, då också förändringar sker, förändringar som rör såväl materiella regler som processuella och konstituerande.

Syftet med detta arbete är att utifrån ett socialrättsligt och rätts-sociologiskt perspektiv ge en översikt av:

1. hur ansvarsfördelningen mellan stat, kommun, och landsting utvecklats och förändrats under 1990-talet, samt
2. hur relationen mellan myndighet och enskild har förändrats under samma period.

Framställningen är redovisande, men vissa analyser om betydelsen av de rättsliga förändringarna kommer att göras och försiktiga slutsatser dras. Den gör inte anspråk på att spegla vad som faktiskt sker i olika välfärdsinstitutioner i termer av effekter och resultat. Analysen inskränker sig till förändringarna i regelsystemet. Diskussion och analys kommer att ankyta till förhållandet mellan central styrning och decentralisering, legitimitet, individualisering och generalisering och den enskildes integritet och självbestämmande.

## 7.2 Statligt, kommunalt, landstings- kommunalt och professionellt ansvar

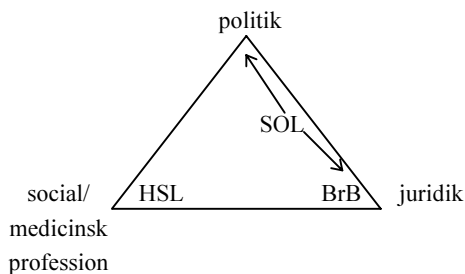
Av lång tradition är det kommunen som har ansvaret för en betydande del av välfärdsinsatserna till enskilda. Ansvarsfördelningen mellan stat och kommun regleras i lag. Så länge det inte fanns lagar som direkt reglerade vare sig kommunernas ansvar och skyldigheter eller enskilda kommuninvånares rättigheter, hörde kommunala välfärdsinsatser till den allmänna kommunala kompetensen. Genom specialreglering kom staten att sedan början av 1800-talet alltmer ålägga kommunerna speciella och definierade uppgifter gentemot dem som var socialt svaga. Statens ansvarsområde utgörs i första hand av administrationen av de generella välfärdsinsatser som regleras i lagen om allmän försäkring med flera lagar. Härutöver har staten genom centrala och regionala tillsynsmyndigheter ett ansvar för att den verksamhet som bedrivs av kommunerna sker i överensstämmelse med central reglering. Även genom överprövningsinstitutet har staten ett ansvar för kommunal och landstingskommunal verksamhet. Den rättsliga kontrollen över kommunal verksamhet är dock betydligt större, dels för att kommunala insatser i större utsträckning är formulerade som rättigheter och dels för att den viktigaste kontrollen på landstingets område sker inom ramen för den medicinska personalens eget yrkesansvar. Inom den kommunala sektorn däremot har tjänstemän och annan personal bara i mycket begränsad omfattning ett eget professionellt grundat yrkesansvar.

I förhållande till staten ansvarar varje kommun för socialtjänsten inom sitt område (SOL 2 §). Det grundläggande ansvaret har inte förändrats, däremot har socialtjänsten tillförts nya uppgifter, samtidigt som andra uppgifter har förts över till andra organ. På samma sätt ansvarar landstinget för hälso- och sjukvården enligt hälso- och sjukvårdslagen (HSL).

I ett rättssociologiskt perspektiv är det väsentligt att se rätten i sitt sammanhang. Detta innebär bland annat, att det är av avgörande bety-

delse för utfallet av all rättstillämpning, vem som faktiskt har makt, och skyldighet, att fatta de rättsliga besluten. Till exempel har i en tidigare studie visats att det för socialrättens del knappast går att tala om en normbildningsprocess, utan att det finns ett antal parallella normbildningsprocesser. Socialtjänstlagen tillämpas av politiker och socialarbetare i kommuner och jurister i administrativa domstolar för att nämna de viktigaste. Utfallet påverkas av faktorer som tillämparens myndighetsställning och professionella tillhörighet och uppvisar därmed skillnader (Åström 1988).

Makt och ansvar för kommunal rättstillämpning anges i konstituerande regler och kan illustreras i en triangel med skilda tillämpare i de tre hörnen (se figur nedan). Bara för att bättre kunna förstå det specifika i den kommunala och landstingskommunala rättstillämpningen, kan man i figuren föra in ett annat rättsområde. För beslut i brottmål enligt brottsbalken (BrB) skall makten givetvis placeras i det nedre högra hörnet. Beslutet fattas av en företrädare för juristprofessionen och följer av en tolkning av rätten, möjligen med en viss glidning åt det socialt professionella hållet vid val av eventuell påföljd. Läkarens beslutsfattande i enskilda behandlingssituationer ligger i det nedre vänstra hörnet, den medicinska professionens. Det sociala arbetets beslut är betydligt svårare att placera i triangeln. Det finns inslag som hör hemma i alla triangelns hörn. Emellertid ligger den primära makten över besluten i det övre hörnet, politikens, samtidigt som det enskilda beslutet, i varje fall en stor del av de beslut som rör enskilda individer, måste följa vissa materiella regler och då ligger makten i det juridiska hörnet. Detta tydliggörs särskilt i det fall ett beslut överklagas till allmän förvaltningsdomstol. Makten över socialtjänstbeslut ligger på linjen mellan politik och juridik med en dragning åt det professionella hörnet.



En del av de rättsliga förändringar som gjorts på välfärdsområdet under 1990-talet kan beskrivas som förskjutningar mellan hörnen i triangeln. Exempelvis innebär förändringen av besvärsrätten, att i de fall där endast laglighetsprövning återstår, har makten förskjutits från det juridiska hörnet mot det politiska och professionella. I de fall sociala insatser



preciserats, som till exempel genom lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS), har en förskjutning ägt rum mot det juridiska hörnet.

### 7.3 Kommunallagsreformen

1991 års kommunallagsreform (SFS 1990:900) innebar en betydande förändring i förhållandet mellan stat och kommun. Utgångspunkterna för den nya lagen, som trädde i kraft 1992, var att utveckla formerna för de förtroendevaldas styrning och ledning, att ge kommunerna ökat handlingsutrymme för att anpassa sin organisation för olika verksamheter och att skapa förutsättningar för effektivare ekonomisk styrning.

För exempelvis socialtjänstens del var – före reformen – den övergripande politiska nämndstrukturen fastlagd och därmed även grunderna för hur den sociala förvaltningen skulle komma att organiseras. I varje kommun skulle det finnas en socialnämnd, och denna ansvarade för socialtjänstlagens genomförande. Efter lagändringen är det upp till den enskilda kommunen att bestämma vilka kommunala nämnder som skall finnas och hur ansvarsfördelningen mellan dessa skall se ut. Det behöver inte längre finnas en socialnämnd, utan ansvaret för olika delar av socialtjänsten kan fördelas på skilda nämnder. Härmed gavs också en klar rättslig grund för uppdelning i så kallade beställar- och utförarnämnder. Lagreformen har en stark karaktär av decentralisering av organisatorisk makt till kommunerna.

Reformen innebär således att kommunens självständiga ansvar förstärkts, inte minst genom möjligheten att på egen hand organisera såväl vilka politiska nämnder som skall finnas som ansvarsområdena för dessa. Om socialtjänstens ansvarsuppgifter fördelas mellan flera nämnder och därmed också mellan flera olika förvaltningar, förändras förutsättningarna för upprätthållandet av den helhetssyn, som finns fastlagd i socialtjänstlagens materiella och processuella regler. Det har ibland också hävdats att en geografisk decentralisering inom en kommun skulle kunna leda till en försvagning av kommunens samlade professionella kunnande.

Ökad kommunal självständighet innebär att den juridiska kontrollen och jämförbarheten minskar. Huvudargumentet för införandet av möjligheten att väcka förvaltningsbesvär i alla sociala biståndsärenden enligt 6 § i 1980 års socialtjänstlag var, att på så sätt öka likheten i beslutsfattandet mellan landets kommuner. Även om likhet i beslutsfattande och olika rättssäkerhetsaspekter finns reglerade i andra lagar, som exempelvis förvaltningslagen, kan organisatoriska olikheter mellan kommuner göra det svårare att jämföra hur olika kommuner i för-

hållande till varandra fullgör uppgifter som äldreomsorg och omsorger om funktionshindrade till exempel.

Förändringarna i kommunallagens konstituerande och processuella regler medför således en ökad självständighet för kommunen gentemot staten, inte bara genom organisationsfriheten i de politiska nämnderna, utan också genom förändringar i förvaltningsorganisationen. Indirekt kan en ny organisation i sin tur leda till att kommuninvånarna får svårare att veta vart man skall vända sig i olika situationer.

## 7.4 Kommunaliseringen av skolan

Successivt har skolan utvecklats från en relativt strikt regelstyrning mot en målstyrd verksamhet. I den nu gällande skollagen finns många målsättningsregler med socialt innehåll för vilka skolan har ett ansvar. Genom skolans kommunalisering 1991, då ansvar och huvudmannaskap övergick till den enskilda kommunen, gavs också förutsättningar för ett närmande mellan skola och sådan social omsorg avseende barn som tillhörde socialtjänstens område.

I förlängningen av denna överflyttning av det statliga ansvaret till ett kommunalt, har också uppgifter som tidigare tillhörde sociala myndigheter flyttats över till skolans ansvarsområde. Genom en ändring i socialtjänstlagen, som trädde i kraft 1998, överflyttades reglerna för såväl skolbarnomsorgen som förskoleverksamheten till skollagen. Barnomsorgens materiella reglering genomgick vissa förändringar och det är fortfarande en kommunal skyldighet att bereda de förskolebarn som vistas i kommunen daghemsp plats. I socialtjänstlagen fanns en regel som ålade kommunen att sörja för en planmässig utbyggnad av förskole- och fritidshemsverksamheter. En principiell förändring är, att denna skyldighet inte följde med när reglerna i övrigt flyttades till skollagen.

Överflyttningen av reglerna om barnomsorg, gör att det igen finns en risk att man förlorar i helhetssyn. Det finns kvarvarande regler om socialtjänstens allmänna stödinsatser riktade till barn och ungdomar i socialtjänstlagen, och det finns en risk att dessa regler inte kommer att beaktas vid tillämpningen av de mer konkreta reglerna om omsorgsin-satser. Åtminstone vid själva övergången av ansvarsområdet finns det risk att den nya huvudmannen inte har den kompetens i myndighets-utövning som finns vid socialförvaltningarna. Tillämpningen av social-tjänstlagen rymmer betydligt mer myndighetsutövning än vad som är fallet vid bedrivande av skolverksamhet enligt skollagen. Med myndig-hetsutövning avses ensidigt beslutsfattande hos myndighet, som har omedelbara konsekvenser för en enskild person. Till största del utgörs

arbetet i skolan av så kallat faktiskt handlande, det vill säga bedrivande av undervisning som inte är myndighetsutövning annat än vid utfärdande av betyg.

Även förändringarna i skollagstiftningen hänför sig således i första hand till de konstituerande reglerna. Makt har decentraliserats från stat till kommun, och ansvar för vissa avgränsade uppgifter har övergått från en lag på kommunal nivå till en annan. De materiella reglerna är, bortsett från skyldigheten att upprätta planer för att möta framtida behov, i stort sett oförändrade. Eftersom dessa materiella regler till stor del är av målkarakter, det vill säga de anger mål mot vilka verksamheten skall sträva, snarare än i förväg fastlagda lösningar, är det av avgörande betydelse i vilket sammanhang beslut fattas, vilken professionell kunskap och erfarenhet den som handlägger ärenden och fattar beslut i dessa har.

## 7.5 Handikappreformen och psykiatrireformen

Den 1 januari 1994 trädde lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS) i kraft. Denna lag innebar en fortsättning på överflyttandet av verksamheter från landsting till kommun. Redan innan LSS tillkom var det möjligt att genom kommunala och landstingskommunala överenskommelser överföra delar av den så kallade omsorgsverksamheten från landsting till kommun. Så gjordes i praktiken också i stora delar av landet. LSS innebar en definitiv överflyttning av ansvaret för insatser (med undantag för råd och stöd-insatser) för utvecklingsstörda till kommunen, men också en överflyttning av ansvaret för sociala insatser till dem av psykiatrins patienter som inte är föremål för institutionsvård och som har ett omfattande behov av stöd eller service. När det gäller den senare gruppen har det emellertid visat sig att LSS bara fått en begränsad betydelse i praktiken. De psykiskt funktionshindrade är en grupp som inte kommit i åtnjutande av insatser enligt LSS från kommunala socialtjänsten i den omfattning som man förutsåg. I Socialstyrelsens utvärdering av handikappreformen slår man fast att det är alarmerande få personer, i förhållande till det beräknade behovet, som faktiskt erhållit stöd enligt LSS (Socialstyrelsen 1997, Bengtsson, red 1998). Även Socialstyrelsens uppföljning av psykiatrireformen konstaterar, att efter det att LSS varit i ikraft under en tid av fem år, är antalet personer som fått stöd enligt denna rättighetslag fortfarande lågt (Socialstyrelsen 1999b).

Rättighetskonstruktionen stärker den enskildes ställning gentemot myndigheten, men rättigheten i sig är inte tillräckligt. Insatserna måste komma den enskilde till del och här handlar det om social kunskap hos ansvarig myndighet, information, uppsökande verksamhet, motive-ringsarbete, ekonomiska resurser, politisk vilja och så vidare. Att LSS, trots sin starka rättighetskonstruktion, inte fått det genomslag som man avsåg och förväntade sig för just gruppen psykiskt funktionshindrade, kan ses som ett exempel på att förändringar av materiella regler inte är ett tillräckligt instrument för att skapa bättre levnadsbetingelser för grupper som är socialt utsatta.

Lagstiftningsmässigt innebär handikappreformen en ökad satsning och en förstärkning för den enskilde klienten. Lagstiftningstekniskt utgör LSS ett brott mot den form av lagstiftning som socialtjänstlagen är ett exempel på. I och för sig uppvisar de två lagarna betydande likheter. Båda innehåller långtgående målsättningsregler, båda är uppbyggda kring individuellt utkrävbara rättigheter och kommunen är den primära aktören vad gäller genomförandet. Avslagsbeslut kan också i båda fallen överklagas med förvaltningsbesvär. Men, det finns en avgörande skillnad. Vid bedömning av insatser enligt SoL tas den enskildes behov som utgångspunkt vid ställningstagandet om rättighet till insats föreligger. Om man kan konstatera att ett behov föreligger, är nästa steg att finna den instans som är lämpligast för att den enskildes behov skall kunna tillgodoses. I LSS har man övergivit denna konstruktion och istället definierat ett antal, närmare bestämt tio, ganska väl avgränsade insatser. Den rättsligt grundade prövningen går ut på att pröva behovet av varje sådan insats för att klarlägga om det är just någon av dessa som den enskilde har behov av, och därmed har rätt till.

Medan socialtjänstlagen implicerar en målrationalitet i beslutsfattandet, är LSS mer juridiskt traditionell i den meningen att en situation prövas mot en definierad norm där den faktiska situationen inordnas, eller subsumeras, under regeln, som anvisar en lösning. Detta beslutsfattande är normrationellt. I det målrationala beslutsfattandet anges inte lösningen direkt i normen. Normen innehåller en målformulering och den som tillämpar regeln har att finna ett lämpligt medel, en insats, för att uppnå det i lagen definierade målet.

I termer av centralt och lokalt innebär denna rättstekniska förändring en centralisering av beslutsfattandet. Lagen anger ett snävare handlingsutrymme för kommunen. I perspektivet av relationen mellan den enskilde och myndigheten innebär förändringen en förstärkning av den enskildes rättsliga ställning, såtillvida att denne har en mer precisrad rättighet att argumentera utifrån (Åström 1998a).

## 7.6 Ädelreformen

Sedan socialtjänstlagen och hälso- och sjukvårdslagen trädde i kraft under början av 1980-talet har gränsdragningen mellan socialtjänstens och sjukvårdens ansvarsområden inte varit helt klar. En anledning till detta är att de båda lagarna bygger på mycket vida definitioner av vad socialtjänst respektive hälso- och sjukvård innefattar. Efter diskussioner under hela 1980-talet om praktiska gränsdragningsproblem mellan landstingets och kommunens ansvar vad avser äldreomsorgen, ändrades både socialtjänstlagen och hälso- och sjukvårdslagen 1992. Genom denna reform, ädelreformen, fick kommunen bland annat en skyldighet att inrätta särskilda boendeformer för äldre med särskilda behov och för funktionshindrade. Ändringen innebar också att kommunen tog över ansvaret för tidigare sjukhem och motsvarande, vilka i socialtjänstlagens terminologi blev särskild boendeform för service och omvårdnad.

I ett rättsligt perspektiv innebär även Ädelreformen primärt en förändring av de konstituerande reglerna, det vill säga makt och ansvar har förts över från landsting till kommun. Vad gäller de materiella reglerna är dessa i stort sett desamma. Även de processuella reglerna är oförändrade. Emellertid har den del av äldreomsorgen som tidigare var en landstingsangelägenhet genom överförandet till kommunens socialtjänst kommit att hamna i en organisatorisk ram, som har en starkare prägel av myndighetsutövning. Detta skulle kunna innebära en mer formaliserad tillämpning.

I en undersökning om kommunal myndighetsutövning i biståndsärenden rörande insatser till funktionshindrade, med avseende på om insatsen gavs enligt LSS eller enligt SoL, visade det sig, att i flera kommuner handlades biståndsärenden till funktionshindrade av samma tjänstemän som ansvarade för hemtjänst och andra insatser för äldre. Myndighetsutövningen i dessa ärenden avvek på viktiga punkter från den myndighetsutövning som avsåg insatser enligt LSS. Hemtjänstärenden hanterades på ett mycket obyråkratiskt sätt och, vilket är anmärkningsvärt i ett rättsligt perspektiv, utan iakttagande av grundläggande förvaltningsrättsliga regler som ärendedokumentation, insyn i handläggning och beredning samt angivande av beslutsmotivering och besvärshänvisning vid avslag. LSS-ärenden hanterades på ett betydligt formellare sätt med iakttagande av processuella och förvaltningsrättsliga grundprinciper (Åström 1998b).

Dessa skillnader kan delvis förklaras av olikheter i de materiella reglerna i SoL och LSS. Medan SoL är en målrelaterad ramlag, i vilken målet anges och medlen för att främja målen skall anpassas efter den

enskilda situationen, är LSS en renare form av rättighetslag, i vilken tio tämligen klart avgränsade insatser anges.

Överflyttningen av ansvar för insatser riktade mot äldre från landstingets ansvarsområde innebär således en förändring i de konstituerande reglerna, medan de materiella och processuella kvarstår i huvudsak oförändrade. Reformen ger förutsättningar för en förändrad myndighetsutövning, men om en sådan kommer till stånd är beroende av, vem eller vilka inom en förvaltning som ges uppgiften att bedöma biståndsbehov och att fatta beslut genom myndighetsutövning. Detta sagt utan någon värdering av huruvida den ena eller den andra formen för beslutsfattande är att föredra.

## 7.7 1998 års ändringar i Socialtjänstlagen

En av svagheterna i socialtjänstlagstiftningen har varit dess, i vissa avseenden, oklara gränsdragning mellan olika aktörers ansvar i förhållande till varandra. Vem är det egentligen som har makten över och ansvaret för socialtjänstlagens implementering? Att kommunen har och har haft huvudansvaret råder det inte någon tvekan om, men hur är det egentligen med beslutsfattandet i det enskilda fallet? Svaret är den politiska nämnd i kommunen som kommunfullmäktige har anvisat, men samtidigt är det ju faktiskt den allmänna förvaltningsdomstolen, för det fall ett beslut överklagas med förvaltningsbesvär. Samtidigt kan den sociala professionen ha krav på att vara den aktör, som bäst vet vilken eller vilka sociala insatser, som är mest adekvata i det enskilda fallet.

Förändringarna som trädde i kraft 1 januari 1998 är inte entydiga vad gäller till exempel maktförskjutning mellan central och kommunal nivå, eller vad gäller klientens ställning i förhållande till myndigheten. Ändringarna kommer att diskuteras och analyseras i tre perspektiv, förskjutning av makt från stat till kommun, förskjutning av makt från kommun till stat och betydelsen av förändring från rättighets- till skyldighetsreglering.

### 7.7.1 Införandet av en riksnorm

Genom 1998 års ändringar infördes en och samma socialbidragsnorm att gälla för hela landet. Bakgrunden var att socialbidragsnormerna varierade mellan landets kommuner och att krav på likhet hade framförts från olika håll. Lagstiftningsmässigt innebar förändringen en ökad grad av precisering, men också en förstärkning av förutsättningarna för att använda en normrationell metod vid beslutsfattande om socialbidrag.

Den centrala styrningen stärktes såtillvida att den enskilde kommunen förlorade sin frihet att besluta om egna socialbidragsnivåer grundade i lokala uppfattningar om vad som är en skälig levnadsnivå. Socialbidragsklienternas ställning stärktes i den meningen att det nu finns en fast norm att utgå från vid bedömningen av om man faktiskt erhållit det som man har rätt till.

### 7.7.2 Från rättighet till skyldighet

En betydande nyhet i och med 1998 års ändring är att man övergav den enhetliga rättighetsregel, som omfattade alla former av socialt bistånd. Ändringen innebar att det ekonomiska biståndet kom att regleras i en egen paragraf, 6 b §, och gavs formen av en preciserad rättighetsregel uppdelad i försörjningsstöd och annat stöd. I 6 f § regleras stöd i form av hjälp i hemmet och särskilt boende för äldre och funktionshindrade. För dessa biståndsformer behölls rättighetskonstruktionen och därmed möjligheten att väcka förvaltningsbesvär. Härutöver anges i 6 g § att socialnämnden får ge bistånd i annan form, eller utöver det bistånd som regleras i de nämnda paragraferna, om det finns skäl för det. I denna senare form av bistånd ingår sådana insatser som missbrukarvård, avlösning i hemmet, stöd till funktionshindrade, hemutrustning, tandvård, psykoterapi, kontaktfamilj och begravning. Dessa insatser är formulerade som skyldigheter, men de regler i socialtjänstlagen som anger målsättningar med insatser, kvalitetskrav och liknande kvarstår oförändrade.

Rättsligt kan man således hävda att skyldigheterna efter lagändringen till sitt innehåll är de samma som de insatser som den enskilde tidigare hade rätt till. Det är samma skäliga levnadsnivå som skall vara vägledande. Men det förhållandet att den enskilde i dessa situationer inte längre är bärare av rättigheter, gör att hennes ställning försvagas i förhållande till kommunen. Den språkliga formuleringen är också svag. Det sägs inte att kommunen skall ge sådana insatser, utan att kommunen får ge sådana insatser.

Vad gäller relationen mellan stat och kommun påverkas även denna. Statens roll minskar i och med att besvärmöjligheten försämras. Kommunens mandat att fatta beslut ökar. Om vi återvänder till den triangel som diskuterats ovan, innebär förändringen att makten över lagen kommer närmare det politiska hörnet och längre ifrån det juridiska.

## 7.8 Förändringar i relationen mellan den enskilde och myndigheten

Vi har huvudsakligen uppehållit oss vid frågor om förskjutning av ansvar och makt över tillämpningen av olika välfärdslagar. I och för sig har vi även kommit in på frågan om förhållandet mellan den enskilde och myndigheten. I det här avsnittet skall vi fokusera detta förhållande och se hur de lagändringar som behandlats ovan påverkar denna relation.

En förändring i socialtjänstlagen 1998, som inte tidigare berörts, är att kommunen har fått större möjligheter att ställa krav på klienter i vissa situationer. Socialnämnden kan ställa krav på att den som uppbär försörjningsstöd också skall delta i av nämnden anvisad praktik eller annan kompetenshöjande verksamhet om någon annan arbetsmarknadspolitisk åtgärd ej kunnat vidtas. Detta berör i första hand dem som är under 25 år. Den som vägrar sådant deltagande kan fråntas fortsatt försörjningsstöd. Denna möjlighet är en inskränkning i lagens huvudprincip om den enskildes medverkan och inflytande över vilka insatser som skall ges och gör att klientens ställning i förhållande till myndigheten försvagas.

Rättighetskonstruktionens betydelse för den kommunala socialtjänsten har diskuterats genom olika utredningar. I den proposition som ledde fram till förändringarna 1998 framfördes uppfattningen dels att rättigheter inte var nödvändiga och dels att det egentligen inte var någon skillnad mellan rättigheter och skyldigheter utan att dessa utgjorde två sidor av samma förhållande (Regeringens prop 1996/97:124). Denna uppfattning kan jag inte hålla med om.

Rättighetskonstruktionen lägger fast en ömsesidig relation mellan två rättssubjekt, i detta fall den som söker bistånd och den sociala nämnd som ansvarar för beslut om sådant bistånd. Relationen är individualiserad, vilket innebär att ärendet skall avgöras utifrån de förutsättningar som finns och inte utifrån sociala ställningstaganden i allmänhet. Om den enskilde inte är nöjd med beslutet, kan hon få saken prövad i domstol och det är hon själv som initierar denna process. Den rättsliga prövningen innefattar också en i förhållande till socialförvaltningen självständig lämplighetsbedömning.

I fallet med skyldighetsreglering är den rättsliga relationen inte mellan den biståndssökanden och myndigheten utan rättsligt sett handlar det om en kommuns skyldighet gentemot staten att sörja för vissa välfärdsinsatser för enskilda kommuninvånare (se Svensson 1999). Den enskilde är bara en av många som är föremål för denna skyldighet gentemot staten. Den enskilde har inte heller en exklusiv rätt att besvä-



ra sig genom laglighetsprövning. Varje kommuninvånare har rätt att begära laglighetsprövning av alla kommunala beslut. Den rättsliga prövningen innefattar inte någon lämplighetsbedömning, utan berör endast frågan huruvida beslutet var olagligt. I sådant fall skall beslutet upphävas, men något nytt beslut sätts inte i det upphävda beslutets ställe. Detta är emellertid fallet i förvaltningsbesvärsprocessen.

I en studie av den förändrade besvärsrätten, som gjorts på uppdrag av Socialstyrelsen, visas genom intervjuer i tio kommuner att över 80 procent bland såväl socialnämndspolitiker som socialsekreterare och chefer inom socialtjänsten ansåg att lagändringarna missgynnar enskilda klienter och att rättssäkerheten försämrats. Två tredjedelar av de tillfrågade uppgav också att de uppfattade det som att de sociala insatser som den enskilde har rätt till skulle ha högre prioritet än sådana insatser som grundas i kommunens skyldigheter. En sådan uppfattning saknar stöd i lag och skulle innebära att missbruksvård, som inte ingår i det försörjningsstöd som den enskilde har rätt till, skulle vara att betrakta som en mindre central angelägenhet för kommunalt socialt arbete, än vad stöd till hemförsäkring, som är medtaget som en post i försörjningsstödet, skulle vara (Svensson 1999).

Vad gäller den framtida utvecklingen av rättighetslag och skyldighetslag är en återgång till rättigheter och förvaltningsbesvär möjligen på väg. Socialutredningen har föreslagit en sådan linje, vilket också har stöd från Socialstyrelsen (SOU 1999:97, Socialstyrelsen 1999c).

Förhållandet mellan den enskilde och myndigheten påverkas inte bara av förändringar i besvärsregler. Den ökade decentraliseringen i 1991 års kommunallag har medfört att det är svårare för den enskilde att veta vilken kommunal förvaltning som ansvarar för vad. Reformen innebär samtidigt att kommunmedlemmarna har större inflytande över hur kommunala välfärdsinsatser skall organiseras och administreras. För att utöva sådant inflytande krävs dock politisk aktivitet och det har visat sig att socialt svaga grupper utövar mindre politiskt inflytande (SOU 1999:44).

## 7.9 Sammanfattande slutsatser

Sammantaget har visats att det välfärdsrättsliga regelverket har genomgått förändringar under 1990-talet och att en del av dessa förändringar också varit genomgripande både i termer av ansvarsförskjutningar och vad gäller relationen mellan den enskilde och myndigheten. Det finns inte någon enhetlig förändringstrend, utan förändringarna i de konstituerande reglerna har resulterat i omväxlande decentralisering och centralisering. Även inom den kommunala nivån har ansvarsfördelningen

ändrats. Ansvar har övergått från ett verksamhetsområde till ett annat. Exempel på detta är att skolan övertagit ansvaret för förskoleverksamhet och skolbarnomsorg. Ett intryck från tioårsperioden är också att den ökade friheten att flytta ansvar mellan olika politiska nämnder kan leda till en splittring och osäkerhet om vem som gör vad i kommunen. Splittringen kan leda till en försvagning av sociala professioner, men fallet kan också bli det omvända. Att socialtjänsten tagit över vårduppgifter från landstinget vad gäller äldreomsorg skulle kunna bidra till en utveckling av en bredare professionalitet.

Materiella regler har också genomgått förändringar i olika avseenden. Inte heller här finns det en enhetlig förändringsriktning. Å ena sidan har det skett en precisering av regler. Rättigheterna i LSS och införandet av en riksnorm vad avser socialbidraget är exempel på detta. Samtidigt har de materiella reglerna vad avser socialt bistånd som inte längre är rättigheter försvagats. Särskilt olyckligt är det om det skulle visa sig att det är insatser till svagare grupper som får en vagare reglering. Det finns sådana tecken. Missbruksvården som avförts från rättighetsregleringen är ett sådant exempel.

Dessa två olika strömningar har kommit att skära rakt igenom en grupp, nämligen gruppen funktionshindrade. De som omfattas av personkretsen i LSS har fått sina rättigheter förstärkta, medan gruppen funktionshindrade, som inte ingår i LSS personkrets, har fått sin rättsliga ställning försvagad. Förutom sådana insatser som inryms i försörjningsstöd och hemtjänst och särskilt boende, har de förlorat sina rättigheter till insatser enligt SoL (se Åström 1998b). Exempel på sådana insatser, som är viktiga för denna grupp, är ledsagarservice, kontaktperson, trygghetslarm, avlastning och dagverksamhet. En sådan skillnad mellan individer med funktionshinder kan leda till bristande legitimitet, då det är svårt att finna rationella skäl för olikheterna.

Den mest påtagliga förändringen av de processuella reglerna är de förändringar i besvärsrätten som vi uppehållit oss mycket vid. Förvaltningsbesvärets ändamål är att den enskilde skall kunna vinna ändring av ett beslut, som gått henne emot. Laglighetsprövningens ändamål är ett annat, nämligen att den centrala makten, via domstolar, skall kunna kontrollera så att kommunala verksamheter bedrivs i de former som anges i lag. Det är svårt att finna, åtminstone rättsligt hållbara, argument för denna åtskillnad – ett förhållande som också socialutredningen ger uttryck för i sitt slutbetänkande (SOU 1999:97). Rättighetsärenden och skyldighetsärenden är mycket lika till sin karaktär, men hantearas olika vad gäller beslutsvägar. En ansökan om socialt bistånd för missbruksvård är mer likt en ansökan om ekonomiskt bistånd eller hemtjänst än ett beslut i kommunfullmäktige om huruvida kommunen

överskridit den kommunala likhetsprincipen genom att ge ekonomiskt stöd till en fotbollsklubb och inte en ridklubb.

Vad gäller den enskildes integritet finns en risk att svaga grupper förlorar i integritet genom att inte ha rättigheter att hänvisa till. Den som är rättighetsbärare har ett försteg, genom att handläggnings- och beslutsprocess är fastare reglerad och mer kontrollerbar.

Sammanfattningsvis kan åter sägas att det inte finns en entydig linje i förändringarna under 1990-talet. Decentraliseringen av makt från stat till kommun har varit betydande, inte minst vad gäller kommunens frihet att organisera sig i stort sett som den finner ändamålsenligt, men det finns också exempel på det omvända när det gäller ökad precisering i lagliga rättigheter. Förändringarna i materiella regler, som rätt till insatser i LSS och preciseringen av ekonomiskt bistånd enligt SoL, har gynnat den normrationella beslutsmetoden mer än den målrationella. Detta kan möjligen kopplas till en allmänt ökad tilltro till rätten som samhälleligt konfliktlösningssinstrument.

## Referenser

- Bengtsson, H. (red.), 1998. *Politik, lag och praktik. Implementeringen av 1994 års handikappreform*. Lund: Studentlitteratur.
- Jägerskjöld, S., 1955. ”Från fattigvård till socialhjälp. En studie i socialrättens historia och begreppsbildning”, *Förvaltningsrättslig tidskrift*.
- Regeringens prop 1996/97:124. *Ändring i socialtjänstlagen*.
- Socialstyrelsen, 1997. *Handikappreformen. Slutrapport 1997*. Socialstyrelsen följer upp och utvärderar 1997:4. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen, 1999a. *Socialbidrag under första halvåret och andra kvartalet 1999. Kommunvis redovisning av utbetalt socialbidrag*. Statistik – Socialtjänst 1999:9. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen, 1999b. *Välfärd och valfrihet?* Socialstyrelsen följer upp och utvärderar 1999:1. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen, 1999c. *Ändringar i socialtjänstlagen – konsekvenser under de 18 första månaderna*. Socialstyrelsen följer upp och utvärderar 1999:3. Stockholm: Socialstyrelsen.
- SOU 1990:44. *Demokrati och makt i Sverige*. Maktutredningens huvudrapport. Stockholm: Allmänna förlaget.
- SOU 1999:97. *Socialtjänst i utveckling*. Slutbetänkande från Socialtjänstutredningen. Stockholm.
- Svensson, M., 1999. *Inskränkningar i besvärsrätten – en rättssociologisk studie*. Underlagsrapport. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Åström, K., 1988. *Socialtjänstlagstiftningen i politik och förvaltning. En studie av parallella normbildningsprocesser*. Lund: Lund University Press.
- Åström, K., 1997. ”Kris i välfärdsrätten?”, i Hydén, H. & A. Thor (red.), *Rätt i förändring*. Lunds universitet: Lund Studies in Sociology of Law 2.
- Åström, K., 1998a. ”Normbildning och beslutsfattande”, i Bengtsson, H. (red.), *Politik, lag och praktik*. Lund: Studentlitteratur.
- Åström, K., 1998b. ”Funktionshindrade mellan SoL och LSS”, i Bengtsson, H. (red.), *Politik, lag och praktik*. Lund: Studentlitteratur.

## 8 Ekonomiskt tänkande om sjukvården under 1990-talet<sup>1</sup>

*Roland Granqvist*

### 8.1 Inledning

Under 1990-talet har ekonomiska modeller och synsätt blivit allt vanligare inom sjukvården. Man kan peka på flera tänkbara förklaringar till detta. En viktig bakgrund är 1990-talets finansieringskris i den offentliga budgeten. Sjukvården, liksom andra delar av den offentliga verksamheten, har utsatts för starka besparingskrav. Eftersom sjukvården utgör en betydande del av den offentliga budgeten så är det naturligt att man på olika sätt har sökt främja dess effektivitet och produktivitet, och detta är problem som traditionellt har ägnats stort intresse inom såväl företags- som nationalekonomi.

Under tidsperioden 1960-1990 ökade sjukvårdskostnaderna, i fasta priser, med 235 procent. Om man beaktar att befolkningstillväxten var 14 procent så innebär det att sjukvårdskostnaderna per capita i det närmaste tredubblades under dessa tre decennier. Vad ligger bakom denna ökning?

Enligt en vanlig uppfattning var sjukvårdens produktivitetsutveckling negativ under denna tidsperiod.<sup>2</sup> Flera ekonomer har tolkat detta

<sup>1</sup> Jag har haft stor hjälp av kommentarer och synpunkter på tidigare versioner från många personer, bl.a. vid ett symposium i Sigtuna, november 1999, anordnat av forskningsprojektet "Etisk reflektion i ekonomisk teori och praktik", finansierat av Riksbankens Jubileumsfond, samt vid ett seminarium i Stockholm, februari 2000, anordnat av Kommittén Valfärdsbokslut. Ett särskilt tack till Anders Anell, Stig Blomskog, Ante Farm, Rolf Å Gustafsson, Hans Lind, Olle Lundberg, Joakim Palme, Marta Szebehely och Folke Tersman. Dessa personer har givetvis inte något ansvar för kvarstående brister.

<sup>2</sup> Som stöd för denna uppfattning brukar åberopas två rapporter till ESO, expertgruppen för studier i offentlig ekonomi. Enligt den första mätningen, Ds Fi 1985:3, minskade produktiviteten med i genomsnitt tre procent per år under perioden 1960-1980. Enligt den andra mätningen, Ds 1994:22 och Ds 1994:24,

som orsakat av brister i sjukvårdens ekonomistyrning, vars incitamentsstruktur inte anses ha främjat effektivitet i utnyttjandet av sjukvårdens resurser. Rationaliseringssträvandena inom sjukvården under 1990-talet har i hög grad fokuserats på dylika problem. I många lands- ting har införts ny ekonomistyrning, som varit inriktad på att söka stärka sjukvårdsenheternas ekonomiska incitament att utnyttja resurserna effektivare.

Man kan visa på problem med denna uppfattning vad gäller såväl produktivitetens utvecklingen som tesen att sjukvårdens effektivitets- problem främst gällde bristande ekonomiska incitament. De mätningar som gjorts av produktivitetens utvecklingen inom den svenska sjukvården är förknippade med så stor osäkerhet att de inte torde avspegla den *faktiska* produktivitetens utvecklingen, och kan därför knappast läggas till grund för några slutsatser om sjukvårdens förmåga att utnyttja resurserna effektivt. Det är inte heller alls klart att de modeller för ekonomistyrning som har införts under 1990-talet bidrar till ett effektivare resursutnyttjande. Vi skall återkomma till dessa frågor i avsnitt 8.5 och 8.6.

En annan tänkbar förklaring till de ökade sjukvårdskostnaderna, också vanlig bland ekonomer, är att det uppstår "överkonsumtion" genom alltför hög efterfrågan, vilken orsakas av att patienten, p.g.a. sjukvårdsförsäkringen, endast drabbas av en liten del av den faktiska merkostnaden för en ökning av den *egna* vårdkonsumtionen.<sup>3</sup> Det finns en rad problem med denna förklaring, vilket kommer att behandlas i avsnitt 8.4.3.

Det kan tyckas att en viktig förklaring till den ökade vårdkonsumtionen är att andelen äldre har ökat. Vårdbehoven är, i genomsnitt, betydligt större bland äldre. Även om andelen äldre har ökat så kan man emellertid visa att detta bara kan svara för en bråkdel av den ökade vårdkonsumtionen, givet att vårdkonsumtionen i varje åldersgrupp inte förändras över tiden.<sup>4</sup> Den ökade vårdkonsumtionen hänger snarare samman med att den senare förutsättningen *inte* gäller.

---

minskade produktiviteten med i genomsnitt 0,8 procent per år under perioden 1980-1990.

<sup>3</sup> I en enkätundersökning bland sjukvårdsekonomer i USA och Canada år 1989 instämde 63 procent i påståendet att sjukvårdsförsäkringar orsakar samhälleliga välfärdsluster (Feldman och Morrisey, 1990). Newhouse (1992, s 6) noterar: "This explanation is probably closest to the conventional wisdom among economists".

<sup>4</sup> Genom den s.k. Ädel-reformen år 1992 fick *kommunerna* ett samlat finansieringsansvar för hela äldrevården. Detta innebar att *landstingens* kostnader minskade i motsvarande mån. Hälso- och sjukvårdens andel av BNP minskade

Vad beror då det på? Det kan ligga nära till hands att tro att en ökad genomsnittlig konsumtion måste bero på att befolkningens hälsotillstånd har försämrats och/eller att alltmer vård används för att tillgodose ett givet vårdbehov. Ett problem med denna, tillsynes, helt logiska slutsats är att man nog vanligen tänker sig ”vårdbehov” som något som faktiskt kan tillgodoses med vård. Det är då viktigt att notera att med en sådan definition så *ökar* vårdbehoven när *möjligheterna* att tillgodose dem ökar. Det betyder att det, med en sådan definition av vårdbehov, finns en *tredje* möjlig förklaring till den ökade vårdkonsumtionen; genom den medicinska kunskapsutvecklingen har det blivit möjligt att tillgodose behov som inte tidigare kunde tillgodoses. En stor del av de vårdbehov som tillgodoses i dagens sjukvård, *kunde* inte tillgodoses för några generationer sedan, och de betraktades då inte heller som vårdbehov.

Denna analys kan belysas med resultatet från en ESO-studie, där man studerat utvecklingen inom ett antal viktiga diagnoser under tiden 1960-1990.<sup>5</sup> Väsentliga förbättringar i livskvalitet för patienterna redovisas för de flesta diagnoserna. I början av 1960-talet dog t.ex. patienter med uremi (svår njursvikt) efter kort tid medan dagens sjukvård erbjuder effektiva behandlingsmetoder, dialys eller njurtransplantation, som kan ge ett långt liv för dessa patienter. Detsamma gäller barnleukemi, där patienterna tidigare dog inom kort tid, medan de flesta numera botas. Vårdkostnaderna för båda dessa diagnoser har ökat väsentligt genom denna utveckling. Endast för en bråkdel av diagnoserna har vårdkostnaderna minskat.

Även om man inte drar någon dylik slutsats i denna studie tycks kostnadsökningarna i högre grad hänga samman med att dagens sjukvård tillgodoser vårdbehov som tidigare inte *kunde* tillgodoses än att kostnaden för att tillgodose ett *givet* vårdbehov har ökat. Genom nya behandlingsmetoder har också antalet behandlingsbara patienter ökat, i vissa fall har det skett dramatiska öknings.

Även om inte hälsotillståndet försämras så kan vårdbehoven, i den innebörd vi vanligen använder detta ord, således öka. Den kraftiga ökningen av vårdkonsumtionen bland äldre under 1980-talet tycks sålunda främst kunna förklaras av den medicinska utvecklingen, där nya behandlingsmetoder har medfört att allt äldre patienter har kunnat erbjuda

---

därmed med 1,1 procentenhet. Ovanstående resonemang gäller emellertid förändringen av sjukvårdskostnaderna, inte förändringen av hur dessa finansieras.

<sup>5</sup> Ds 1994:22. De 29 diagnoserna täcker kostnadsmissigt över en tredjedel av de totala sjukvårdskostnaderna, exklusive långtidsvården.

das effektiv behandling.<sup>6</sup> Den medicinska kunskapsutvecklingen öppnar ständigt nya möjligheter för sjukvården att tillgodose behoven.

Det finns emellertid inte någon automatik varigenom de ökade (eller minskade) kostnader, som denna utveckling innebär, leder till ökade (eller minskade) resurser för sjukvården. I den aktuella diskussionen om sjukvårdens finansiering åberopas ofta jämförelser över tiden av sjukvårdens totala resursram. Av ovanstående skäl kan sådana jämförelser vara vilseledande när man skall bedöma sjukvårdens resursbehov. Det är tydligt att man därvid också måste beakta att sjukvården genom den medicinska kunskapsutvecklingen förväntas tillgodose nya vårdbehov och att denna utveckling också har inneburit förändrade kostnader för att tillgodose ett givet vårdbehov. Dessa förändringar innebär också stora problem vid produktivitetmätningar inom sjukvården, vilket närmare utvecklas i avsnitt 8.5 och 8.6.

Mot denna bakgrund kan hävdas att gapet successivt ökat under de senaste årtiondena mellan, å ena sidan, de medicinska behov som *faktiskt* tillgodoses och, å andra sidan, de medicinska behov som *skulle ha* tillgodosetts om sjukvårdens resursutrymme utökades.<sup>7</sup> Här torde finnas ett viktigt skäl till att prioriteringsfrågorna inom sjukvården alltmer har uppmärksamats.<sup>8</sup>

Det ökade gapet innebär allt större press på sjukvården vad gäller ökad produktivitet och effektivitet, samt förbättrat ekonomiskt beslutsunderlag för de allt fler, och allt svårare, prioriteringar som måste göras. Effektivitets- och produktivetsfrågorna inom sjukvården har sålunda alltmer kommit i fokus, och dessa har i hög grad kommit att formuleras och analyseras utifrån konventionella ekonomiska synsätt inom såväl företags- som nationalekonomi. Detta gör det också angeläget att närmare undersöka begränsningar, och möjligheter, förknippade med vanliga ekonomiska synsätt när det gäller effektivitets- och pro-

<sup>6</sup> Se t.ex. SOU 1994: 86 och SOU 1996:163, ss 149-152.

<sup>7</sup> Det kan noteras att detta går stick i stäv mot en uppfattning, som ibland förs fram; att den offentliga sjukvårdskonsumtionen i *minskad* utsträckning handlar om att tillgodose individuella medicinska behov och i *ökad* utsträckning gäller värden förknippade med livsstil, där det är viktigt att beakta skillnader i individuella *preferenser* snarare än skillnader i individuella *behov*. Detta har t.ex. använts som ett grundläggande argument för att patienters valfrihet skall spela en väsentligt ökad roll vid resursallokeringen inom den offentliga sjukvården. Se t.ex. von Otter och Saltman (1990, ss 5-6, 18-19, 26 och 102-103) och Saltman (1992, s 76).

<sup>8</sup> Det hävdas ibland att skälet till detta är minskad ekonomisk tillväxt (se t.ex. Arvidsson, Jönsson och Werkö, 1993, ss 10-11). Mot detta står att prioriteringsfrågorna har kommit i fokus i de flesta OECD-länder, även där den ekonomiska tillväxten har varit hög.



duktivitetsfrågorna inom sjukvården, samt hur sjukvården påverkar den sociala välfärden.

## 8.2 Ekonomiska synsätt på sjukvården

Ett konkret exempel på ekonomiska synsätt på sjukvården är SNS-projektet "Nya spelregler för hälso- och sjukvården" som startades 1990. I förordet till en sammanfattande rapport av detta projekt skriver ekonomerna Göran Arvidsson och Bengt Jönsson, huvudansvariga för projektet, att dess "syfte var att bidra till en fördjupad diskussion i en central samhällsfråga som rör såväl välfärdspolitiken och samhällsekonomin som det privata företagandets villkor" (Arvidsson och Jönsson, 1997, s 7). Man påpekar att ambitionen också var "att vidga kretsen deltagare i denna diskussion genom att engagera både utländska bedömare och personer i svenskt näringsliv" (op.cit.).

Projektet dominerades av ekonomer, som svarat för nästan alla de tretton böcker som publicerats inom projektets ram. Ett uttalat mål var att utifrån vetenskapliga studier bidra till "omprövning och förändring av den svenska hälso- och sjukvården". Enligt Arvidsson och Jönsson har detta projekt påverkat viktiga politiska beslut. De hänvisar sålunda till några SNS-studier (Söderström, 1991; Söderström, 1993; Gerdtham och Jönsson, 1993; Jönsson och Karlsson, 1994), enligt vilka "patientavgifter på högre nivåer än tidigare [kunde] motiveras av effektivitetsvinster":

De höjningar som nyligen skett av patientavgifterna för läkarvård och läkemedel har sannolikt inspirerats av analyserna i SNS-studierna (op.cit., s 25).

De menar också att dessa höjningar "varit välmotiverade och i huvudsak inneburit rimliga konstruktioner av subventioner och högkostnads-skydd" (op.cit.). Dessa höjningar innebär att Sverige numera ligger högt vid en internationell jämförelse vad gäller direkta patientavgifter.<sup>9</sup>

Det förefaller inte orimligt att SNS-studierna har påverkat de politiska besluten att höja patientavgifterna.<sup>10</sup> I vilket fall är det klart att

<sup>9</sup> Patientavgifterna har under 1990-talet stigit mycket snabbare än konsumentprisindex. I primärvården och specialistvården har de direkta patientavgifterna stigit med i genomsnitt ungefär 35 respektive 170 procent i fasta priser.

<sup>10</sup> Dessa studier åberopades också i den offentliga debatten som vetenskapligt stöd för höjda patientavgifter. På Dagens Nyheters ledarsida den 25/4 1997 argumenterades t.ex. för höjda patientavgifter. Ett av argumenten var att "studier" visar att högre avgifter effektivt motverkar "överdrivet spring hos läkare". På min förfrågan vilka dessa studier är hänvisade man till Söderström

ekonomiska synsätt i hög grad har påverkat utvecklingen inom sjukvården under 1990-talet. Detta gäller kanske främst förändringarna i ekonomistyrningen, där ekonomiska argument för att dessa skulle främja sjukvårdens effektivitets- och produktivitsutveckling har spelat en viktig roll.

Självklart kan ekonomisk vetenskap ge viktiga bidrag till utvecklingen av en effektiv och väl fungerande sjukvård. Som jag skall söka visa är det emellertid ofta *svårt att översätta ekonomisk teori och empiri till praktiska slutsatser*. Jag kommer därvid i hög grad att anknyta till ovanstående SNS-projekt, främst till Söderström (1991) och den sammanfattande rapporten (Arvidsson och Jönsson, 1997). I den senare rapporten framförs den mycket bestämda uppfattningen att sjukvården *inte* bör tillföras mer resurser. I avsnitt 8.8 diskuteras grunderna för denna uppfattning. Även mätningar av sjukvårdens produktivitsutveckling, samt diskussionen kring dessa, kommer att behandlas.

Som grundregel måste nog sägas att det, inte minst inom sjukvården, finns skäl att närmare undersöka grunderna bakom påståenden att en viss åtgärd är ”ekonomiskt motiverad”, att studier visar att en åtgärd ökar ”effektiviteten”, ”produktiviteten”, etc. Man kan urskilja följande tre problem:

1) Det är förknippat med mycket stora problem att mäta effektivitet och produktivitet i sjukvården, särskilt på aggregerad nivå. Ett viktigt problem gäller hur man skall mäta och beakta förändringar i kvalitet. Det är främst detta som har uppmärksammats i debatten. Det finns emellertid även en rad andra problem. Dessa problem är givetvis ännu större vad gäller skattningar av samband mellan en viss åtgärd och eventuella förändringar i produktivitet och effektivitet. Detta behandlas i avsnitt 8.5 och 8.6.

2) Man måste klargöra vad som menas med ”effektivitet” och ”produktivitet”. Det kan tyckas självklart att man bör eftersträva ökad effektivitet och produktivitet i sjukvården. Ett problem är emellertid att ekonomer använder dessa termer i många olika innebörder, samt att *samma* term ibland används i väsentligt *olika* innebörder i *samma* resonemang, utan att det görs tydliga distinktioner mellan de olika innebörderna. Detta kan exemplifieras med följande citat:

Ökad effektivitet och produktivitet i sjukvården är en samhällsekonomisk vinst men reducerar inte nödvändigtvis kostnaderna. I professionellt styrda verksamheter utan direkt betalande kunder finns det en in-

---

(1991) och (1993), dvs. två av ovanstående SNS-studier. I avsnitt 8.4.3 undersöks den empiriska och teoretiska grunden för tesen att skattefinansierad sjukvård med låga patientavgifter innebär välfärds- och effektivitetsförluster som kan minskas genom att införa höga patientavgifter.

neboende tendens att effektivitetsförbättringar tas ut i ökad kvantitet och kvalitet i produktionen eller i ökade ersättningar till producenterna. I Sverige har hittills det förstnämnda varit fallet (Arvidsson och Jönsson, 1997, s 21).

I den *första* meningen används ”effektivitet” och ”produktivitet” i en innebörd där ökad effektivitet och produktivitet är en samhällsekonomisk vinst. Det är också rimligt att tolka ”effektivitetsförbättringar” i den andra meningen på det sättet.

Den sista meningen hänvisar emellertid *såväl* till förbättringar i ovanstående innebörd *som* till förbättringar i en *annan* innebörd, nämligen den som ligger till grund för några produktivetsmätningar i början av 1990-talet. Dessa mätningar kan *inte* läggas till grund för slutsatser om den samhällsekonomiska vinsten. Resultaten från dessa empiriska mätningar ligger långt från ovanstående teoretiska definitioner av effektivitet och produktivitet. Man talar ofta om ökad produktivitet då genomsnittskostnaden per prestation minskat, även om man inte alls har beaktat eventuella förändringar av dessa ”prestationer”, som har stor relevans vid bedömningen av den *faktiska* produktivetsutvecklingen. Det gäller t.ex. eventuella förändringar i vårdkvaliteten, men också, som jag skall utveckla närmare i senare avsnitt, en rad andra förändringar.

Det är knappast möjligt att försvara att man bör eftersträva ökad produktivitet i *denna* mening, eller ens att det nödvändigtvis skulle leda till samhällsekonomiska vinster om man lyckades i denna strävan. Ibland används sålunda dessa centrala begrepp i olika innebörder i samma text, utan att det görs klara distinktioner mellan de olika innebörderna, vilket kan vara mycket vilseledande. Dessa frågor behandlas i avsnitt 8.3 - 8.6.

3) Ekonomer baserar sig ibland inte alls på empiriska undersökningar när de hävdar att en viss åtgärd är ekonomiskt motiverad eller innebär ökad effektivitet. Merparten av den ekonomiska teorin om effektiviteten av olika former av marknadsmekanismer avser starkt förenklade jämviktsmodeller av marknader. När ekonomer hävdar att en viss åtgärd leder till ökad effektivitet så menar de ofta att den skulle ha gjort det om åtgärden hade genomförts i en sådan förenklad modell.

Huvudproblemet med detta tillvägagångssätt är att det är osäkert om det som gäller i den förenklade *modellen* också gäller i *verkligheten*, som vanligen avviker från modellen i viktiga avseenden. Det är också viktigt att göra tydliga distinktioner mellan dessa två olika innebörder, vilket inte alltid görs. I den internationella debatten har kritiker använt termen ”instant economics” – ”snabbekonomi” – när ekonomiska experter utifrån enkla läroboksmodeller ger snabba rekommendationer i

ekonomiska frågor. Amartya Sen noterar t.ex. att nationalekonomerna i den engelska ekonomiska debatten i hög grad tycks ha tagit för givet att en ekonomi omedelbart övergår från en tidigare jämvikt till en ny jämvikt när man genomför en viss åtgärd. Ju bristfälligare kunskaperna i allmän jämviktsteori har varit desto mer benägen har man varit att behandla några av de mest elementära, och *villkorliga*, resultaten i denna teori som en säker grund för praktiskt beslutsfattande.<sup>11</sup> I avsnitt 8.7 diskuteras dessa frågor mer ingående.

Läroboksmodellen av en marknad utgår från att individers val inte är förknippade med några externaliteter, dvs. att *andras* val inte påverkar *min* välfärd. Eftersom sjukvård i hög grad är förknippad med externaliteter är det inte tillräckligt att endast fokusera de två parter som gör en transaktion. Transaktionen torde också påverka *andra* än de direkt inblandade parterna. Ett klassiskt exempel på externaliteter av sjukvård är behandling av smittsamma sjukdomar. Som närmare skall utvecklas i avsnitt 8.4.2 är sjukvård generellt förknippad med betydande externaliteter.

### 8.3 Det ekonomiska välfärdsbegreppet

Begreppet välfärd är grundläggande i ekonomisk teori. Det är direkt kopplat till preferensbegreppet. I modern välfärdsteori spelar preferensbegreppet en central roll. Välfärd uppfattas helt enkelt som liktydigt med individuell preferensuppfyllelse.

Individers preferenser är sålunda avgörande i den ekonomiska välfärdsanalysen. Hur definierar och mäter man då dessa preferenser? I modern ekonomisk analys är det vanligt att definiera en individs preferens i termer av individens val. Individen har, enligt denna definition, preferens för  $x$  framför  $y$ , om denne i ett val mellan  $x$  och  $y$  skulle ha valt  $x$ .

Även om denna definition är vanlig i den ekonomiska litteraturen så finns det också andra. Preferenser kan således ses som uttryck för individens *önskemål* eller som uttryck för individens *välbefinnande*, eller för vad som är bra för individen. Preferensbegreppet används ofta om-

<sup>11</sup> Se Sen (1986, s 10): "Whether such an assumption of rapid equilibration makes sense or not would depend [...] on a variety of properties of equilibria such as uniqueness, stability and speed of convergence. It is fair to say that in debates on prognosis or policy none of these aspects tends to receive the attention that they should get. Indeed, the more vague the knowledge of general equilibrium economics the more have practitioners been prone to treat some of the more elementary and contingent results of that theory as a sure-fire basis for practical decision-making".

växlande i olika innebörder i samma text, även i ekonomisk litteratur. Sen (1973/1997a, ss 66-67) noterar t.ex. att i allmän jämviktsteori härleds aktörernas val från deras preferensordningar. *Samma* preferensordningar används för att identifiera jämviktstillstånd, som definieras som tillstånd där inte någon kan få det *bättre* utan att någon annan får det *sämre*. Eftersom det ekonomiska välfärdsbegreppet bygger på preferensbegreppet blir det mångtydigt.

Om preferenser definieras i termer av val behöver således inte "ökad välfärd", i denna mening, innebära att individen får det *bättre* genom sitt val. Individer kan eftersträva *andra* mål än att få det bättre för egen del. Individens val är inte heller alltid styrda av mål; folk kan följa olika regler, respektera andras rättigheter, etc., *även* i sådana fall de skulle kunna främja sina egna mål bättre om de inte gör det. Det kan kanske tyckas att sådana avvikelser från rationellt beteende inte är så vanliga i ekonomiska sammanhang. Det kan emellertid hävdas att de inte bara är mycket vanliga, t.ex. i företag, utan också att de rentav utgör grundläggande förutsättningar för en effektiv verksamhet. Det hänger samman med att individernas val är förknippade med externaliteter; en individs möjligheter att uppnå sina mål påverkas inte bara av individens *egna* val, utan även av *andras*. Vi får anledning att återkomma till detta i senare avsnitt.

Även om man bortser från de problem som är förknippade med glidningar mellan väsentligt olika innebörder av välfärdsbegreppet så kan var och en av dessa kritiseras för att vara alltför snäv. Detta kan sägas vara huvudinnebörden i den kritik av den konventionella välfärdsteorin som i en rad arbeten har utvecklats av Amartya Sen.<sup>12</sup> Vid bedömningar av skillnaden i den sociala välfärden mellan olika sociala tillstånd är det sålunda nödvändigt att ha information även om *annat* än individens preferenser, oberoende av om dessa definieras i termer av val, önskemål eller välbefinnande. Detta utvecklas närmare i avsnitt 8.4.

Intensiteten i preferenserna, t.ex. för  $x$  framför  $y$ , mäts vanligen med betalningsviljan (t.ex. "compensating variation"). Betalningsviljan motsvarar det högsta belopp individen är beredd att betala för att välja  $x$ , där individen betalar detta belopp, framför  $y$ . Om individen är indifferent mellan  $x$  och  $y$  så är individens betalningsvilja 0.

Detta sätt att mäta välfärd ligger t.ex. till grund för s.k. "cost-benefit"-analyser, där beslutskriteriet för ett projekt utgörs av summan av individens betalningsvilja för projektet. Om, och endast om, summan är positiv så anses projektet öka den samhällsliga välfärden. Dyliga analyser har hittills varit relativt ovanliga inom sjukvården. Enligt en

<sup>12</sup> Se bl.a. Sen (1970, 1974, 1979, 1984, 1985a, 1987a, 1992 och 1997a).

vanlig uppfattning beror detta på svårigheterna att mäta individers betalningsvilja för sjukvård.<sup>13</sup> Däremot menar man att dylika analyser ur teoretisk synpunkt är den riktiga utgångspunkten vid mätningar av välfärden.

Ur *direkt* praktisk synpunkt är således ännu inte dessa analyser så betydelsefulla inom sjukvården. Eftersom de uppfattas som *teoretiskt* välgrundade så har de emellertid en viktig *indirekt* betydelse. De fungerar nämligen som referensram, och blir därmed vägledande, vid andra typer av normativa analyser som är vanliga inom sjukvården. Det gäller t.ex. produktivitetmätningar och s.k. kostnads-effektanalyser, där hälsoeffekterna inte mäts i monetära enheter.<sup>14</sup>

Uppfattningen att "cost-benefit"-analyser är teoretiskt välgrundade kan emellertid ifrågasättas. Den teoretiska grunden för dessa har sedan länge utsatts för stark kritik i den ekonomiska litteraturen. Den allvarligaste kritiken gäller att ovanstående beslutskriterium inte är övertygande ur normativ synpunkt. Detta kriterium bygger på en kompensationsprincip, den s.k. potentiella Paretoprincipen, enligt vilken  $x$  är bättre än  $y$  om de som föredrar  $x$  är villiga att kompensera alla som föredrar  $y$ . Det är viktigt att skilja den *potentiella* Paretoprincipen från Paretokriteriet, dvs. tesen att  $x$  är bättre än  $y$ , om åtminstone någon har det bättre i  $x$  än i  $y$ , och inte någon har det bättre i  $y$  än i  $x$ .<sup>15</sup>

<sup>13</sup> Se t.ex. Johannesson och Jönsson (1991, s 138, 1993, s 35) och Nas (1996, ss 189-190). Johannesson och Jönsson (1991) menar att man med en s.k. "contingent valuation"-ansats, dvs. genom att med enkäter eller intervjuer fastställa individers betalningsvilja, kan lösa detta problem.

<sup>14</sup> Se t.ex. Ds 1994:22, s 17-18, där det hävdas att om värderingarna av prestationerna vid mätningar av sjukvårdens produktivitet utveckling kan antas uttrycka betalningsviljan så kan man utifrån produktivitetmätningen avgöra om ett "produktivitetsöverskott" uppstått eller ej. Se även Ds 1994:24, ss 48-53, där det hävdas att betalningsviljan är den teoretiskt riktiga utgångspunkten vid värderingar av "prestationer" i produktivitetmätningar. Vad gäller kostnads-effektanalyser, se t.ex. Johannesson och Jönsson (1993, s 24), som menar att ett viktigt teoretiskt problem med dessa är att betalningsviljan för en given effekt kan variera mellan olika patienter. Det är uppenbart att kostnads-effektanalyser kan leda till andra beslut än "cost-benefit"-analyser om så är fallet. Se Garber och Phelps (1997), som visar under vilka villkor "cost-effectiveness"-analyser leder till samma beslut som "cost-benefit"-analyser.

<sup>15</sup> Det måste också noteras att även om summan av betalningsviljan är positiv för en åtgärd så är denna inte nödvändigtvis möjlig att finansiera så att alla får det bättre. Vidare kan noteras att såväl summan av individernas betalningsvilja som den potentiella Paretoprincipen kan leda till orimliga rangordningar. Rangordningarna kan t.ex. vara inkonsistenta;  $x$  kan vara bättre än  $y$  samtidigt som  $y$  är bättre än  $x$ . De kan också vara intransitiva;  $x$  kan vara bättre än  $y$ ,  $y$  bättre än  $z$ , och  $z$  bättre än  $x$ . Se Blackorby och Donaldson (1990, s 473).

Sen (1979/1984) menar att den potentiella Paretoprincipen inte är övertygande. I och för sig kan man tänka sig att *alla* får högre välfärd i  $x$  än i  $y$ . Om så är fallet är emellertid denna princip *överflödlig*; Pareto-kriteriet kan ju användas för att rangordna  $x$  framför  $y$ . Men om vissa får *lägre* och andra får *högre* välfärd i  $x$  än i  $y$  så måste välfärdsförlusterna vägas mot välfärdsvinsterna. Den potentiella Paretoprincipen innebär att välfärdsvinsterna värderas högre *om* – kompensationen är ju endast *hypotetisk* – de som gör välfärdsvinster skulle kunna kompensera alla som gör välfärdsförluster, eljest värderas de *lägre*. Detta argument för hur  $x$  och  $y$  bör rangordnas är knappast övertygande:

Thus it would seem that compensation tests are either unconvincing (when compensations are not actually made) or redundant (when they are). Real income analysis based on the compensation criteria remains, consequently, a rather futile approach (even though the compensation criteria continue to receive some patronage in cost-benefit analysis and in international trade theory).<sup>16</sup>

Ett grundläggande problem med ekonomiska analyser baserade på betalningsvilja, och hypotetisk kompensation, gäller att dessa bygger på individens preferenser för ett *hypotetiskt* alternativ, och inte enbart på individens preferenser mellan de *faktiska* alternativen, dvs. alternativen med respektive utan det projekt som utvärderas. Därmed bryter dessa analyser mot en av den normativa ekonomiska analysens mest grundläggande princip, dvs. att valet mellan olika alternativ, som  $x$  och  $y$  i ovanstående exempel, skall grundas på individens preferenser mellan  *dessa*  alternativ. Valet skall inte påverkas av deras preferenser mellan *andra* alternativ, som  $x'$  och  $y$  i ovanstående exempel, där  $x'$  utgör den omallokering av resurserna i  $x$ , som uppstår då individerna betalar ett belopp motsvarande sin betalningsvilja, respektive erhåller ett belopp motsvarande sitt kompensationskrav.<sup>17</sup> Dessa analyser strider sålunda

<sup>16</sup> Op.cit., s 425. Se också Baumol (1977, s 530), som noterar att dylika kompensations-test bygger på en implicit och oacceptabel värdepremiss: "It is no answer to this criticism to say that these criteria are just designed to measure whether production, and hence potential welfare, are increased by a policy change - that these criteria disentangle the evaluation of a production change from that of the distribution change by which it is accompanied. Consider a change in production which increases gin production but reduces the output of whiskey. If  $X$  likes highballs but  $Y$  prefers martinis, the question whether this is an increase in *production* is inextricably tied in with the distribution of these beverages between  $X$  and  $Y$ ".

<sup>17</sup> I mitt resonemang har jag utgått från "compensating variation". Även "equivalent variation" är förknippad med detta problem. Utvärderingen av  $x$  och  $y$  i ovanstående exempel kommer, enligt "equivalent variation", att bero av individens preferenser mellan  $x$  och  $y'$ , där  $y'$  är den omallokering av resurserna

mot det villkor inom *social choice*-teorin som brukar kallas för "the principle of independence of irrelevant alternatives".<sup>18</sup>

Den potentiella Paretoprincipen är inte heller förenlig med Pareto-kriteriet, vilket inte bara är grundläggande i konventionell ekonomisk välfärdsteori, utan också kan sägas ligga till grund för den potentiella Paretoprincipen. Det är ju det förhållandet att  $x'$  är Paretoöverlägset  $y$ , som ligger till grund för slutsatsen att  $x$  är bättre än  $y$ . Denna slutsats är inte övertygande. Varför är det förhållandet att det *irrelevanta*  $x'$  är Paretoöverlägset  $y$  ett skäl för slutsatsen att  $x$  innebär högre individuell preferensuppfyllelse än  $y$ ? Helt orimlig blir denna slutsats om  $y$  är Paretoöverlägset det *relevanta*  $x$ , vilket inte kan uteslutas.<sup>19</sup>

I tillämpningar diskuteras sällan de teoretiska problemen med kompensationsstest och vilken relevans dessa problem kan ha för analysen och dess resultat. Tvärtom är det vanligt, som framgick ovan, att man hävdar att analysen är teoretiskt välgrundad.

---

i  $y$ , som uppstår då klumpsummetransfereringar motsvarande "equivalent variation" genomförs mellan individerna.

<sup>18</sup> I sin klassiska analys formulerade Arrow (1951) detta villkor så att endast ordinala preferenser, men inte preferensintensiteter, tillåts påverka det sociala valet. Det är självklart att ovanstående välfärdsått måste strida mot villkoret i denna formulering, eftersom det beaktar också individernas preferensintensitet. Men även om man släpper denna strikt ordinalistiska syn så kvarstår att ovanstående välfärdsått strider mot en annan, mer grundläggande, aspekt av detta villkor, eftersom det inte är ett mått på individernas preferenser mellan  $y$  och  $x$ , utan på individernas preferenser mellan  $y$  och det irrelevanta  $x'$ . Sen (1970, kap. 7.1) kallar den senare aspekten "irrelevansaspekten" och skiljer den från den förra, "rangordningsaspekten". I Arrows formulering av "independence"-villkoret ingår båda, men den konflikt jag här pekar på gäller "irrelevansaspekten". Denna konflikt måste sägas vara allvarlig, inte minst därför att den normativa grunden för denna analys vanligen anses vara just individens preferenser.

<sup>19</sup> Se t.ex. Arrow (1963a, ss 44-45).



## 8.4 Individers preferenser för den offentliga sjukvården

### 8.4.1 Några problem med den vanliga ekonomiska effektivitetsanalysen

Den konventionella ekonomiska välfärdsteorins utgångspunkt i individers preferenser gör den otillräcklig för bedömningar av utvecklingen av den sociala välfärden. Som noterades i föregående avsnitt är detta den grundläggande kritiken mot konventionell välfärdsteori som i en rad arbeten har utvecklats av Amartya Sen. Dessa arbeten utgör de kanske viktigaste teoretiska bidragen till den normativa ekonomiska teorin under de senaste årtiondena. Vid bedömningar av skillnaden i social välfärd mellan olika alternativ krävs information även om annat än individers preferenser, t.ex. skillnader i hur individers rättigheter respekteras och skillnader i individers *capability*, dvs. individers möjligheter att utföra värdefulla handlingar eller att uppnå värdefulla tillstånd.<sup>20</sup>

En viktig praktisk konsekvens av denna teoretiska utveckling är att varken effektivitets- eller fördelningsfrågorna kan analyseras enbart på grundval av information om individers preferensuppfyllelse. Vid bedömningar av förändringar inom sjukvården är en viktig fråga vad förändringarna innebär för olika gruppers möjligheter att få vård i enlighet med individuella medicinska behov. Eftersom det är preferensbegreppet som ligger till grund för den konventionella ekonomiska välfärdsanalysen, där behovsbegreppet över huvud taget inte förekommer, så kommer dessa aspekter att beaktas endast i den mån de avspeglas i de preferenser analysen utgår från. Detta innebär att en utveckling, som

<sup>20</sup> Skillnader i *capability* avser skillnader i individers *möjligheter* att välja, inte skillnader i hur individer *faktiskt* väljer. Man kan därför inte, med hänvisning till begreppet *capability*, hävda att "medicinskt motiverade insatser" är meningslösa "i den mån dessa insatser inte bidrar positivt till förmågan att göra det som individen verkligen vill göra" (Anell, 1996, ss 146-147). Anell exemplifierar med att ett amputerat ben inte betyder "samma sak för en fysiskt aktiv människa som för en mera stillasittande". Insatsernas effekt på individens *capability* gäller sålunda inte hur individen *faktiskt* skulle välja, givet de preferenser hon har vid en viss tidpunkt. En individ som förlorar möjligheten att äta får minskad *capability* oberoende av om hon verkligen vill fasta eller ej. På samma sätt innebär en försämrad rörelseförmåga en minskad *capability* om försämringen omöjliggör aktiviteter individen *kan ha skäl att värdera*, även om försämringen inte alls inverkar på de aktiviteter individen *vill utföra enligt sina nuvarande preferenser*. *Capability*-ansatsen har utvecklats i Sen (1980/1997a, 1984, 1985b, 1987b, 1992, 1993, 1997b och 1999a).

framstår som en *förbättring* i konventionell ekonomisk analys, kan vara en *försämring* utifrån sjukvårdspolitiska mål av typen att den offentliga sjukvården skall tillgodose individers behov på lika villkor.

En given fördelning av vården är effektiv, enligt den konventionella ekonomiska analysen, om det inte är möjligt att genom omallokeringar mellan patienterna öka preferensuppfyllelsen för någon patient utan att minska den för någon annan. I konventionell ekonomisk välfärdsteori betraktas det som självklart att man inte bör välja en fördelning som inte är effektiv i denna mening.<sup>21</sup>

Det är viktigt att notera att detta är en värdering, som kan vara kontroversiell i sjukvårdspolitiken. Många anser att sjukvård skall tillgodose individers behov på lika villkor, något som också har fastställts i Hälso- och sjukvårdslagen.<sup>22</sup> Detta kan tyckas vara enbart en strid om ord. Såväl preferenser som behov är mångtydiga begrepp. Därför kan kanske invändas att individers preferenser sammanfaller med individers behov så att en fördelning som tillgodoser individers behov på lika villkor också är effektiv i konventionell ekonomisk-teoretisk mening.

Mot detta står emellertid att inte någon av de vanligaste innebörderna av begreppet preferens i ekonomisk litteratur – dvs. val, önskemål och välbefinnande – överensstämmer med någon av innebörderna av begreppet behov inom sjukvården. Därför finns det knappast skäl att anta att en fördelning som är i överensstämmelse med de sjukvårdspolitiska målen nödvändigtvis är effektiv i konventionell ekonomisk-teoretisk mening. Om den *inte* är det så är den vanliga ekonomiska effektivitetsanalysen kontroversiell ur sjukvårdspolitisk synpunkt.

Införandet av en åtgärd som ökar effektiviteten, *även* enligt en helt perfekt effektivitetsanalys efter de vanliga utgångspunkterna, kan innebära en *försämrad* uppfyllelse av sjukvårdens mål. Det betyder att ett

<sup>21</sup> Dylig effektivitet, Paretoeffektivitet, betraktas alltså som ett *nödvändigt* villkor. Däremot betraktas det vanligen inte, åtminstone inte explicit, som ett *tillräckligt* villkor. Det finns många tänkbara alternativ som är Paretoeffektiva. Detta kriterium ger *inte någon* vägledning vid val mellan dessa.

<sup>22</sup> Den svenska sjukvårdspolitiken är inte unik i detta avseende. Wagstaff och van Doorslaer (1993, s 363) noterar i sin undersökning av olika sjukvårdssystem i Europa att "[t]here appears to be broad agreement [...] among policy-makers in at least eight of the nine European countries [studied] that payments towards health care should be related to ability to pay rather than to use of medical facilities. Policy-makers in all nine European countries also appears to be committed to the notion that all citizens should have access to health care. In many countries this is taken further, it being made clear that access to and receipt of health care should depend on need, rather than ability to pay". Se också Taylor och Reinhardt (1991) och Culyer och Evans (1996).

främjande av effektivitet, i en mening ekonomer vanligen utgår från, *inte* är ett neutralt instrument att främja de sjukvårdspolitiska målen.

I den mån denna konflikt uppmärksammas i de vanliga effektivitetsanalyserna så betraktas den sämre uppfyllelsen av sjukvårdens mål *enbart* som ett fördelningsproblem, inte alls som ett effektivitetsproblem. Detta är emellertid inte rimligt. Effektivitet kan definieras i termer av i vilken grad sjukvårdens mål uppnås och individers *vårdbehov* tillgodoses, snarare än i termer av i vilken grad individers *preferenser* tillgodoses. På samma sätt kan fördelningsfrågorna analyseras i termer av skillnader mellan individer vad gäller i vilken grad deras vårdbehov, snarare än preferenser, tillgodoses.

Låt oss konkretisera med ett exempel. Antag att man genomför en förändring, vilken innebär att *A*, med låg inkomst, får *mindre* vård och mer annan konsumtion motsvarande kostnaden för den minskade vårdkonsumtionen, och att *B*, med hög inkomst, får *mer* vård och mindre annan konsumtion motsvarande kostnaden för den ökade vårdkonsumtionen. Antag vidare att båda har preferenser för denna förändring av sin konsumtion, att de har samma vårdbehov samt att de före förändringen fick dessa vårdbehov tillgodosedda i lika hög grad.

Förändringen innebär då en *försämrad* uppfyllelse av sjukvårdens mål; *B*:s ökade vårdkonsumtion uppväger *inte* *A*:s minskade vårdkonsumtion. Båda har lika stora vårdbehov, men i den nya situationen tillgodoses de inte längre i lika hög grad. Förändringen innebär emellertid en *ökad* effektivitet, enligt den vanliga ekonomiska effektivitetsanalysen, eftersom *båda* har preferenser för förändringen.

Man kan i stället utgå från en effektivitetssyn baserad på sjukvårdens grundläggande mål. I enlighet med en sådan effektivitetssyn är en fördelning av vården ineffektiv om man, genom omallokering av de resurser som används för att tillgodose ett visst behov, bättre kan tillgodose detta behov hos en individ, säg *A*, utan att någon annan med *samma* behov får detta sämre tillgodosett än *A*. Det är tydligt att ovanstående förändring leder till ett tillstånd som är ineffektivt i denna mening. Genom att omallokera vårdresurser från *B* till *A* så kan ju *A* få sitt behov bättre tillgodosett utan att *B* får sitt behov sämre tillgodosett än *A*.

En fördelning som är effektiv enligt den vanliga ekonomiska effektivitetssynen behöver inte vara det enligt en sådan effektivitetssyn. Det betyder att ett främjande av effektivitet, enligt den vanliga effektivitetssynen, kan leda till *lägre* effektivitet när det gäller att främja sjukvårdens grundläggande mål.

I sin analys av effektivitetsfrågorna i sjukvården utgår Arvidsson och Jönsson (1997) genomgående från preferensbegreppet, inte alls från behovsbegreppet. Detta gäller även flera av studierna i det SNS-

projekt, som denna rapport utgör en sammanfattning av. I en av dessa studier skriver man t.ex. att ”nya organisations- och driftsformer” i sjukvården syftar till ”att effektivisera verksamheten. Det återstår att se om ett införande av interna marknader och reformerade ersättnings-system leder till ett vårdutbud som bättre överensstämmer med befolkningens *preferenser*” (Anell, 1994, s 28. Min kursivering). I ett annat sammanhang menar visserligen Anell att effektiv resursanvändning ”[i]dealt sett innebär [...] att de positiva hälsoeffekterna för varje ytterligare investerad krona skall vara lika vid jämförelser mellan olika verksamheter” (op.cit., s 22). Han tillägger emellertid att det även ”vid behandlingen av dessa frågor gäller att undvika allokativ ineffektivitet”.<sup>23</sup> Eftersom allokativ effektivitet *enbart* bygger på individers preferenser så måste man fråga sig hur en sådan effektivitetssyn går ihop med ovanstående ”ideala” effektivitetssyn, som *enbart* bygger på individers hälsotillstånd. Vidare måste man fråga sig i vilken mån de prioriteringar, som den ”allokativa effektivitetsanalysen” implicerar, är förenliga med de officiella riktlinjerna för prioritering inom sjukvården.<sup>24</sup> Anell berör inte alls dessa frågor, som måste sägas vara av central betydelse för analysens relevans.

I detta avseende följer man en vanlig konvention bland ekonomer. Ett allvarligt problem vid analyser av effektivitetsfrågorna inom sjukvården, som det här är frågan om, är att det kontroversiella i denna konvention vanligen inte alls tydliggörs i effektivitetsanalysen, som ju anknyter till konventionell ekonomisk välfärdsteori och inte alls förefaller stå i konflikt med sjukvårdspolitiska mål.<sup>25</sup>

Arvidsson och Jönsson (1997) skiljer sig därvid från vad som är vanligt genom att, i avslutningen, tydliggöra det kontroversiella i sina

<sup>23</sup> Op.cit., s 22. Anell menar också att när sjukvården skattefinansieras så ”blir det politikerna och andra ansvariga som har att undanröja ineffektivitet till följd av att tjänsterna inte helt kommer att överensstämma med människors *preferenser*” (op.cit.. Min kursivering).

<sup>24</sup> Se t.ex. SOU 1995:5.

<sup>25</sup> Det bör noteras att det numera inte är svårt att i den internationella sjukvårdsekonomiska litteraturen finna exempel på sjukvårdsekonomer, som diskuterat detta problem. Se t.ex. Rice (1998). Det kanske bör förklaras varför jag använder termen ”sjukvårdsekonomi”, inte ”hälsoekonomi”. Även om den senare termen är vanligare så kan hävdas att ”*sjukvårdsekonomi*”, eller möjligen *hälso- och sjukvårdsekonomi*, är en rimligare översättning av ”health economics” än ”*hälsoekonomi*”. Detta är direkt analogt med att ”health service”, t.ex. National Health Service (NHS) i Storbritannien, avser *hela* ”sjukvården”, inte *enbart* ”hälsovården”.

utgångspunkter i detta avseende:

Vi föreslår att portalparagrafen i Hälso- och sjukvårdslagen skrivs om, att det passiva och svårtolkade mottot ”god hälsa och vård på lika villkor för hela befolkningen” ersätts med ”hälsa och vård i världsklass – enligt befolkningens önskemål”.<sup>26</sup>

Såvitt jag förstår menar man med ”befolkningens önskemål” detsamma som ”individens preferenser för den egna vårdkonsumtionen”. Därmed utesluter man de önskemål individer kan ha, vid sidan om dem som gäller den egna vårdkonsumtionen, om hur sjukvårdsresurserna skall fördelas mellan individer, t.ex. efter individuella vårdbehov för att främja ”god hälsa och vård på lika villkor för hela befolkningen”. I nästa avsnitt behandlas dessa två olika typer av preferenser.

#### 8.4.2 Problem med hur individens preferenser för sjukvård vanligen skattas i ekonomiska analyser

Även om utgångspunkten i enskilda individens preferenser i många sammanhang är alltför snäv, så kan den ändå försvaras i vissa sammanhang. Ett sådant är t.ex. finansieringen av den offentliga sjukvården. En offentlig sjukvård måste finansieras med skatter, och de individer som betalar dessa, eller åtminstone en majoritet av dem, måste vara villiga att göra det. I ett dylikt perspektiv är den ekonomiska analysens *utgångspunkt* i enskilda individens preferenser mycket rimlig. Som den vanligen *tillämpas* är den emellertid problematisk även för detta syfte.

Ett första problem har redan tagits upp. Det gäller den bristfälliga teoretiska grunden för den potentiella Paretoprincipen, sådan den t.ex. tillämpas i ekonomiska analyser som bygger på individens betalnings-

<sup>26</sup> Op.cit., s 118. Sjukvårdsekonomer hävdar ibland att behovsbegreppet är svårtolkat, samtidigt som man antyder, som i ovanstående citat, att preferensbegreppet skulle vara mindre svårtolkat. Detta kan ifrågasättas. Det kan kanske tyckas att preferensbegreppet är mycket väldefinierat i ekonomisk vetenskap, där det verkligen är mycket centralt. Som noterades i avsnitt 8.3 används emellertid detta begrepp i flera olika grundläggande innebörder. I ovanstående citat talar man t.ex. om ”önskemål”, men Arvidsson och Jönsson (1997) använder också preferensbegreppet i *andra* innebörder, t.ex. i termer av individens faktiska eller hypotetiska val. Både behovs- och preferensbegreppen är sålunda komplexa. En viktig, och för ovanstående diskussion mycket relevant, skillnad är att behovsbegreppet spelar en central roll vid beslut inom den offentliga sjukvården. Detta innebär att behovsbegreppet inom den offentliga sjukvården torde vara *operationellt* mer väldefinierat än preferensbegreppet.

vilja, t.ex. ”cost-benefit”-analyser. Som framgick av avsnitt 8.3 kan denna princip strida mot Paretokriteriet, det mest grundläggande effektivitetskriteriet i den normativa ekonomiska analysen. Vidare framgick att den är oförenlig med den grundläggande utgångspunkten för den normativa ekonomiska analysen att det är individers preferenser mellan de *relevanta* alternativen som skall vara avgörande vid välfärdsbedömningen av dessa alternativ.

Ett andra problem identifierades i avsnitt 8.4.1, där det framgick att en åtgärd som är Paretosanktionerad kan leda till en försämrad uppfyllelse av sjukvårdens mål.

Låt oss se på ett tredje problem, som vanligen är förknippat med ekonomiska välfärdsanalyser.<sup>27</sup> Dessa tar sålunda sin utgångspunkt i individers preferenser. Man kan alltså ifrågasätta denna utgångspunkt för att vara alltför snäv som grund för mätningar av den sociala välfärden. Det kan emellertid hävdas att även om man bortser från detta problem, och utgår från att analysen verkligen skall grundas på individers preferenser, så finns det ett viktigt problem i det sätt varpå man vanligen karakteriserar individers preferenser i den ekonomiska analysen. Detta sätt leder till att denna analys blir inkonsistent med de slutsatser som dras. De preferenser man utgår från i analysen gäller inte individers faktiska preferenser mellan de alternativ slutsatserna gäller.<sup>28</sup> I ekonomiska analyser bedöms ofta välfärden av vårdinsatser inom den offentliga sjukvården utifrån individers *isolerade* preferenser för den *egna* sjukvårdskonsumtionen.<sup>29</sup> Om man ser preferenser i termer av

<sup>27</sup> Jag har diskuterat detta problem närmare i Granqvist (1993, ss 87-111).

<sup>28</sup> Se Sen (1995), som visar att s.k. ”contingent valuation”-analyser är förknippade med allvarliga problem av detta slag. Se även Nath (1969, s 141), som menar att det är ett mycket vanligt misstag i ekonomiska texter att utgå från att ”an individual's welfare function coincides with his utility function as revealed by his market choices”.

<sup>29</sup> Se t.ex. Johanneson och Jönsson (1991, s 149), som menar att sjukvård är en s.k. ”private good”, samt att ”[i]n the case of a private good economic efficiency is maximized if the good is given only to people whose willingness to pay is equal to or exceeds the cost of the good”. De menar att fördelningsproblemen kan lösas genom att hålla sådana faktorer konstanta som beslutsfattaren inte anser bör påverka allokeringen av sjukvård, t.ex. inkomst. En grundläggande invändning mot detta är att detta sätt att fastställa betalningsviljan förefaller vara en osäker, och teoretiskt mycket tvivelaktig, omväg om beslutsfattaren anser att inte något annat än skillnader i individuella behov skall påverka allokeringen. Det kan vidare noteras att med en dylik modifiering av individers faktiska betalningsvilja så blir kopplingen än mer oklar mellan en potentiellt Paretosanktionerad förändring och en positiv *CV*- eller *EV*-summa. Man kan t.ex. tänka sig att *CV*- eller *EV*-summan för en åtgärd blir negativ, trots att åtgärden skulle kunna finansieras så att alla får det bättre.

individens val så innebär detta att man utifrån individens val av *den egna sjukvårdskonsumtionen* sluter sig till deras val mellan *de sociala tillstånd*, som välfärdsanalysen avser.

Detta bygger på de implicita förutsättningarna att individens val mellan olika sociala tillstånd *endast* bestäms av skillnader i den egna konsumtionen samt att denna konsumtion inte alls påverkas av *andras* val. Dessa förutsättningar kan generellt ifrågasättas, men de förefaller särskilt realistiska vad gäller den offentliga sjukvården. Detta projekt framstår som omöjligt om dessa förutsättningar vore riktiga, redan av det skälet att en majoritet av de röstberättigade betalar mer i skatt och patientavgifter till sjukvården än vad som motsvarar kostnaden för den vård man faktiskt erhåller.<sup>30</sup>

Det är därför rimligare att betrakta välfärdseffekterna som ett aggregat av individens *faktiska* preferenser, inte enbart för den *egna* sjukvårdskonsumtionen, utan för *hela* den offentliga sjukvård som analysen avser. Först då kan hävdas att denna analys bygger på individernas preferenser mellan de alternativa analysen avser.

Man kan här anknyta till *social choice*-teorin, som först formulerades av Arrow (1951), och därefter har utvecklats vidare, främst av Sen (1970). Utgångspunkten i denna teori är att val mellan olika sociala tillstånd, t.ex. olika utformningar av den offentliga sjukvården, skall utgå från individens preferenser mellan dessa tillstånd. Det problem som fokuseras är hur dessa preferenser skall aggregeras till ett kollektivt val mellan de sociala tillstånden. Sen (1999b, s 349) formulerar den centrala frågan i denna teori på följande sätt:

... how can it be possible to arrive at cogent aggregative judgments about the society (for example, about "social welfare", or "the public interest", or "aggregate poverty"), given the diversity of preferences, concerns, and predicaments of the different individuals *within* the society?

En ekonomisk analys med denna utgångspunkt i individens faktiska preferenser mellan sociala tillstånd, snarare än i deras isolerade preferenser för den egna konsumtionen, blir också direkt relevant för den offentliga sjukvårdens finansieringsproblem. I den demokratiska beslutsprocessen, t.ex. i de politiska valen, ställs inte individen enbart inför frågan vilken sjukvårdskonsumtion man själv vill ha och hur mycket man är villig att betala för denna. Man ställs inför frågan vilken offentlig sjukvård man vill ha. Det gäller t.ex. dess omfattning och inriktning samt vilka principer som skall gälla för hur man skall få tillgång till vården och hur kostnaden för denna skall fördelas mellan olika grupper i samhället.

<sup>30</sup> Jag har tidigare diskuterat detta i Granqvist (1987, ss 87-118). Detta hänger bl.a. samman med att vårdbehoven är mycket större bland äldre än bland yngre.

Rimligen påverkas en rationell individ i valet mellan olika utformningar av den offentliga sjukvården av eventuella skillnader vad gäller den egna konsumtionen och hur mycket hon själv betalar i skatter och patientavgifter, men detta val kan inte reduceras till individens isolerade val av den egna konsumtionen. Det finns flera skäl till det.

1) Individens sjukvårdskonsumtion påverkas inte bara av individens *egna* val av sjukvårdskonsumtion, utan även av andras. Ett klassiskt exempel på dylika externaliteter är behandling av smittsamma sjukdomar. Om andra får sådan behandling så minskar individens behov av sjukvård, och därmed också individens sjukvårdskonsumtion.

Man kan emellertid även peka på andra externaliteter, som inte är lika uppmärksammade. Ett viktigt problem hänger samman med att det vanligen är svårt att snabbt öka utbudet av sjukvård. Vanliga flaskhalsar inom sjukvården är brist på personal med en viss kompetens. Som framgick av avsnitt 8.1 öppnar den medicinska kunskapsutvecklingen ständigt nya möjligheter att tillgodose vårdbehov. Eftersom det tar tid att utveckla de nya resurser som krävs för att till fullo utnyttja dessa möjligheter, t.ex. att utbilda sjukvårdspersonal med erforderlig kompetens, så uppstår därför externaliteter; en individs vårdkonsumtion *utesluter* möjligheten för en annan individ, med samma behov, att få vård.

I debatten ses ibland de köer som uppstår som ett resultat av detta som uttryck för ineffektivitet i den offentliga sjukvården. Det kan givetvis inte uteslutas att utbudet ibland skulle kunna öka snabbare. Det är emellertid inte säkert att det skulle gå snabbare på en marknad med fri prisbildning.<sup>31</sup> Däremot skulle det inte uppstå köer på en marknad med fri prisbildning i sådana situationer. På kort sikt skulle effekten av ett alltför litet utbud bli höga priser snarare än köer. Det är emellertid knappast troligt att behoven bland de grupper som betalar dessa höga priser är de som också är viktigast att tillgodose.

I debatten tycks man ibland ta för givet att om vissa individer köper privat sjukvård, och betalar fulla kostnaden för denna, så drabbas inte andra individer. Detta är emellertid, av ovanstående skäl, en alltför förenkla bild. I den mån det gäller sjukvård där behoven är större än utbudet, så kan en expansion av privatfinansierad vård försämra möjlig-

<sup>31</sup> Man kan t.ex. peka på att internutbildning av personal är förknippad med positiva externa effekter. Det gynnar t.ex. konkurrerande företag, vilka kan dra nytta av företagets utbildningsinsatser genom att anställa färdigutbildad personal. Detta kan leda till att företagen på en marknad kommer att satsa mindre på internutbildning än vad som är samhällsekonomiskt motiverat. Om alla företag satsade mer på internutbildning skulle detta kunna leda till ökad lönsamhet i alla företag.



heterna för andra individer att få vård, t.ex. genom att det ökar bristen på personal med en viss kompetens inom den offentliga sjukvården därför att en del av denna personal i stället utnyttjas i den privatfinansierade sjukvården.

Sjukvårdssystem där patienters frihet att välja den egna vårdkonsumtionen spelar en stor roll för allokeringen av sjukvårdsresurserna kan därför innebära en stark diskriminering av grupper som av olika skäl, t.ex. bristande information eller ekonomiska resurser, har svårare att välja den vård man behöver.

En tänkbar kommentar till detta är att det knappast är möjligt att förhindra människor från att köpa helt privatfinansierad vård, eller att förhindra personal att arbeta med sådan vård i stället för offentligt finansierad vård. Det är sant att dessa förhållanden innebär att det är svårt att förhindra uppkomsten av dylika problem, men dessa blir givetvis inte därmed mindre allvarliga. En kortsiktig brist på personal med en viss kompetens i den offentliga vården leder till en expansion av den privata vården och till att vissa patientgruppers möjligheter att få vård ytterligare försämras.

2) Individens övriga konsumtion påverkas inte bara av individens *egna* val av sjukvårdskonsumtion, utan även av andras. Sjukvård påverkar andras hälsa, och kan därmed öka deras insatser i produktionen, t.ex. genom minskad sjukfrånvaro. Detta kan öka den offentliga konsumtionen, och därmed också individens konsumtion, genom att skatteintäkterna ökar och de offentliga utgifterna för sjukförsäkringen minskar.

3) Individens val mellan olika utformningar av den offentliga sjukvården påverkas inte bara av skillnader i den *egna* konsumtionen. Man kan här göra en distinktion mellan *sympathy* och *commitment* (se Sen, 1977/1997a). I det första fallet får individen det bättre av att andra får vård, t.ex. genom ökat välbefinnande av att andra får vård när de är sjuka. I det andra fallet gäller individens preferenser inte *enbart* att främja det egna välbefinnandet, utan även andra mål, t.ex. att främja en rättvis fördelning av sjukvårdens resurser och finansieringen av dessa.

Distinktionen mellan *sympathy* och *commitment* framstår som mycket rimlig. Den innebär emellertid allvarliga problem för den vanliga ekonomiska välfärdsanalysen, där välfärd är liktydigt med preferensuppfyllelse. Ett tillstånd som är Paretoeffektivt i den meningen att ingen kan få det bättre utan att någon annan får det sämre behöver inte vara Paretoeffektivt i termer av individers faktiska preferenser, om dessa till någon del är motiverade av *commitment*. Vissa individer kan, p.g.a. *commitment*, föredra en annan allokering av sjukvårdens resurser, eller en annan finansiering av dessa, trots att de därmed får det sämre för egen del.

Låt oss återknyta till exemplet i avsnitt 8.4.1, och anta att *alla* individer erbjuds möjligheten att öka eller minska sin vårdkonsumtion och i gengäld betala eller erhålla ett penningbelopp motsvarande kostnaden för den ökade eller minskade vårdkonsumtionen. Det kan tyckas självklart att *A* och *B* har preferenser för en sådan förändring; de får ju då möjligheten att genomföra en förändring av sin egen vårdkonsumtion som de har preferenser för. Det är emellertid viktigt att notera att detta inte alls följer rent logiskt, inte ens om båda individerna *enbart* ser till det egna välbefinnandet. P.g.a. externa effekter kan *bådas* välbefinnande bli *lägre* om *alla* individer gör dylika förändringar av sin vårdkonsumtion. Individerna kan också, p.g.a. *sympathy*, få ökad välfärd av andras vårdkonsumtion. Båda kan också ha preferenser för den offentliga sjukvården som är motiverade av *commitment*. Det kan inte ens logiskt utslutas att *alla* individer, när man *även* beaktar externaliteter av de slag som ovan nämnts, föredrar en fördelning efter individuella behov på lika villkor framför att var och en får möjlighet att öka eller minska sin vårdkonsumtion enligt ovanstående förslag. En rimlig tolkning av det förhållandet att den nuvarande offentliga sjukvården har detta uppdrag är att en majoritet har sådana preferenser.

Mot denna bakgrund framstår den vanliga ekonomiska effektivitetsanalysen som orimlig. Ett genomförande av ovanstående förslag framstår ju som en effektivitetsökning, enligt denna analys, som enbart utgår från individens *isolerade* preferenser för den egna konsumtionen. Denna effektivitetsökning tolkas som att *alla* individens *faktiska* preferenser *bättre* uppfylls. I själva verket kan det vara precis tvärtom. I princip kan *alla* individens faktiska preferenser uppfyllas *sämre* genom förändringen.<sup>32</sup>

Det kan kanske invändas att den ekonomiska analysen med en sådan *social choice*-ansats blir mer komplicerad. Men om man verkligen menar sig utgå från individens preferenser i analysen av hur olika utformningar och inriktningar av den offentliga sjukvården bidrar till välfärden i samhället så är det inte rimligt att söka fastställa individens preferenser för något *annat* därför att man bedömer att det skulle bli mer komplicerat att göra det man uppger sig göra.

En annan tänkbar invändning är att skillnaden inte blir så stor, eftersom det är rimligt att tro att individens faktiska preferenser mellan olika utformningar av den offentliga sjukvården är identiska med individens isolerade preferenser för den egna konsumtionen. Detta är emellertid en *empirisk* fråga; om externaliteterna, t.ex. de olika typer som angavs ovan, är stora så kan också skillnaderna bli stora mellan faktiska och isolerade preferenser.

<sup>32</sup> Se Granqvist (2000), där jag har utvecklat detta närmare.

Det kan noteras att denna empiriska fråga knappast kan besvaras genom att undersöka i vilken mån människor i sina individuella val på en marknad beaktar annat än den egna konsumtionen. Dessa val avser ju endast den egna konsumtionen och *kan* därför inte styras av individernas faktiska preferenser, endast deras isolerade. Det *kollektiva* valet mellan olika utformningar av den offentliga sjukvården avser emellertid *både* egen *och* andras konsumtion. Skillnaden kan därför bli stor mellan, å ena sidan, den konventionella utgångspunkten i individers isolerade preferenser för *den egna konsumtionen*, och, å andra sidan, att utgå från individers faktiska preferenser för *hela den offentliga sjukvården*.

I princip kan *alla* individer föredra en annan allokering av sjukvårdskonsumtionen, och fördelning av kostnaden för denna, än den som skulle följa om var och en valde den egna sjukvårdskonsumtion som bäst uppfyller deras isolerade preferenser, och betalade kostnaden för denna. Ett grundläggande skäl till skillnaderna ligger i att sjukvårdskonsumtion är förknippad med externaliteter. Även om alla har preferenser för andras sjukvårdskonsumtion och hur kostnaderna för denna fördelas, så kommer individernas val inte att påverkas av dessa i det första fallet, där deras val enbart gäller den *egna* konsumtionen och kostnaden, inte alls *andras* konsumtion och kostnader eller hur andras val påverkar den egna konsumtionen. I det andra fallet, däremot, gäller valet även detta.

Man kan här anknyta till diskussionen om patienters valfrihet, en fråga som i hög grad fokuserades under 1990-talet. Ett grundläggande implicit antagande i denna diskussion tycks ofta vara att individens *faktiska* preferenser för det sociala tillstånd som uppstår som ett resultat av *alla* individers val är förenliga med individens *isolerade* preferenser för den förändring av den egna konsumtionen hon själv väljer. Detta kan exemplifieras med följande citat:

En fråga som borde diskuteras mera är om vi som välfärdsstat kan tillåta oss att försvåra val som är pareto-optimala – dvs. individen kan välja ett bättre alternativ utan att det sker på någon annans bekostnad? (von Otter, 1996, s 68)<sup>33</sup>

<sup>33</sup> Enligt von Otter spelade den vårdpolitiska teori som han lanserade tillsammans med en amerikansk kollega, Richard Saltman, ”en viss roll vid utformningen av bl.a. Dala-, Bohus- och Stockholmsmodellerna” (op.cit., s 51). Se Saltman och von Otter (1987, 1989, 1992, 1995), von Otter och Saltman (1990), von Otter (1991) och Saltman (1992). Det bör påpekas att begreppet ”pareto-optimala” i citatet används på ett något oegentligt sätt. Det är uppenbart att det är ”Paretosanktionerade” val som avses i citatet.

Översatt till ovanstående begreppsapparat ställer von Otter frågan om vi kan tillåta oss att försvåra för individen att välja sin egen sjukvårds-konsumtion i enlighet med sina *isolerade* preferenser, och därmed förhindra henne att välja så att hon själv får det bättre utan att någon annan får det sämre.

Ett svar på denna fråga kan formuleras mot bakgrund av ovanstående analys. Ett grundläggande argument mot att införa ett system, där var och en har stor valfrihet att välja sin egen sjukvårds-konsumtion, är att detta strider mot många individers *faktiska* preferenser. Man kan givetvis förespråka införandet av system, som många människor har starka preferenser mot. Det är emellertid motsägelsefullt om det grundläggande argumentet är att individen därmed kan påverka viktiga beslut som rör henne själv, vilket von Otter menar. Han avvisar således några argument från dem som vill begränsa valfrihetens roll vid allokering av sjukvårdens resurser som ej avgörande; att de flesta oftast är nöjda med sin vård och att möjligheterna att välja inte utnyttjas av särskilt många. Av samma skäl avvisar han ett argument från dem som tvärtom förespråkar en ökad roll för patienters valfrihet; att en stor andel vid några opinionsundersökningar angett att de vill ha ökade val-möjligheter.

Ingetdera av dessa argument är avgörande om man menar att individen bör vara involverad i alla viktiga beslut som rör henne själv. Om några föredrar att ta skydd under en överhets repressiva omtanke, är det ett problem av ungefär samma karaktär som om medborgarna inte tycker det är viktigt att rösta, eller att någon är ointresserad av sitt ansvar för viktiga lokala angelägenheter.<sup>34</sup>

Ett problem med detta synsätt kan konkretiseras med ovanstående exempel. Motivet till att *A* och *B* inte vill införa valfrihet av ovanstående typ, och därmed föredrar att avstå från att ”välja ett bättre alternativ utan att det sker på någon annans bekostnad”, behöver inte alls vara bristande intresse att påverka den offentliga sjukvården i enlighet med sina egna preferenser. Motivet kan tvärtom vara att ett dylikt system *strider* mot deras faktiska preferenser. Man måste skilja mellan dessa preferenser, vilka är högst relevanta vid en bedömning av om föränd-

<sup>34</sup> Op.cit.. I andra sammanhang har von Otter betonat valfrihetens instrumentella roll som styrmedel för organisationer: ”Genom att ge patienterna valfrihet - även inom ett offentligt system - skapas inte bara möjlighet till en fördelaktig anpassning mellan olika individuella preferenser och olika vårdutbud utan även ett styrmedel som får organisationen att öka sin ambitionsnivå. Detta är sannolikt den huvudsakliga poängen med valfrihet i vården. Den ligger inte i att skillnaden i önskemål om behandling är stora utan i att organisationen blir ansvarig åt två håll” (von Otter, 1991, s 70). Se även von Otter och Saltman (1990).

ringen skall genomföras eller ej, och individernas isolerade preferenser för en förändring av den *egna* sjukvårdskonsumtionen.

Det förefaller orimligt att hävda att *A* och *B* bör acceptera ett system, som enligt deras *faktiska* preferenser skulle innebära en försämring, därför att de eljest inte blir involverade i ”viktiga lokala angelägenheter”, dvs. att var och en väljer den *egna* sjukvårdskonsumtion som bäst uppfyller deras *isolerade* preferenser. Det kan ju leda till att man påtvingas ett system som strider mot *allas* faktiska preferenser. Som ovan noterats kan skillnaden mellan faktiska och isolerade preferenser vara stor p.g.a. att sjukvårdskonsumtion är förknippad med betydande externa effekter. Därför torde inte heller patienternas val leda till en Pareto-optimal allokering, *även om* varje val är fullt rationellt.

Det är knappast möjligt att förstå von Otters tolkning av sina meningsmotståndare som företrädare för ”en överhets repressiva omtanke” på annat sätt än att han tar för givet att individers faktiska preferenser inte kan komma i konflikt med deras isolerade.<sup>35</sup> Eftersom den förutsättningen är orimlig, p.g.a. de externa effekterna av sjukvård, måste denna tolkning ses som uttryck för allvarliga brister i analysen av individers preferenser för den offentliga sjukvården.

### 8.4.3 Patientavgifters effekter på välfärden

#### 8.4.3.1 Inledning

Ovanstående analys kan konkretiseras genom att gå igenom hur man i en av SNS-studierna går tillväga för att fastställa hur förändringar i patientavgifterna påverkar välfärden. I ett räkneexempel söker Söderström (1991) fastställa skillnaden i välfärd mellan ett tillstånd, där all sjukvård är helt skattefinansierad (0-taxa), och ett tillstånd där man har mycket höga patientavgifter, motsvarande 95 procent av kostnaderna för den *egna* vården (95-taxa). I det senare tillståndet finns ett högkost-

<sup>35</sup> Det hävdas t.ex. att enligt ”den vedertagna teorin” för tjänsteföretag är den ”viktigaste effekten av krävande kunders agerande [...] inte att de tränger undan andra mer passiva individer, utan att de banar väg för en förbättrad verksamhet som kommer *alla* tillgodo” (op.cit., s 53. Min kursivering). Om så är fallet kan inte de ”krävande” patienternas isolerade preferenser komma i konflikt med deras faktiska preferenser. Vidare måste de externa effekterna av de ”krävande” patienternas val leda till att alla andras faktiska preferenser uppfylls bättre än de skulle göra om man införde begränsningar i patienternas valfrihet. Mot bakgrund av ovanstående diskussion om de externa effekterna av sjukvård förefaller inte ”den vedertagna teorin” för tjänsteföretag vara särskilt rimlig för offentlig sjukvård.

nadsskydd, som inträder när en individs årliga kostnader för den egna sjukvården överstiger 10 procent av den egna inkomsten. Ingen behöver således betala *mer* än 10 procent av sin inkomst för den egna sjukvårdskonsumtionen.

Söderströms räkneexempel bygger givetvis på mycket grova siffror. Min analys skall avgränsas till att undersöka rimligheten i två grundläggande antaganden, som förefaller helt avgörande för kalkylresultatet, dvs. att en förändring från 0-taxa till 95-taxa skulle innebära en samhällsekonomisk välfärdsvinst motsvarande 40 procent av de totala sjukvårdskostnaderna vid 0-taxa. Det är följande två antaganden i denna kalkyl som leder till denna slutsats:

1) Det finns en betydande ”överkonsumtion” vid 0-taxa. Denna ”överkonsumtion” beror på att patienternas vårdkostnader är subventionerade, och den minskar när man inför 95-taxa. Minskningen motsvarar 28 procent av de totala sjukvårdskostnaderna. Denna stora minskning av vårdkonsumtionen får inte några negativa effekter på välfärd eller hälsa.<sup>36</sup>

2) Skatten är förknippad med ”dödviktskostnader”, dvs. kostnader förorsakade av att skatten leder till snedvridningar i resursallokeringen, som innebär att den samhälleliga välfärden blir lägre än den skulle ha varit utan skatt. Eftersom sjukvårdsskatten blir lägre vid 95-taxa, enligt kalkylen motsvarar skillnaden 48 procent av de totala sjukvårdskostnaderna vid 0-taxa, så uppstår därför en välfärdsvinst. Söderström antar att denna välfärdsvinst motsvarar 12 procent av de totala sjukvårdskostnaderna.

I min diskussion kommer jag genomgående att utgå från ett välfärdsbegrepp baserat på individers *faktiska* preferenser mellan de två sociala tillstånden 0-taxa och 95-taxa. Som vi skall se leder detta till stora skillnader i slutsatserna jämfört med Söderströms kalkyl, som utgår från individers *isolerade* preferenser för den egna sjukvårdskonsumtionen.

<sup>36</sup> Denna skattning bygger på samma data som Manning et al (1987), som på grundval av RAND-experimentet skattar välfärdsförlusten i USA till mellan 19 och 30 procent av de totala sjukvårdskostnaderna. Se även Feldman och Dowd (1991), som skattar välfärdsförlusterna till mellan 9 och 28 procent av de totala sjukvårdskostnaderna. Den första skattningen av detta slag gjordes av Feldstein (1973).

#### 8.4.3.2 Effekter på vårdkonsumtionen

Det kan inledningsvis noteras att om man utgår från de samband mellan patientavgifter och konsumtion som Söderströms kalkyl bygger på, dvs. de som skattas av Manning et al. (1987) på grundval av RAND-experimentet, så kan dessa endast förklara en bråkdel av ökningen av sjukvårdskostnaderna. Enligt Newhouse (1992, s 7) kan de minskade patientavgifterna i USA, från i genomsnitt 67 till 27 procent av kostnaderna, under tidsperioden 1950-1980 endast förklara *en åttondel* av ökningen av de totala sjukvårdskostnaderna under denna tidsperiod. Som noterades i avsnitt 8.1 torde en viktigare förklaring till de ökade sjukvårdskostnaderna ligga i den medicinska kunskapsutvecklingen. Denna förutsätts vara given i Söderströms kalkyl, vilken endast är inriktad på att skatta skillnaderna i den sociala välfärden mellan ett system med 0-taxa och ett system med 95-taxa. Det är viktigt att hålla detta i minnet; kalkylen säger *ingenting* om den troligen helt dominerande orsaksfaktorn bakom de ökade sjukvårdskostnaderna.

Söderströms kalkyl bygger på att vårdkonsumtionen helt bestäms av individers *isolerade* preferenser för den egna vården, samt att individer är rationella i konventionell ekonomisk mening i dessa val. Det leder till att det uppstår ”överkonsumtion” vid 0-taxa; konsumentens betalningsvilja för vården understiger de faktiska kostnaderna för denna vård. En rationell konsument kommer att efterfråga även vård som ger mycket liten nytta, eftersom konsumentens egna utgifter endast ökar med en liten del av den faktiska kostnadsökningen när den egna vårdkonsumtionen ökar.

Denna utgångspunkt kan ifrågasättas. Konsumenten föredrar t.ex. inte alltid mer vård framför mindre. Patienter beaktar också de risker olika behandlingar är förknippade med, liksom andra uppostringar än monetära – behandlingar tar t.ex. patientens tid i anspråk och är inte alltid helt utan obehag. Patientens beteende, t.ex. när man söker och efterfrågar vård, kan också påverkas av normer och etiska hänsynstagen, medan ovanstående resonemang utgår från att patientens val enbart styrs av målet att främja den egna välfärden.

Det måste också noteras att ”överkonsumtion” kan vara *önskvärd*. ”Överkonsumtion” i ovanstående ekonomiska resonemang avser sådan vård patienter erhåller, men inte skulle ha efterfrågat, om de hade svarat för samtliga kostnader för denna vård.<sup>37</sup> Eftersom den offentliga sjukvårdens mål är att ge vård efter behov på lika villkor så bör man,

<sup>37</sup> Jag har tidigare diskuterat detta i Granqvist (1987, ss 27-29 och 65-70) och (1996).

för grupper med *låg* betalningsförmåga, *eftersträva* ”överkonsumtion”, i ovanstående mening.<sup>38</sup>

Sjukvårdskonsumtionen är inte endast bestämd av *efterfrågan*. Som ovan noterats är inte den offentliga sjukvårdens uppdrag att ge vård efter individuell *efterfrågan*, utan efter individuella *behov*. Det finns alltså ett krav på att ransonera och prioritera *utbudet* av offentlig sjukvård. Detta krav har ytterligare preciserats i den nya sjukvårdslagen.

Ovanstående ekonomiska resonemang torde därför vara rimligare när det gäller den gängse sjukvården i USA, där patienterna har sjukvårdsförsäkringar, vanligen finansierade genom kollektivavtal mellan arbetsgivare och de fackliga organisationerna, och där kostnaderna för patienternas vård ersätts av försäkringsbolagen.<sup>39</sup> I likhet med de svenska patienterna så drabbas de amerikanska endast av en liten del av den faktiska merkostnaden för en ökning av den egna vårdkonsumtionen.

Till skillnad från i Sverige så drivs emellertid den amerikanska sjukvården i stor utsträckning av kommersiella företag, för vilka kraven på vinst är mycket starkare än eventuella krav på prioritering och ransonering. Det förhållandet att den enskilde patienten endast drabbas av en bråkdel av merkostnaden för en ökning av den egna konsumtionen, i kombination med att det kommersiella företaget kan öka sin vinst om patienternas konsumtion ökar, torde leda till att de amerikanska patienternas vårdkonsumtion blir onödigt hög, om man ser till deras behov.<sup>40</sup>

<sup>38</sup> På motsvarande sätt innebär en fördelning av sjukvården efter individuella medicinska behov att det, bland grupper med hög betalningsförmåga, torde uppstå en ”underkonsumtion” i den meningen att patienter inte erhåller vård som de skulle ha efterfrågat om de hade svarat för samtliga kostnader för denna vård.

<sup>39</sup> I debatten hävdas ibland att det är de amerikanska arbetsgivarna som svarar för sjukvårdskostnaderna. Detta är missvisande. Sjukvårdsförmånerna för personalen fastställs vid löneförhandlingar, där alternativet till dessa förmåner rimligen är högre löner, inte högre vinster. Det är således personalen som svarar för kostnaderna genom lägre löner. Det kan också noteras att dessa förmåner är skattesubventionerade eftersom personalen inte betalar någon skatt för förmånen, trots att företagen beviljas avdrag för kostnaderna vid vinstbeskattningen. Det är alltså de anställda, och i någon mån skattebetalarna, som svarar för dessa sjukvårdskostnader.

<sup>40</sup> Det bör noteras att detta alltså gäller den grupp som omfattas av sjukvårdsförsäkringar, och anlitar kommersiella sjukvårdsföretag som ersätts enligt s.k. ”fee-for-service”, där sjukvårdsföretagen ersätts för sina kostnader för de åtgärder som vidtagits. Ungefär 15 procent av befolkningen i USA saknar sjukvårdsförsäkring. För denna grupp är situationen givetvis helt annorlunda.



Sådan onödig vårdkonsumtion behöver emellertid inte uppstå i ett system där sjukvårdsproducenterna *inte* har ekonomiska incitament att öka vårdkonsumtionen, utan snarare har ansvar att ransonera och prioritera vården. Den nya ekonomistyrningen inom sjukvården, t.ex. prestationsbaserad ersättning, kan innebära att sjukhusen får ekonomiska incitament att *öka* vårdkonsumtionen, och därmed också att deras benägenhet att prioritera och ransonera *minskar*.<sup>41</sup> En sådan utveckling kan leda till onödigt höga vårdkostnader också i den svenska sjukvården.<sup>42</sup> I den mån vissa patienter erhåller alltför mycket vård så är detta därför ett problem som ligger på utbudssidan snarare än på efterfrågsidan.

Ovanstående utgångspunkt, att förklara vårdkonsumtionen enbart utifrån *efterfrågan*, kan ifrågasättas även vad gäller den amerikanska sjukvården. Flera ekonomer har ifrågasatt relevansen av RAND-experimentet för att dra slutsatser om effekterna på vårdkonsumtionen av dylika förändringar även i den amerikanska sjukvården.<sup>43</sup> Ett viktigt problem gäller att experimentets uppläggning var sådant att försökspersonernas betydelse för producenternas totala vårdvolym var mycket marginellt. Därför är det inte lika orimligt att bortse från utbudssidans betydelse för förändringarna i konsumtionen som när förändringen omfattar *hela* sjukvården, som vid en övergång från 0-taxa till 95-taxa, då ju patienternas minskade konsumtion får *avgörande* betydelse för producenternas vårdvolym.<sup>44</sup> Detta har relevans även för Sverige, särskilt i

<sup>41</sup> Att just ökade prestationsvolymerna förefaller ha varit den vanligaste effekten av prestationsersättning kan ses som en indikation på att producenternas benägenhet att ransonera vården har minskat. Det kan inte uteslutas att den ökade prestationsvolymen indikerar en ökad konsumtion, som är mindre angelägen i ett prioriteringsperspektiv. Anell (1994, ss 28-29) noterar att kostnadskontrollen kan bli besvärlig vid låga patientavgifter och där sjukvårdsproducenterna erhåller prestationsersättning från tredje part. Anell utgår från att sjukvårdsproducenternas roll att prioritera och ransonera vid prestationsersättning måste ersättas av "ett administrativt arrangemang, en beställare".

<sup>42</sup> Detta problem gäller givetvis också vid en privatisering av vården. Observera att detta problem kan uppstå oberoende av hur *stora* producenternas vinster är, och oberoende av hur kostnaderna för patienternas vård *finansieras*. Även om dessa skattefinansieras så kvarstår problemet om producenterna har *ekonomiska incitament* att öka sjukvårdskonsumtionen, medan patienterna endast drabbas av en liten del av merkostnaderna för denna ökning. Detta kan leda till att även sådana behov tillgodoses som är mycket *mindre* än andra behov, i *andra* delar av sjukvården, som *inte* tillgodoses.

<sup>43</sup> Se Hester och Leveson (1974), Newhouse (1974), Evans (1984), Enthoven (1988) och Mooney (1994).

<sup>44</sup> Se också Rice (1998, ss 130-131) som noterar att RAND-experimentets siffror, som avser perioden 1974-1982, kan vara inaktuella i viktiga avseenden:

den mån producenterna har ekonomiska incitament att öka vårdkonsumtionen.

Det kan slutligen noteras att RAND-experimentet inte kan användas för att dra några slutsatser om hur konsumtionen förändras för individer äldre än 65 år eller individer med socialbidrag, eftersom inte dessa grupper ingick i experimentet. Den genomsnittliga sjukvårdskostnaden för dessa grupper är mycket högre än för andra grupper, medan genomsnittsinkomsten är avsevärt lägre. Det betyder att dessa gruppers sjukvårdskonsumtion i hög grad kommer att omfattas av högkostnadsskyddet. De kommer därför knappast att ha några ekonomiska incitament att minska sin vårdkonsumtion. Om en individ minskar sin sjukvårdskonsumtion, vars kostnader finansieras av högkostnadsskyddet, så får ju detta inte någon effekt på individens disponibla inkomst för annan konsumtion. Dessa grupper svarar för över hälften av den totala sjukvårdskonsumtionen i Sverige. Det betyder att skillnaden i konsumtion mellan de två alternativen torde bli mycket mindre än 28 procent, *även om* man utgår från RAND-experimentets siffror för övriga grupper.<sup>45</sup> Som ovan framgått torde emellertid även de senare innebära en betydande överskattning av skillnaden i sjukvårdskonsumtion mellan 0-taxa och 95-taxa.

#### 8.4.3.3 Effekter på hälsa och välfärd

Låt oss så granska förutsättningen att välfärden inte påverkas av den minskade sjukvårdskonsumtionen. En avgörande fråga är i vilken mån konsumtionsskillnaderna avsåg effektiv eller onödig vård. Söderströms kalkyl bygger på att konsumtionsskillnaden i sin helhet avser onödig vård. Lohr et al. (1986) skilde mellan behandlingar som av medicinska expertpaneler bedömdes vara ”mycket effektiva”, ”effektiva”, ”mindre effektiva” och ”sällan effektiva eller som kunde ersättas av effektiv

---

”For example, during the 1980's alone, the number of hospital days fell by 38 percent per capita [...] If the study were conducted today, the results concerning the responsiveness of hospital care might be much lower. Even if people had free care, they might not want, or might be prevented from obtaining, hospital care”.

<sup>45</sup> Eftersom individen inte alltid vet om de totala kostnaderna under året kommer att överstiga högkostnadsskyddet kan inte uteslutas att konsumtionen kan minska även för individer som omfattas av högkostnadsskyddet. Den kan också minska därför att patientavgifterna kan verka avhållande från att söka vård, även om detta inte påverkar patientens årliga kostnad för sin sjukvård; man kan t.ex. avstå från att söka vård därför att man saknar likvida medel för att kunna betala sjukvårdskostnaderna.

egenvård”. Generellt kunde man inte finna några skillnader vad gäller konsumtionsskillnaderna mellan dessa typer av behandlingar:

[C]ost-sharing was generally just as likely to lower use when care is thought to be highly effective as when it is thought to be only rarely effective, [nor] was there any obvious trend suggesting that cost-sharing would deter care seeking more as one moved "down" the effectiveness ranking (op.cit., s 32).

Den minskade konsumtionen gällde således även mycket effektiv vård. I sjukdomsfall, där behandling bedömdes vara mycket effektivt erhöll t.ex. barn från familjer med låga inkomster behandling nästan dubbelt så ofta om deras föräldrar inte betalade några patientavgifter jämfört med om föräldrarna betalade höga patientavgifter. I sin sammanfattning av studien säger författarna:

[C]ost-sharing did not lead to rates of care seeking that were more "appropriate" from a clinical perspective. That is, cost-sharing did not seem to have a selective effect in prompting people to forgo care only or mainly in circumstances when such care probably would be of relatively little value (op.cit., s 36).

I en annan studie, där man studerade skillnader i konsumtion vad gäller "ändamålsenlig" och "ej ändamålsenlig" slutna vård, kommer man till i princip samma slutsats.<sup>46</sup>

Denna bild bekräftas också av de skillnader i individernas hälsotillstånd som påvisades i RAND-experimentet. Dessa skillnader var tydligast för grupper med låga inkomster. Stora skillnader i hälsotillstånd påvisades i flera studier mellan patienter med höga patientavgifter (95 procent) och patienter som inte betalade några patientavgifter alls. Låt oss se på några exempel. Blodtrycket för individer i riskgruppen för högt blodtryck var högre i gruppen med höga patientavgifter. Detta gällde särskilt för individer med låga inkomster.<sup>47</sup> Individer med dålig hälsa och låg inkomst hade betydligt fler allvarliga symtom i gruppen med höga patientavgifter (Shapiro et al., 1986). Förekomsten av anemi, blodbrist, bland barn från familjer med låga inkomster var högre i gruppen med höga patientavgifter (Valdez, 1986). Även stora skillnader i tandstatus påvisades (Bailit et al., 1985).

Man kan ifrågasätta relevansen av RAND-experimentet för att bedöma hur stora hälsoeffekterna av konsumtionsminskningar p.g.a. höga patientavgifter i den offentliga sjukvården i Sverige skulle bli. De svenska producenterna utsätts för starkare krav att ransonera och prio-

<sup>46</sup> Siu et al (1986). Höga patientavgifter minskade konsumtionen av slutna vård, men minskningen var lika stor för "ändamålsenlig" som för "ej ändamålsenlig" vård.

<sup>47</sup> Brook et al (1983). Även skillnader i synförmåga påvisades.

ritera vården. I ett "fee-for-service"-system med kommersiella vårdproducenter torde trycket på producenten att öka sjukvårdskonsumtionen vara stort. Detta torde innebära att de amerikanska läkarna är mindre konservativa i sin behandlingspraxis än de svenska. En större andel av konsumtionsminskningen vid höga patientavgifter i RAND-experimentet kan därför avse mindre angelägen vård än vad som skulle bli fallet vid höga patientavgifter i Sverige.<sup>48</sup> Om så är fallet kan man förvänta sig att de negativa hälsoeffekterna av en i relativa termer lika stor konsumtionsminskning skulle bli större i Sverige än i USA. Denna slutsats gäller även om den relativa minskningen är lika stor för "ändamålsenliga" som för "ej ändamålsenliga" behandlingar, vilket, som ovan framgick, var fallet i RAND-experimentet.

Höga patientavgifter förefaller således vara ett trubbigt instrument för att reducera överutnyttjande. Den minskade vårdkonsumtionen gäller även vård, som bedöms vara mycket effektiv, vilket främst drabbar grupper med låga inkomster.<sup>49</sup> Stoddart, Barer och Evans (1993, s 57) sammanfattar sina argument mot att införa patientavgifter i den offentliga sjukvården i Canada på följande sätt:

- 1) charges do not lead to selective reductions in utilization of only unnecessary or less necessary services, but affect the utilization of needed services as well (while much ineffective care continues to be delivered);
- 2) the distribution effects - both financial and health effects - of charges are potentially quite serious for certain groups in the population, especially as

<sup>48</sup> Jag känner inte till någon studie av skillnader i behandlingspraxis mellan svenska och amerikanska läkare. I en studie av Brook et al (1988) framgår stora skillnader mellan amerikanska och brittiska läkare vad gäller diagnos och behandling. Båda grupperna fick t.ex. utifrån samma patientmaterial, där man genomfört "by-pass-operationer", bedöma i vilka fall operationerna var "ej ändamålsenliga". De brittiska läkarna ansåg att 35 procent av operationerna var "ej ändamålsenliga", medan motsvarande siffra för de amerikanska läkarna endast var 13 procent. Detta antyder att skillnaderna i behandlingspraxis kan vara betydande.

<sup>49</sup> Se Phelps och Parente (1990), Phelps och Mooney (1992), Dranove (1995), Phelps (1995) och Rice (1998), som argumenterar mot att skatta välfärd förlusterna utifrån efterfrågesidan, varvid välfärd förlusten av en konsumtionsminskning motsvarar summan av vad individerna själva betalade för denna vård. De förespråkar i stället att välfärd förlusterna av en konsumtionsminskning skattas utifrån en bedömning av den medicinska effektiviteten av vården. Se även Ellis och McGuire (1993). Utbudssidans betydelse för vårdkonsumtionen antyds också av att höginkomstgruppernas vårdkonsumtion *minskade*, medan låginkomstgruppernas *ökade*, vid införandet av NHS, den skattefinansierade sjukvården med 0-taxa i Storbritannien, i slutet av 40-talet (Stewart och Enterline, 1961). Samma resultat erhöles vid införandet av 0-taxa i Quebec, Canada år 1970 (Enterline et al, 1973).

health care use becomes more concentrated within small and very ill segments of the population;

3) analyses of the effects of user charges must take into account the significant, offsetting response of suppliers to reductions in patient-initiated utilization; and

4) charges are neither a necessary nor a sufficient condition for overall cost control in health care systems.

En viktig praktisk slutsats av ovanstående diskussion är att åtgärder för att reducera mindre angelägen vårdkonsumtion är effektivare om de inriktas på *utbudssidan* än om de inriktas på *efterfrågesidan*, t.ex. genom höjda patientavgifter.

En implicit förutsättning bakom Söderströms analys är att individens välfärd inte påverkas av sjukvårdskonsumtionen om hälsoeffekter av denna konsumtion inte påvisats. Det finns emellertid en rad skäl till att individens välfärd kan påverkas även om man inte kan påvisa några hälsoeffekter. Sjukvård är i hög grad förknippad med osäkerhet. Som patient kan man därför ibland ha starka preferenser för att erhålla en medicinsk bedömning, även om man tror att riskerna är små för att det skall vara något allvarligt. Att bortse från detta är som att skatta individers preferenser för ett lotteri genom att utgå från att alla som köper lotter som sedan visar sig vara nitlotter inte hade några preferenser för dessa lotter.

En sådan *ex post*-kalkyl är ännu mer orimlig när det gäller sjukvård. Redan det förhållandet att man är tillförsäkrad starkt subventionerad vård om man blir sjuk innebär en välfärdsvinst. Det kan rentav sägas vara den viktiga ekonomiska grunden för sjukvårdsförsäkringar.<sup>50</sup>

Vidare måste man skilja mellan att hälsoeffekter ej har *påvisats* och att sådana ej har *förekommit*. Det är svårt att i aggregerade mätningar påvisa hälsoeffekterna av vårdinsatser. Vi får anledning att återkomma till detta i avsnitt 8.6.

Det kan också noteras att annat än vårdens hälsoeffekter kan vara betydelsefulla för individens välfärd. Patienter kan t.ex. värdera omvårdnaden, utöver de hälsoeffekter som vården kan innebära.

Man måste också ifrågasätta den grundläggande utgångspunkten i kalkylen att välfärdseffekterna av vården utgörs av summan av individernas isolerade preferenser för den *egna* vårdkonsumtionen. Det finns

<sup>50</sup> Se Arrow (1963b). Se även Evans (1984, s 49), som noterar att den konventionella analysen av välfärdsförluster av sjukvårdsförsäkringar innebär att välfärdsförlusten minimeras då det inte finns några försäkringar alls. Denna analys kan ifrågasättas eftersom den ekonomiska grunden för försäkringar, inte bara sjukvårdsförsäkringar, är att individer är villiga att betala för att slippa risken att drabbas av stora ekonomiska uppoftningar.

betydande externaliteter av sjukvårdskonsumtion. Söderström (1991, s 81) söker motivera denna utgångspunkt med att de externa effekterna av sjukvård *inte* är särskilt stora:

Externa effekter kan förvisso förekomma, men de har en mera framträdande plats bara i förbindelse med mödrahälsovård, vaccinationer o dyl. Där kan man tydligt se att en persons konsumtion har omedelbar betydelse för andra personers välbefinnande och att det finns ett intresse från omgivningen att styra konsumtionens inriktning och storlek.<sup>51</sup>

Detta är emellertid inte en särskilt välgrundad uppfattning. Externa effekter av sjukvård gäller, som visades i avsnitt 8.4.2, inte bara mödrahälsovård och vaccinationer. I princip all sjukvård kan påverka individers bidrag till andras välfärd. Det gäller t.ex. att vårdinsatser påverkar individers arbetsinsatser på arbetsmarknaden, vid hushållsarbete i vid mening, etc. De externa effekterna är tydliga för vård av smittsamma sjukdomar, men individers välfärd påverkas även på andra sätt av anhörigas, vänners och arbetskamraters vårdkonsumtion.

Slutligen torde många människor värdera själva principen att alla får vård efter behov på lika villkor. Det torde knappast vara möjligt att upprätthålla denna princip i ett system där alla måste betala 95 procent av kostnaden för sin vårdkonsumtion upp till 10 procent av sin inkomst. Det skulle t.ex. betyda att en individ med en årsinkomst på 160 000 kr, kan drabbas av sjukvårdskostnader motsvarande 16 000 kr, *utöver* den skatt på kanske mer än halva detta belopp som individen betalar till sjukvården. Det är uppenbart att detta kan leda till starkt ökade sjukvårdskostnader för individer som drabbas av sjukdom. I ett sådant system torde det knappast vara möjligt att undvika att individer avstår från att söka vård som kan vara mycket effektiv, särskilt bland grupper med små ekonomiska resurser. Det visar, som framgick ovan, även en rad studier från RAND-experimentet.

<sup>51</sup> En liknande uppfattning förs fram i en annan SNS-studie: ”Det är endast en liten del av den totala hälso- och sjukvårdskonsumtionen där en individs konsumtion direkt kan sägas påverka andra individers välfärd” (Anell, 1994, s 21). Anell menar emellertid att de externa effekter som kan härledas från individers altruistiska och paternalistiska värderingar är betydande.

#### 8.4.3.4 Effekter på välfärden genom beskattningens ”dödviktskostnader”

Låt oss nu gå över till den andra delen av slutsatserna från denna kalkyl, dvs. uppfattningen att välfärden skulle öka motsvarande 12 procent av de totala sjukvårdskostnaderna p.g.a. minskade ”dödviktskostnader”. Söderström (1991, s 58) hävdar t.o.m. att dessa torde vara fyra gånger så stora som förutsätts i kalkylen, dvs. 48 procent av de totala sjukvårdskostnaderna. Dödviktskostnaderna skulle alltså vara lika stora som själva skattebeloppet. I kalkylen görs emellertid ett mer försiktigt antagande i ”enlighet med Vägverkets rekommendationer”; det antas att dödviktskostnaden uppgår till 25 procent av skattebeloppet.<sup>52</sup>

Det kan först noteras att en grundläggande förutsättning bakom denna slutsats är att konsumtionen minskar med 28 procent. Som framgick av avsnitt 8.4.3.2 torde detta vara en stor överskattning, bl.a. därför att det är orimligt att utgå från att konsumtionen för åldersgruppen över 65 år minskar med 28 procent. Eftersom dessa grupper sjukvårdskonsumtion svarar för över hälften av sjukvårdskostnaderna, och dessutom i hög grad skattefinansieras genom högkostnadsskyddet, så kommer effekten på sjukvårdsskatten att bli mycket mindre än vad Söderström utgår från i sitt räkneexempel. Det framgick också att konsumtionsskillnaden även för andra grupper torde bli mindre än motsvarande 28 procent, främst därför att de svenska vårdproducenterna har starka krav att ransonera och prioritera sjukvården, vilket inte gällde för de amerikanska vårdproducenterna i RAND-experimentet.

Detta innebär att skillnaden i sjukvårdsskatt mellan 0-taxa och 95-taxa endast torde bli en bråkdel av de 48 procent Söderström kalkylerar med. Det finns emellertid en rad andra skäl till att Söderströms kalkyl på denna punkt innebär en överskattning.

Söderströms kalkyl utgår från att den enda effekten på skatterna av den stora höjningen av patientavgifterna är en minskad sjukvårdsskatt. Detta är knappast rimligt. Minskningen av sjukvårdskonsumtionen torde t.ex. leda till ökad sjukfrånvaro, vilket påverkar den offentliga ekonomin negativt. För det första minskar skatteinkomsterna och för det andra ökar utgifterna från sjukförsäkringen. För att bibehålla en i övrigt oförändrad offentlig konsumtion måste därför skattesatserna öka. Vidare innebär övergången till 95-taxa en betydande kostnadsökning för individer med stora vårdbehov.<sup>53</sup> Det är svårt att se hur detta fördel-

<sup>52</sup> Se även Gerdtham och Jönsson (1993, ss 84-86), som i sina kalkyler av välfärdseffekterna av ökade egenavgifter för läkemedel utgår från att dödviktskostnaden är 25 alternativt 130 procent av skattebeloppet.

<sup>53</sup> Dessa kostnadsökningar gäller, såvitt jag förstår, inte bara kostnaderna för själva vården, inklusive tandvård, utan även kostnaderna för läkemedel.

ningspolitiskt kan lösas, men rimligen måste dessa grupper kompenseras. Det leder till höjda skatter för andra grupper. Effekten av den lägre sjukvårdsskatten kommer alltså i hög grad att motverkas av att andra skatter måste höjas. Nettoskillnaden i skatt mellan 0-taxa och 95-taxa torde därför bli relativt liten, troligen bara några få procentenheter av inkomsten.

För individer som omfattas av högkostnadsskyddet kommer högkostnadsskyddet att fungera som en "skatt" motsvarande 10 procent vid 95-taxa. En ökning av deras inkomst leder ju till en ökning av deras kostnader för den egna sjukvården motsvarande 10 procent av inkomstökningen. Eftersom sänkningen av skatten endast torde utgöra en bråkdel av 10 procent så kan man förvänta sig *större* välfärd förluster vid 95-taxa än vid 0-taxa p.g.a. skatternas, och högkostnadsskyddets, effekter på arbetsutbudet för dessa grupper.

Det kan slutligen noteras att resultaten från de dödviktsanalyser som Söderström åberopar inte är relevanta vid en jämförelse av effektiviteten i resursallokeringen mellan 0-taxa och 95-taxa. I avsnitt 8.3 visades att den teoretiska grunden för den potentiella Paretoprincipen måste ifrågasättas. Eftersom det är denna princip som ligger bakom de konventionella skattningarna av dödviktskostnaden finns det starka skäl att ifrågasätta dessa.

Det grundläggande problemet gäller att skattningarna *inte* bygger på individernas preferenser mellan de relevanta alternativen, dvs. i detta fall de *faktiska* tillstånden med 0-taxa respektive 95-taxa.<sup>54</sup> Söderströms dödviktsskattning bygger, implicit, på individernas preferenser mellan två *andra* alternativ, där skattebetalarna *kompenseras* för samtliga välfärd förluster förknippade med den skattefinansierade sjukvården.<sup>55</sup> Eftersom sådan kompensation *inte* genomförs i de alternativ räkneexemplet utgår från är dessa två alternativ *irrelevanta*. Ett beaktande av individens preferenser mellan dessa alternativ strider därför mot det "independence"-villkor, som diskuterades i avsnitt 8.3.

Hur påverkas arbetsutbudet av en minskning av inkomstskatten? För det första har vi en substitutionseffekt. Individerna får ekonomiska incitament att *öka* arbetsutbudet eftersom skattesatsen minskar. Å andra

<sup>54</sup> Nedanstående bygger i hög grad på Granqvist och Lind (2000), där det ges en ingående argumentation för att det konventionella sättet att mäta dödviktskostnader innebär en systematisk *överskattning* av skatternas effektivitetsförluster. Detta gäller såväl om dödviktskostnaden, eller "excess burden", mäts enligt "equivalent variation" som om den mäts enligt "compensating variation". Se även Lind (1999) och Granqvist (1999).

<sup>55</sup> Detta gäller även motsvarande skattning i Gerdtam och Jönsson (1993) av minskade dödviktskostnader pga minskade skatter till följd av ökade egenavgifter för läkemedel.



sidan har vi en inkomsteffekt, som vanligen *motverkar* substitutionseffekten. Individernas arbetsutbud minskar eftersom inkomsten ökar; de betalar ju mindre i inkomstskatt när patientavgifterna är höga. Visserligen ökar deras kostnader för den egna sjukvården, men det är troligt att nettoeffekten för de flesta som arbetar blir ökad disponibel inkomst för annan konsumtion än sjukvård. Det är inte orimligt att anta att dessa två effekter är ungefär lika stora. Om så är fallet blir det inte någon skillnad i det *faktiska* arbetsutbudet mellan 0-taxa och 95-taxa. Det innebär i sin tur att det inte heller för dessa grupper uppstår någon *faktisk* välfärdsvinst genom skattesänkningens effekt på resursallokeringen.<sup>56</sup>

Slutsatsen blir att Söderströms kalkyl torde innebära en överskattning av den välfärdsvinst som erhålles vid övergång från 0-taxa till 95-taxa genom ökad effektivitet i resursallokeringen till följd av den lägre skatten:

1) Sänkningen av sjukvårdskatten blir mycket mindre än vad Söderström utgår från i sin kalkyl.

2) Denna sänkning motverkas av att andra skatter måste höjas, inte bara p.g.a. den ökade belastning på den offentliga ekonomin som den minskade vårdkonsumtionen leder till, bl.a. genom ökad sjukfrånvaro, utan också för att grupper med stora vårdbehov måste kompenseras för sina ökade kostnader för den egna vårdkonsumtionen vid 95-taxa.

3) För grupper som omfattas av högkostnadsskyddet kommer detta att fungera som en skattehöjning motsvarande 10 procent av inkomsten vid 95-taxa. Detta innebär att dessa grupper får ekonomiska incitament att minska sitt arbetsutbud, vilket leder till välfärdsförluster vid 95-taxa.

4) Min kalkyl avviker inte bara från Söderströms analys, utan även från den konventionella "dödviktsanalysen", genom att jag utgår från en *social choice*-ansats, enligt vilken analysen baseras på individers preferenser mellan de *relevanta* alternativen, dvs. 0-taxa och 95-taxa. Därför är det inte tillräckligt att beakta välfärdseffekterna av de förändringar i

<sup>56</sup> Eftersom den konventionella dödviktsanalysen enbart beaktar substitutionseffekten så *överskattas* den välfärdsförlust individen drabbas av utöver själva skatten. Det senare är en mycket vanlig generell definition av dödviktskostnad. Se t.ex. Else och Curwen (1990, s 368), som betraktar dödviktskostnaden som ett mått på skattebetalarens välfärdsförlust utöver själva skattebeloppet: "...raising £1 in tax revenue produces a welfare loss to tax-payers of a greater amount..." Liknande generella definitioner är vanliga i den ekonomiska litteraturen. Se t.ex. Auerbach (1985, s 67), Buchanan (1967, s 44), Stiglitz (1997, s A5) och Sugden och Williams (1978, s 200).

arbetsutbudet som härrör från *substitutionseffekten*.<sup>57</sup> Man måste också beakta välfärdseffekterna av de förändringar i arbetsutbudet som härrör från *inkomsteffekten*. Om dessa effekter är lika stora vid en övergång från 0-taxa till 95-taxa, vilket förefaller vara ett rimligt antagande, så uppstår inte några välfärdseffekter av skattesänkningen via dess effekter på arbetsutbudet.

## 8.5 Produktivitet, effektivitet och välfärd

### 8.5.1 Inledning

Vilken relevans har effektivitet och produktivitet för välfärdsutvecklingen? På ett teoretiskt plan förefaller svaret enkelt. I den mån mer vård kan produceras med oförändrade resurser så ökar såväl produktivitet som effektivitet. Denna produktivitetsökning innebär också en ökning av välfärden i samhället, oberoende av om produktivitetsökningen inom sjukvården används till en större vårdkonsumtion, som ju kan erhållas för givna resurser, eller till en större konsumtion av andra nyttigheter än sjukvård.

I ovanstående allmänna resonemang är ”mer vård” alltid bättre än ”mindre vård”, vid lika resursutnyttjande. Med de mått på vårdkvantiteten som användes vid produktivitetsmätningar på aggregerad nivå gäller emellertid *inte* detta. Även om fler ”prestationer” produceras inom samma resursram så innebär detta inte nödvändigtvis en förbättring, lika litet som det nödvändigtvis innebär en försämring om *färre* ”prestationer” produceras inom samma resursram.

1) ”Prestationerna” kan avse delvis andra patient- och diagnosgrupper. Nya operationsmetoder, t.ex. titthålskirurgi, innebär ofta att man kan operera äldre patienter, för vilka man tidigare avstod från operation eftersom riskerna bedömdes som alltför stora. Om behandlingskosten för dessa nya patienter, eller om värdet av deras behandling, skiljer sig från övriga patientgrupper så blir produktivitetsmätningen missvisande. Detta måste alltså beaktas, oberoende av om behandlingskosten, eller värdet av behandlingen, är större eller mindre än för övriga patientgrupper. De prestationsmått som används i produktivitetsmätningar är mycket grova. I den andra ESO-mätningen, t.ex., används antal inskrivna patienter i en viss specialitet som prestationsmått för

<sup>57</sup> Det konventionella sättet att fastställa dödviktskostnaden enbart utifrån substitutionseffekten innebär att dödviktskostnadens storlek påverkas av individens preferenser för *irrelevanta* alternativ, dvs. för *andra* alternativ än de faktiska tillstånden med respektive utan skatt.

den slutna korttidsvården. Inom en specialitet behandlas många olika diagnoser, mellan vilka kostnaderna kan variera mycket starkt. Förskjutningar *inom* en specialitet mot mer kostnadskrävande diagnoser kommer därför att registreras som en produktivitetsförsämring i denna mätning även om såväl vårdkostnaderna som vårdkvaliteten för varje diagnos är oförändrad.<sup>58</sup>

2) "Matchningen" mellan vård och behov kan förändras.<sup>59</sup> En *förbättrad* matchning, där man med mindre resurser kan uppnå ett givet vårdresultat, kan, paradoxalt nog, framstå som en *minskning* av produktiviteten, enligt de vanliga mätmetoderna. Detta hänger samman med att mätningen avser kostnaden för "prestationer", t.ex. antal inskrivna patienter vid en viss klinik. Antag nu att man övergår till att behandla vissa patienter vid denna klinik i den öppna vården. Detta innebär alltså en förändring i vilka "prestationer" som utnyttjas för vården; i den öppna vården mäts "prestationerna" i antal läkarbesök. Dyliga förändringar kan, som jag skall söka visa i detta avsnitt, leda till orimliga resultat när produktivitetens utvecklingen skattas utifrån data om "prestationer". Eftersom sådana förändringar ständigt sker i sjukvården så är detta ett mycket allvarligt problem vid produktivitetmätningar inom detta område.

3) Vårdkvaliteten kan förändras. Produktivitetmätningen blir missvisande om inte detta beaktas, oberoende av om kvaliteten förbättras eller försämras.

Inte någon av de produktivitetmätningar av den svenska sjukvården som har genomförts, och som vanligen åberopas i den svenska sjukvårdsdebatten, har på ett tillfredsställande sätt beaktat dessa tre aspekter. Vid den första ESO-mätningen, Ds Fi 1985:3, beaktades inte någon av de tre aspekterna.<sup>60</sup> I den andra har man kompletterat produktivitetmätningen med en analys av hur vårdkvaliteten har utvecklats inom 29 viktiga diagnoser. Själva produktivitetmätningen är emellertid förknippad med i huvudsak samma problem som den första, även om mätmetoderna har förbättrats i flera avseenden. Man har t.ex. sökt be-

<sup>58</sup> Motsvarande gäller också den första mätningen vad gäller förskjutningar inom de olika prestationer man utgår från i denna mätning.

<sup>59</sup> Jag har diskuterat detta "matchningsproblem" vid produktivitetmätningar inom sjukvården i Granqvist (1990, ss 20-41).

<sup>60</sup> Jag har behandlat några av de problem som är förknippade med denna produktivitetmätning i Granqvist (1990, ss 89-111). Delar av denna kritik kommenteras i den andra ESO-studien (Ds 1994:22, ss 31-34).

akta åldersförändringar i patientsammansättningen, vilket inte alls gjordes i den första ESO-mätningen.<sup>61</sup>

### 8.5.2 Hur avspeglas omprioriteringen från slutet till öppen vård i produktivitetmätningarna?

Låt oss se på ett exempel på ovanstående problem. Sedan 1960 har i svensk sjukvård genomförts en mycket målmedveten omprioritering från slutet till öppen vård. År 1990 var de totala kostnaderna för den slutna korttidsvården 17 procent större än de totala kostnaderna för den öppna vården. År 1960 var motsvarande siffra 188 procent, dvs. de totala kostnaderna för den slutna korttidsvården var nästan tre gånger så stora som totalkostnaderna för den öppna vården.<sup>62</sup> Motiven för denna omprioritering kan i hög grad sägas vara just att öka produktiviteten. I den mån man kan behandla patienter med *samma* vårdresultat till *lägre* vårdkostnader i den öppna vården så bör man göra det.

Hur avspeglas då denna strävan att rationalisera vården i ESO-mätningarna? Troligen som en produktivetsförsämring, *såväl* inom den slutna *som* inom den öppna vården, *även om* man antar att de patienter som förts över från slutet till öppen vård fick lika god vård som tidigare och att deras vårdkostnader sänktes väsentligt.

Produktivitetutvecklingen mäts nämligen som förändringen i genomsnittskostnaden, i fasta priser, per inskriven patient i den slutna vården, och per läkarbesök i den öppna vården. Hur påverkades då genomsnittskostnaden per inskriven patient vid klinikerna av att patienter fördes över till öppna vården? Rimligen var det de *minst* kostnadskrävande patienterna, i en given diagnos, som kunde föras över till den öppna vården. Det måste innebära att genomsnittskostnaden i den slutna vården *ökade*.

<sup>61</sup> I den andra mätningen har sålunda gjorts en ålderskorrigering vad gäller den slutna korttidsvården.

<sup>62</sup> Dessa procenttal är beräknade på data redovisade i Ds 1994:22, s 15. Det bör noteras att dessa data bygger på två olika källor, med olika definitioner såväl av slutet korttidsvård som av öppen vård. Skillnaderna kan illustreras med år 1980, då kostnaderna för den slutna korttidsvården och den öppna vården utgjorde 45 respektive 24 procent av de totala vårdkostnaderna, enligt den ena källan (Ds Fi 1985:3, s 38), och då motsvarande siffror var 44 respektive 31 procent, enligt den andra källan (Ds 1994:24, bilagedel). Ovanstående procenttal för 1960, dvs. 188, är baserat på den förra källan, medan procenttalet för 1990, dvs. 17, är baserat på den senare källan. En skillnad är att de psykiatriska sjukhusen ingår i den slutna korttidsvården i den senare källan, men inte i den förra.

Hur påverkades genomsnittskostnaden per läkarbesök? Även om dessa patienter var mindre kostnadskrävande än de andra patienterna i den *slutna* vården så finns inte skäl att anta att de *därför* var mindre kostnadskrävande än de andra patienterna i den *öppna* vården. Snarare torde just dessa patienter ha krävt *större* resursinsatser per läkarbesök än övriga patienter i den *öppna* vården. Om så var fallet *ökade* genomsnittskostnaden *också* i den *öppna* vården.

I den första ESO-mätningen kommer denna förändring, om de överförda patienternas vårdkostnader *understiger* genomsnittskostnaden i den slutna och *överstiger* genomsnittskostnaden i den öppna vården, att avspeglas som en produktivetsförsämring, i *såväl* den slutna *som* den öppna vården. I den andra ESO-mätningen redovisas inte produktivetsutvecklingen separat för öppen och sluten vård. Effekten på den registrerade produktivetsutvecklingen för *hela* sjukvården blir emellertid negativ, såväl i den andra som i den första mätningen.

Det kan kanske ligga nära till hands att se detta problem som orsakat av att produktivetsmåttan inte beaktar förändringar i vårdkvaliteten. Detta är otvivelaktigt ett viktigt problem. Men det är viktigt att notera att problemet kvarstår *även om* samtliga patienter som förs över till den öppna vården får lika bra vård som tidigare.

Det kan också noteras att den uppmätta produktivetsförsämringen *inte* bygger på någon direkt jämförelse mellan de överförda patienternas vårdkostnader i den slutna respektive öppna vården. Förändringen registreras som en produktivetsförsämring i den slutna vården om deras vårdkostnader är lägre än genomsnittet i den slutna, *oberoende* av deras vårdkostnader i den öppna vården. På samma sätt registreras den som en produktivetsförsämring i den öppna vården om deras vårdkostnader per läkarbesök är högre än genomsnittet i den öppna vården, *oberoende* av deras vårdkostnader i den slutna vården.

Antag att alla dessa patienter får lika bra vård i den öppna vården som de tidigare fick i den slutna, och att kostnaderna för deras vård har minskat med 50 procent. Den *faktiska* produktiviteten för dessa patienters vård har alltså, genom överföringen, *ökat* med 100 procent. Detta registreras sannolikt i båda mätningarna som en *minskad* produktivitet!<sup>63</sup>

Ett konkret exempel på en patientgrupp som överförts från sluten till öppen vård är de patienter med magsår, som tidigare opererades i den

<sup>63</sup> Som tidigare noterats särredovisas inte produktivetsutvecklingen för den öppna respektive den slutna vården i den andra ESO-mätningen, men effekten på den totala produktivetsutvecklingen blir negativ. I den första ESO-mätningen kommer denna förändring att registreras som en minskad produktivitet i såväl sluten som öppen vård.

slutna vården, men som numera behandlas i den öppna vården med magsårsmediciner. Den stora förändringen vid behandling av magsårspatienterna började i mitten av 70-talet, och år 1990 hade antalet magsårsoperationer minskat med över 90 procent, från ca 5 600 till ca 500 per år (Ds 1994:22, s 87).

Hur registreras denna rationalisering i ESO-mätningarna? Låt oss se hur överföringen av en genomsnittlig patient påverkar mätningen. Prestationsvolymen i den slutna vården minskar motsvarande genomsnittskostnaden för patienterna i den slutna vården.<sup>64</sup> Antag att denna är  $X$ . Kostnaderna minskar med genomsnittskostnaden för de överförda magsårspatienterna i den slutna vården.<sup>65</sup> Antag att denna är  $Y$ .

Prestationsvolymen i den öppna vården ökar motsvarande genomsnittskostnaden för patienterna i den öppna vården multiplicerat med det genomsnittliga antalet läkarbesök för magsårspatienterna i den öppna vården. Antag att denna är  $Z$ . Kostnaderna ökar med genomsnittskostnaden för en magsårsbehandling i den öppna vården. Antag att denna är  $W$ .

Antag nu att  $X$  är större än  $Z$  och att vårdkvaliteten för magsårsbehandlingen är högre i den öppna vården än i den slutna. Under dessa förutsättningar, som alltså är mycket rimliga i detta fall, kommer effekten av denna förändring på produktivitetens utvecklingen, som den skattas i ESO-mätningarna, att *underskattas*. Underskattningen härrör alltså från att prestationsvolymen skenbart *minskar* med  $X - Z$  för varje magsårspatient som behandlas i den öppna i stället för den slutna vården. Eftersom vårdkvaliteten ökar genom förändringen så borde produktiviteten i stället ha *ökat*.

Antag vidare att förändringen innebär att totalkostnaderna minskar, dvs. att  $Y$  är större än  $W$ . Även denna förutsättning är mycket rimlig; vården för en magsårspatient är billigare i den öppna än i den slutna vården. Låt oss slutligen anta att följande olikhet gäller:

$$K(X - Z) > P(Y - W) \quad (1)$$

$K$  och  $P$  är de totala sjukvårdskostnaderna respektive den totala prestationsvolymen, som dessa är definierade i dessa produktivetsmätningar, under det år förändringen genomförs. Villkor (1) är uppfyllt om ge-

<sup>64</sup> I den första mätningen gäller denna genomsnittskostnad per inskriven patient i samma "kliniktyp", och i den andra mätningen per inskriven patient i samma "specialitet".

<sup>65</sup> Denna faktiska kostnad, som endast gäller den överförda patientgruppen, omräknas till prisnivån vid slutet av tidsperioden. Ovanstående genomsnittskostnad avser den faktiska genomsnittskostnaden för *alla* patienter i den slutna vården på respektive "kliniktyp" eller "specialitet" vid slutet av tidsperioden.

nomsnittskostnaden för de överförda magsårspatienterna i den slutna vården var *lägre* än genomsnittskostnaden för en inskriven patient i den slutna vården, *och* om genomsnittskostnaden för ett läkarbesök var åtminstone lika hög för en magsårspatient som för övriga patienter. Båda dessa förutsättningar förefaller rimliga.<sup>66</sup>

Under dessa antaganden kommer denna förändring i vården av magsårspatienterna att registreras som en *kostnadsökning* för en given prestationsvolym i ESO-mätningarna. Förändringen registreras *både* som en minskad ”prestationsvolym”, med *X - Z*, *och* som en minskad kostnad, med *Y - W*. Om villkor (1) gäller så registreras detta som en ”kostnadsökning per vägt vårdtillfälle”. Förändringen i vården av magsårspatienterna får alltså en *negativ* effekt på produktivitetens utvecklingen inom sjukvården, som denna skattas i ESO-mätningarna, *trots att vårdkostnaderna minskat, och vårdkvaliteten ökat*.

Låt oss nu se hur man i de två ESO-mätningarna menar att den registrerade kostnadsökningen för en given prestationsvolym skall vägas mot kvalitetsutvecklingen. Låt oss börja med den andra ESO-rapporten. I denna ingår en intressant studie av kvalitetsutvecklingen inom ett antal viktiga diagnoser under perioden 1960-1990, som jag tidigare har berört. Man kan emellertid ifrågasätta det sätt varpå man i rapporten menar att denna kvalitetsutveckling skall *vägas* mot resultatet av produktivetsmätningen, vilken alltså inte beaktar kvalitetsförändringar i vården. Låt oss se hur man resonerar, och vad det innebär i ovanstående konkreta fall.

<sup>66</sup> Eftersom produktivetsutvecklingen, enligt dessa mätningar, är negativ så kommer kostnaden per prestationsenhet att vara mindre än 1. Antag t.ex. att den är 0,8. Det betyder att produktiveten har minskat med 25 procent från det år då förändringen genomförs till slutet av den tidsperiod produktivetsmätningen avser. Enligt (1) måste då minskningen av prestationsvolymen, *X - Z*, vara minst 25 procent större än minskningen av kostnaden, *Y - W*. Det är rimligt att anta att kostnadsutvecklingen för dessa prestationer minst motsvarar den genomsnittliga produktivetsminskningen, dvs. 25 procent. Det är vidare rimligt att anta att behandlingskostnaden för de magsårspatienter som fördes över till den öppna vården var *mindre* än genomsnittskostnaden per inskriven patient vid den klinik eller specialitet där denna behandling tidigare genomfördes. Det var rimligen de minst kostnadskrävande patienterna som kunde föras över till öppen vård. Under dessa förutsättningar är ett *tillräckligt* villkor för att förändringen skall registreras som en kostnadsökning i dessa produktivetsmätningar att kostnaden per läkarbesök var åtminstone lika hög för magsårspatienterna som för en genomsnittlig patient i den öppna vården. Observera att det senare villkoret, givet övriga förutsättningar, är *tillräckligt*; förändringen *kan* alltså registreras som en kostnadsökning även om detta sista villkor inte är uppfyllt.

Man frågar sig om denna kostnadsökning ”per vägt vårdtillfälle” uppvägs av ökad vårdkvalitet.<sup>67</sup> Därvid undersöker man hur vården utvecklats i olika diagnoser. I ovanstående konkreta fall skulle man alltså se hur vårdkvaliteten för dessa magsårspatienter har utvecklats. Enligt ovanstående förutsättning finner man då att denna har ökat. Därefter menar man att frågan om dessa kvalitetsförbättringar ”kan anses ha varit så stora att de är väl värda en kostnadsökning per (vägt) vårdtillfälle” motsvarande den som registrerats vid produktivitetmätningen ”återstår för var och en och särskilt för den som är sjukvårdspolitiker att bedöma” (Ds 1994:22, s 142).

Antag att man vid en sådan bedömning finner att den förbättrade vårdkvaliteten *inte* uppväger denna ”kostnadsökning”. Förändringen har alltså, enligt detta resonemang, inneburit en *försämring*. Det förefaller som om förändringen av vården för magsårspatienterna innebär att man får ”mindre vård för pengarna”, då även den förbättrade vårdkvaliteten för dessa patienter har beaktats. Även om kostnaderna har minskat med  $Y - W$ , så har prestationsvolymen minskat med *ännu* mer, dvs. med  $X - Z$ . Detta resulterar i en ”kostnadsökning”, vilken inte bedöms uppvägas av den förbättrade vårdkvaliteten för magsårspatienterna.

Detta resonemang håller emellertid inte vid en närmare analys. De relevanta frågor som bör ställas är i stället:

- a) Hur har förändringen påverkat de totala sjukvårdskostnaderna?
- b) Hur har förändringen påverkat vårdkvaliteten?

Eftersom de totala vårdkostnaderna har *minskat*, med  $Y - W$ , och vårdkvaliteten har *ökat* så finns det inte skäl att fundera över om den ökade vårdkvaliteten för denna grupp uppväger den ”kostnadsökning per (vägt) vårdtillfälle”, som förändringen av vården för denna patientgrupp har inneburit. *Denna ”kostnadsökning” är irrelevant.* Det framgår av att vårdkvaliteten för magsårspatienterna har ökat och kostnaderna har minskat.

En tänkbar invändning mot detta är att produktivitetmätningens ”kostnadsökning per (vägt) vårdtillfälle” avspeglar individernas preferenser eftersom det är rimligt att anta att  $X$  och  $Z$  avspeglar individernas betalningsvilja.<sup>68</sup> Invändningen skulle alltså vara att det förhållan-

<sup>67</sup> I den andra ESO-mätningen, Ds 1994:22 och Ds 1994:24, används även termen ”vägt vårdtillfälle” som beteckning för en given prestationsvolym.

<sup>68</sup> Se Ds 1994:22, s 17, där man diskuterar problemet hur man skall beräkna produktionsvärdet (prestationsvolymen): ”Hur skall ett produktionsvärde kunna beräknas när det inte finns någon marknad och inte några priser för sjukvårdens produkter? I stället för priser finns det kostnader som visar vad samhället-



det att  $X$  är större än  $Z$  avspeglar att individerna värderar en operation i den slutna vården högre än en behandling i den öppna vården med magsårsmedicin.

Frågan är emellertid vilka individer som gör det. Knappast patienterna själva – de får ju *bättre* vård i det senare fallet. Knappast skattebetalarna, som finansierar vården – vårdkostnaderna är ju *lägre* i den öppna vården.

Det kan också noteras att denna tes – som alltså ligger till grund för den andra ESO-mätningens analys av hur den högre vårdkvaliteten skall vägas mot den lägre ”produktiviteten”, dvs. den högre styckkostnaden ”per vägt vårdtillfälle” – *inte* är förenlig med Pareto-kriteriet. Som framgick i avsnitt 8.3, är detta det mest grundläggande effektivitetskriteriet i den ekonomiska analysen. En dylik förändring kan nämligen, som i detta fall, vara en *försämring* enligt denna tes, därför att vårdkvaliteten inte bedöms uppväga ”kostnadsökningen per vägt vårdtillfälle”. Enligt Pareto-kriteriet är förändringen däremot en *förbättring*. Inte någon har fått det sämre genom denna förändring. *Både* magsårspatienterna, som fått bättre vård, *och* skattebetalarna, som fått lägre kostnader, har fått det *bättre*.

Denna tes förefaller inte heller förenlig med det ”independence”-villkor, som presenterades i avsnitt 8.3. ESO-mätningens ”kostnadsökning” kan nämligen *inte* härledas från individers preferenser mellan de *relevanta* alternativen, dvs. de sociala tillstånden före respektive efter överföringen av magsårspatienterna till den öppna vården. Det finns sålunda inte någon som drabbas av denna ”kostnadsökning per vägt vårdtillfälle”!

Samtliga ovanstående problem gäller även den första ESO-mätningen, Ds Fi 1985:3. Det hävdas att ”kvaliteten i en genomsnittligt producerad tjänst år 1980 [måste] uppfattas som dubbelt så hög jämfört med samma tjänst 1960” (op.cit., ss 167-168) för att den ojusterade negativa produktivitetens utvecklingen på i genomsnitt tre procent per år under tidsperioden 1960-1980 skall uppvägas av förbättrad kvalitet. Eftersom utvecklingen av magsårsbehandlingen började i mitten av 1970-talet så har denna utveckling även påverkat den första ESO-mätningen. Det är rimligt att anta att detta har registrerats som ökade kostnader per prestation såväl inom slutna som öppna vård i denna mätning. Som ovan visats är det orimligt att se detta som kostnadsökningar som måste vägas mot den förbättrade kvaliteten för magsårspa-

---

politikerna är villiga att betala för de olika produkterna vid olika tillfällen – i den mån de känner till kostnaderna och fattar rationella beslut. Vi använder således styckkostnaderna som implicita priser på de olika produkterna i sjukvården”.

tienterna. De totala sjukvårdskostnaderna har ju *minskat* genom denna utveckling.

Det kan slutligen noteras att samma sätt att resonera som används i ovanstående mätningar förefaller vara vanligt även i kommentarer till dessa mätningar.<sup>69</sup>

### 8.5.3 Hur avspeglas andra viktiga förändringar inom sjukvården i produktivetsmätningarna?

Under denna tidsperiod genomfördes också en rad andra förändringar än omprioriteringen från slutna till öppna vård som får motsvarande, helt missvisande, genomslag i en dylik produktivetsmätning på aggregerad nivå.<sup>70</sup> Ett exempel är alla sjukhus som rationaliserat genom att från en klinik föra över lindrigare fall till en klinik på lägre vårdnivå – även detta har i hög grad varit en prioriterad uppgift i den slutna vården under den tidsperiod ESO-mätningarna avser, dvs. att föra över patienter till ”lägsta effektiva omhändertagandenivå” – kommer *p.g.a. detta* att uppvisa *sämre* produktivetsutveckling på *båda* klinikerna om de överförda patienternas vårdkostnader på den första kliniken *understiger* genomsnittskostnaden vid denna klinik, och om deras vårdkostnader vid den andra kliniken *överstiger* genomsnittskostnaden vid den andra kliniken, vilket onekligen är rimligt att anta. Detta gäller *även om* vårdkostnaderna för de överförda patienterna därmed har sänkts, och *även om* de får lika bra vård vid båda klinikerna. I den andra ESO-mätningen uppkommer inte detta problem om patienterna registreras på samma ”specialitet” vid båda klinikerna. Om så *inte* är fallet – om det t.ex. rör sig om överföringar från en specialitet till en annan, från korttidsvård till långtidsvård, eller från slutna till öppna vård – så uppkommer problemet även i den andra mätningen.

Det finns inte någon rimlig grund för att tro att skattningsfelen till följd av olika förändringar av detta slag, dvs. mellan ”prestationer”,

<sup>69</sup> I SOU 1996:163 menar man t.ex. att den främsta invändningen mot dessa mätningar är att de inte tar hänsyn till kvalitetsutvecklingen. Man noterar att det av den andra rapporten framgår ”att kvaliteten för en rad olika behandlingar förbättrats markant sedan 1960 och att kvalitetsökningen till en del förklarar de kraftiga *kostnadsökningar per prestation* som skett under de senaste 30 åren” (op.cit., s 70. Min kursivering).

<sup>70</sup> Jag har, i Granqvist (1990, ss 99-105), diskuterat några andra exempel på förändringar, vars effekter på produktiviteten, implicit, får motsvarande orimliga genomslag vid den första ESO-mätningen.

skulle jämna ut varandra.<sup>71</sup> Däremot finns det skäl att tro att den faktiska produktivitetens utvecklingen systematiskt kommer att *underskattas*.

För det första därför att överföringen kommer att skattas som en produktivitetsminskning i den tidigare vårdformen ("prestationen") om de överförda patientgrupperna är *mindre* kostnadskrävande än genomsnittet i den tidigare vårdformen ("prestationen"), och som en produktivitetsminskning också i den nya vårdformen ("prestationen") om de överförda patientgrupperna är *mer* kostnadskrävande än genomsnittet i den nya vårdformen ("prestationen"). Som jag sökt visa ovan har viktiga sådana förändringar skett under tidsperioden 1960-1990.

För det andra därför att eventuella *faktiska* produktivitetstvinsten av dylika överföringar inte alls registreras i mätningen. Det är sant att inte heller eventuella *faktiska* produktivitetstförluster registreras, men eftersom ett viktigt skäl bakom sådana överföringar, kanske det allra viktigaste, är att man därmed åstadkommer en *faktisk* produktivitetsförbättring, "bättre vård för mindre pengar", så torde detta innebära en systematisk underskattning av sjukvårdens *faktiska* produktivitetens utveckling.

En negativ produktivitetens utveckling – fastställd i en mätning där man inte beaktat de eventuella förändringar av vården som skett vad gäller matchning mellan vård och behov för den enskilde patienten – behöver sålunda inte alls innebära att sjukvårdens *faktiska* produktivitet har minskat. En *negativ* "produktivitetens utveckling", med oförändrade sjukvårdsresurser, är därför förenlig med en *positiv* välfärdsutveckling inom sjukvården, dvs. att man fått "mer vård för pengarna", och vice versa.

Det är viktigt att notera att detta gäller *även om* inte några förändringar har skett i vårdkvaliteten. Man kan t.o.m. tänka sig, som framgick av ovanstående exempel med magsårspatienterna, att den registrerade "produktiviteten" minskar, trots att de totala vårdkostnaderna för en given vårdvolym minskar. Denna förändring innebär således att den *faktiska* produktiviteten skulle ha ökat, *även om* vårdkvaliteten hade varit oförändrad!

<sup>71</sup> För en *enskild* förändring kommer inte skattningsfelen att jämnas ut. Det framgick av ovanstående exempel, där den faktiska produktiviteten ökade, men där detta skattades som en produktivitetsminskning i *såväl* den *slutna* som den *öppna* vården.

### 8.5.4 Problemen med produktivitetmätningarna gäller inte enbart kvalitetsutvecklingen

Förändringar i matchningen mellan prestationer och behov är således svåra att hantera på aggregerad nivå, *även om* vårdkvaliteten är densamma.<sup>72</sup> Vad som krävs för en riktig produktivitetmätning av överföringar av patienter mellan olika vårdformer – från slutet till öppen vård, från korttidsvård till långtidsvård, från kliniker på högre till kliniker på lägre vårdnivå, etc. – är data om hur *vården* faktiskt förändras för dessa patientgrupper. I och för sig torde det vara möjligt att samla in sådana data, men det är givetvis förknippat med betydande svårigheter.

Ovanstående kritik skall därför inte uppfattas som en nedvärdering av dessa arbeten. Det är emellertid viktigt att identifiera, analysera och uppmärksamma även problem som ännu inte har lösts. Inte bara för att det är ett nödvändigt första steg mot en framtida lösning, utan också för att man bör vara medveten om dylika allvarliga brister i mätningarna när man tolkar resultaten.

I det senare avseendet finns skäl att vara kritisk mot den första av dessa mätningar, eftersom man inte alls berör ovanstående matchningsproblem.<sup>73</sup> Detta kan ha bidragit till att så många har uppfattat mätningen som *enbart* förknippad med problemet att man inte beaktat förändringar i vårdkvaliteten.<sup>74</sup>

<sup>72</sup> De flesta av ovanstående problem kvarstår sålunda i den andra ESO-mätningen. I den andra rapporten finns däremot en mer ingående diskussion om en rad av de problem som är förknippade med produktivitetmätningar inom sjukvården. Se Ds 1994:22, ss 28 - 43.

<sup>73</sup> I sammanfattningen hävdas att det mycket detaljerade prestationsmålet – man skiljer i mätningen av produktivitetutvecklingen under 1960-1980 vid de delade sjukhusen mellan 687 olika typer av prestationer – innebär att man i mätningen ”kunnat ta hänsyn till sådana strukturella förändringar som innebär att en viss vårdform ökar eller minskar sin andel men också sådana som visar sig i att en viss kliniktyp eller en viss sjukhuskategori ökar eller minskar sin andel av vårdproduktionen” (Ds Fi 1985:3, s 7). Den typ av problem jag redogjort för ovan blir tvärtom *större* ju *fler* typer av prestationer man utgår från vid mätningen. Allt fler av förändringarna av hur patienterna vårdas kommer rimligen därmed också att involvera förändringar från en prestationstyp till en annan.

<sup>74</sup> Detta är tyvärr ännu inte enbart ett problem för historikerna. I slutbetänkandet av ”Kommittén om hälso- och sjukvårdens finansiering och organisation” (HSU 2000) skriver man att det ”kan konstateras att produktiviteten inom sjukvården *minskade* under 1970- och 1980-talen” (SOU 1999:66, s 183. Kursivering i originalet). Här finns inte ens någon varning till läsaren om att dessa mätningar inte beaktat kvalitetsutvecklingen. Man påpekar visserligen att

Denna uppfattning avspeglas också i den andra rapporten, där det i sammanfattningen hävdas:

Sammanfattningsvis kan sägas att vi nu har vissa pusselbitar, men att flera viktiga pusselbitar ännu återstår, för att förklara varför ett land som Sverige anslår närmare en tiondel av bruttonationalprodukten till hälso- och sjukvård. En mycket stor del av förklaringen ligger i ett ökat antal vårdtillfällen per invånare, som bara till en del beror på att befolkningen har blivit äldre, samt i att styckkostnaden per vägt vårdtillfälle ökat, eller annorlunda uttryckt *att produktiviteten minskat* (Ds 1994:22, s 10. Min kursivering).

Det är missvisande att hävda att det förhållandet att ”styckkostnaden per vägt vårdtillfälle” har ökat innebär att produktiviteten minskat. Jag tänker då inte på att man inte beaktat kvalitetsförändringarna – detta problem tas upp omedelbart efter ovanstående citat – utan på de matchningsproblem jag redovisat ovan. De *faktiska* produktivitetsförbättringar som skett under tidsperioden 1960-1992 genom att patienter överförts från en typ av ”vårdtillfälle” till ett annat - från en specialitet till en annan, från slutet till öppen vård, från kliniker på högre vårdnivå till kliniker på lägre vårdnivå, från korttidsvård till långtidsvård, etc. - fångas *inte* upp i ”styckkostnaden per vägt vårdtillfälle”, varken i den första eller den andra mätningen.<sup>75</sup> Denna ”styckkostnad” torde, som framgått ovan, rentav *öka* genom sådana förändringar, trots att de faktiska vårdkostnaderna för de berörda patientgrupperna *minskar*.

I förordet till den andra ESO-rapporten hävdas att de tidigare produktivetsstudierna...

*... framför allt [kom att visa] utvecklingen av de reala styckkostnaderna – medan det inte var möjligt att ta tillräcklig hänsyn till hur kvaliteten på de producerade tjänsterna utvecklades. Om kvaliteten hade ökat så blev följden att ESO-studierna underskattade den faktiska produktivetsutvecklingen”* (Ds 1994:22, s 3. Mina kursiveringar).

---

”[m]ätningar av produktivitet, och i ännu högre grad effektivitet, är på flera punkter svårgenomförda” (op.cit.), men de problem man därvid pekar på gäller specifika problem förknippade med *andra* produktivetsmätningar, dvs. de som gjorts i samband med införande av beställar/utförar-modeller. Dessa diskuteras i avsnitt 8.6.

<sup>75</sup> I den andra mätningen kan faktiska produktivetsförbättringar vid överföring från kliniker på högre vårdnivå till kliniker på lägre vårdnivå fångas upp på ett rimligt sätt i den mån dessa kliniker avser samma specialitet. Eftersom man i denna mätning använder mycket färre prestationsmått – endast 50 mot hela 698 i den första mätningen – så torde också en högre andel av dylika förändringar avse samma prestation. Å andra sidan blir problemet med strukturella förändringar inom en given prestation, t.ex. förändringar i diagnossammansättningen, rimligen större ju färre prestationer man utgår från.

Mot bakgrund av ovanstående diskussion framstår detta som missvisande vad gäller mätningen av sjukvårdens produktivitet. De stora överföringarna av patienter från slutet till öppen vård, från kliniker på högre till kliniker på lägre vårdnivå, från korttidsvård till långtidsvård, etc., innebär ju en betydande överskattning av utvecklingen av ”de reala styckkostnaderna”. Detta leder till en *underskattning* av produktivitetens utvecklingen, även om vårdkvaliteten är oförändrad för alla patienter.

### 8.5.5 Glidningar mellan olika innebörder av produktivitet

I den aktuella sjukvårdsdiskussionen är det vanligt, även bland ekonomer, att man glider mellan olika innebörder av produktivetsbegreppet. Man hänvisar sålunda till mätningar av sjukvårdens produktivitetens utveckling, som är mycket grova och ofullständiga, t.ex. ovanstående ESO-studier, och lägger dessa till grund för slutsatser om att vi har fått mer eller mindre ”vård för pengarna”, beroende på om mätningarna innebär en positiv eller negativ produktivitetens utveckling.

Låt oss se på några exempel på dylika glidningar mellan olika innebörder av produktivetsbegreppet:

En nyutgiven ESO-rapport, Kvalitets- och produktivitetens utvecklingen i sjukvården 1960-92 [Ds 1994:22] visar exempelvis att vårdkostnaderna under den nämnda perioden steg med 235 procent i fasta priser. Samtidigt sjönk produktiviteten stadigt under så gott som hela perioden. Under tjugofemårsperioden från 1960 till 1980 sjönk sålunda produktiviteten genomsnittligen med tre procent om året. Detta innebär att alltmer resurser behövde tillföras vården för att upprätthålla en given produktion. Under 1980-talet fortsatte produktiviteten att sjunka även om takten i produktivetsminskningarna då började avta.<sup>76</sup>

I de första tre meningarna avses det grova mått på produktivitet, som användes vid ESO-mätningarna, och som jag diskuterat ovan. I den

<sup>76</sup> Södersten, Stenhammar och Segerberg (1994, s 8). I citatet hävdas att de reala vårdkostnaderna steg med 235 procent under perioden 1960-92. Denna siffra avser emellertid en något kortare tidsperiod, dvs. 1960-90. Se Ds 1994:22, s 9. Det bör också noteras att befolkningstillväxten under dessa år var 14 procent, vilket innebär att sjukvårdskostnaderna per capita endast ökade med 194 procent. Då har inte andra viktiga demografiska förändringar beaktats, t.ex. att andelen invånare äldre än 65 år har ökat från 12 till drygt 17 procent. År 1990 svarade denna grupp för ungefär hälften av de totala sjukvårdskostnaderna. Om man beaktar även detta så har kostnaden per capita ökat med mindre än 160 procent.

fjärde meningen hävdas att resultatet från den första ESO-mätningen – Ds Fi 1985:3 – dvs. att produktiviteten i den svenska sjukvården sjönk med i genomsnitt tre procent per år under tidsperioden 1960-1980, innebär att det krävdes alltmer resurser för att upprätthålla en ”given produktion”.

Denna slutsats kan man *inte* dra. Den bygger på en *teoretisk* innebörd av begreppet produktivitet, som ligger mycket långt från den som skattas i denna empiriska mätning. Det kan inte ens uteslutas att *mindre* reala resurser skulle krävas 1980 än 1960 för att ge 1960 års patienter minst lika bra vård som de fick 1960. Detta hänger samman med de problem jag redovisat ovan. Förändringar i ”matchningen” mellan vård och behov, t.ex., som i hög grad genomförts just för att öka den *faktiska* produktiviteten, kommer i mätningen att registreras som en försämrad ”produktivitet”, även om vårdkostnaderna minskar och man inte alls beaktar eventuella förändringar i vårdkvaliteten. Till detta kommer att betydande förbättringar i vårdkvaliteten har skett under denna tidsperiod.

Glidningen i ovanstående citat blir särskilt vilseledande eftersom man i den femte, och sista, meningen i citatet åter använder produktivetsbegreppet i samma innebörd som i de första tre meningarna.

Låt oss se på ett annat exempel:

Under senare år (särskilt 1992 och 1993) har produktiviteten, dvs. prestationerna i förhållande till resursinsatsen, ökat påtagligt i sjukvården, och särskilt i sjukhusvården (Arvidsson och Jönsson, 1997, s 22).

Vi visade i kapitel 1 att sjukvårdens resurser inte ökat påtagligt under 1990-talet. Ändå har sjukvårdsproduktionen ökat i stora delar av sjukvården och på en del håll ökat kraftigt. Ett annat sätt att uttrycka detta är att produktiviteten har ökat. Det har blivit mer vård för pengarna (op.cit., s 29).

Författarna menar alltså att det förhållandet att produktiviteten, ”dvs. prestationerna i förhållande till resursinsatsen”, har ökat, och att resursinsatsen inte ökat, innebär att man fått ”mer vård för pengarna”.<sup>77</sup>

<sup>77</sup> Detta uttrycks också i ett senare kapitel på följande sätt: ”Påtagliga produktivetsökningar i sjukvården de senaste åren, bland annat som ett resultat av nya incitament till vårdproducenterna, avslöjade att det fanns överskotts kapacitet i systemet som helhet, speciellt i sjukhusvården. För landstingen gav den uppenbarade produktivetspotentialen en möjlighet att göra ett strategival: strategin 'mer vård för pengarna' eller strategin 'mindre pengar för vården’” (op.cit., s 57). Man påpekar sedan att det förefaller ha varit vanligt att först ta ut produktivetsökningarna i ”ökade vårdvolymer”. Se också op.cit., s 22: ”Svensk sjukvård har på senare år varit bra på att ge 'mer vård för pengarna'. Det finns goda möjligheter att även vara framgångsrik i att ge 'lika bra vård för mindre pengar’”.

Man kan *inte* sluta sig till att den ökade produktiviteten, som den mätts, innebär ”mer vård för pengarna”, vilket författarna utgår från. Vårdkvaliteten kan ha försämrats och prestationerna kan vara mycket bristfälliga mått på vårdvolymen, för att ta två av en rad tänkbara problem förknippade med denna slutsats.

Detta gäller särskilt mätningar i samband med förändringar i ekonomistyrningen, som det här gäller. Genom en övergång till prestationsersättning får klinikerna t.ex. ekonomiska incitament att sänka kostnaderna per prestation, även om detta innebär försämrad vårdkvalitet, särskilt om kvalitetsförsämringen inte uppmärksammas och inte leder till minskad ersättning. Klinikerna får också ekonomiska incitament att öka produktionen, mätt i termer av ”prestationer”, även om denna ökning inte innebär ”mer vård”. Detta skall närmare utvecklas i avsnitt 8.6.

Det är också viktigt att notera att även om vi ”för pengarna” har fått mer ”prestationer”, som dessa mäts i produktivetsmätningarna, så kan man inte sluta sig till att detta ger ”mer vård för pengarna”. Åtminstone inte om man med *vård* menar något annat än *prestationer*. Om man med ”vård” helt enkelt menar ”prestationer” i denna mening så blir det en ren tautologi att hävda att man fått ”mer vård för pengarna” eftersom produktiviteten har ökat och den totala resursinsatsen inte har ökat. I översättning säger detta att eftersom man fått fler ”prestationer” för en viss resursinsats så har man fått fler ”prestationer” för denna resursinsats.

En tänkbar förklaring till att ekonomer ofta använder ”vård” synonymt med ”prestationer” när man diskuterar produktivetsmätningar inom sjukvården är att sådana tautologier inte låter så bra ur *språklig* synpunkt. Ett dylikt språkbruk kan emellertid leda till allvarliga fel-tolkningar. I den andra ESO-mätningen av sjukvårdens produktivets-utveckling skriver man:

*Prestationerna* vid de olika klinikerna, i öppenvården och långvården, vägs samman med vikter som anger hur kostsamma de är att producera ett visst jämförelseår. Detta *produktionsvärde* jämförs sedan med den faktiska kostnaden i samma års prisnivå. Detta anger huruvida den producerade mängden *vård* blivit dyrare än den var att producera jämförelseåret (Ds 1994:22, s 18. Mina kursiveringar).

Det sista påståendet förutsätter, implicit, att ”vård” är synonymt med ”prestationer”. Vad som sägs i citatet är därför, såvitt jag förstår, att om man jämför de reala kostnaderna för de prestationer sjukvården producerar ett visst år med de reala kostnaderna för att producera samma antal, och kombination, av prestationer ett annat år, så kan man fastställa den reala kostnadsskillnaden för att producera dessa prestationer mellan dessa år. Eftersom nog de flesta läsare utesluter att det är *detta* som



faktiskt sägs i citatet så ligger det nära till hands att tro att man med "vård" menar något *annat* än "prestationer", t.ex. vad vi *vanligen* menar med "vård".

Enligt denna produktivitetmätning är *vården* för en patientgrupp, som behandlades vid kirurgisk klinik år 1960 "dyrare" 1990 än 1960, om genomsnittskostnaden per inskriven patient vid kirurgiska kliniker är högre år 1990 än vården för denna patientgrupp var år 1960 i 1990 års prisnivå. Vården för magsårspatienter, som opererades 1960 och behandlades med magsårsmedicin i den öppna vården 1990 har blivit *billigare*. Det utesluter inte alls, som framgick ovan, att skillnaden mellan det "produktionsvärde" en magsårspatient i den slutna vården representerade år 1960 och den faktiska genomsnittskostnaden, i 1990 års prisnivå, för en magsårspatient, som behandlades i den slutna vården år 1960, är *större* än skillnaden mellan det "produktionsvärde" en magsårspatient i den öppna vården representerade år 1990 och den faktiska genomsnittskostnaden för en magsårspatient, som behandlades i den öppna vården år 1990. Om så är fallet har "den producerade mängden vård" blivit *dyrare*.

Ett dylikt språkbruk, där man glider mellan "prestationer" och "vård", som *implicit* används synonymt, kan därför leda till allvarliga feltolkningar av resultaten från dessa produktivitetmätningar.

Ett annat exempel på glidning mellan vård och prestationer finns i Arvidsson och Jönsson (1997, s 21-22). De utgår från följande kedja: kostnader – resurser – vård – effekter

De kommenterar denna på följande sätt:

Vad resurserna avkastar i form av *vårdprestationer* beror på effektiviteten i resursanvändningen. Vilken nytta *vårdprestationerna* i sin tur leder till beror på vilka effekter de har för patienterna och folkhälsan. Alla dessa steg i processen kan i hög grad påverkas. Under senare år (särskilt 1992 och 1993) har produktiviteten, dvs. *prestationerna* i förhållande till resursinsatsen, ökat påtagligt i sjukvården, och särskilt i sjukhusvården (op.cit., s 21. Mina kursiveringar).

De påpekar också att det är svårt att avgöra hur sambanden mellan vård och effekter har utvecklats. De menar att det dock står klart...

... att en inte obetydlig del av *vårdinsatserna* har ingen eller ringa medicinsk effekt. Vår bedömning är därför att det vid dagens kostnadsnivå finns en avsevärd potential för både mer och bättre *vård*, en potential som kan utnyttjas för att kompensera för minskade finansiella resurser till vården. Svensk sjukvård har på senare år varit bra på att ge "mer *vård* för pengarna" (op.cit., s 22. Mina kursiveringar).

Det kan alltså noteras att det i ovanstående kedja inte görs någon distinktion mellan "prestationer" – dvs. antal läkarbesök, antal inskrivna patienter och antal vård dagar – och "vård". Någon *explicit* analys av

sambandet mellan "prestationer" och "vård" görs därför inte. I stället framträder sambandet *implicit* genom att "vård" omväxlande tilldelas *olika* innebörder. I det första citatet tolkas "vård" genomgående som "prestationer" (eller "vårdprestationer"). I det andra citatet ges "vård" också *andra* innebörder. Det talas sålunda om "vårdinsatser" och "mer och bättre vård". I den sista meningen används emellertid termen "vård", *implicit*, som synonym till "prestationer".

Det kan slutligen noteras att i ovanstående citat (op.cit., s 21) handlar produktivitet *endast* om relationen mellan resurser och prestationer, men inte alls om relationen mellan prestationer och effekter. Detta kan tyckas naturligt eftersom definitionen av produktivitet, dvs. prestationsvolym per resursenhet, inte *explicit* innehåller någon värdering av prestationerna. Därav följer emellertid inte att man vid produktivitetmätningen kan *bortse* från förändringar i värdet av en given prestation. Åtminstone inte om man, som Arvidsson och Jönsson, tolkar resultatet av denna mätning som uttryck för om man fått mer eller mindre vård för pengarna. En grundläggande förutsättning vid produktivitetmätningar är att inga förändringar sker i prestationernas kvalitet. Om relationen mellan prestationer och effekter förändras så är *inte* detta villkor uppfyllt.

Det bör slutligen påpekas att den typ av glidningar jag här pekat på är mycket vanliga. Under 1990-talet tycks det ha blivit vanligt, inte minst bland ekonomer, att översätta "ökad prestationsvolym" med "mer vård". Den enda reservation som brukar framföras är att den medicinska vårdkvaliteten kan ha försämrats. Om det inte finns belegg för det senare så tycks man mena att "ökad prestationsvolym för en given resursinsats" innebär "mer vård för pengarna". I detta avsnitt har jag sökt visa att förändringar i "prestationsvolymen" är ett mycket bristfälligt mått på förändringar i vårdvolymen, och att man därför inte kan dra denna slutsats. Det är därför mycket viktigt att klart skilja mellan "ökad prestationsvolym" och "mer vård".

I detta sammanhang kan också noteras att ekonomer som sökt skatta hur förändringar i sjukvårdens ekonomistyrning påverkat *produktiviteten*, liksom flera ekonomer som kommenterat dessa mätningar, förefaller vara *mer* benägna att acceptera osäkerhet i skattningarna av effekterna på *vårdkvantiteten* än osäkerhet i skattningarna av effekterna på den medicinska *vårdkvaliteten*. I nästa avsnitt skall vi återkomma till detta.

## 8.6 Förändrad ekonomistyrning inom sjukvården – effekter på produktivitet och välfärd

### 8.6.1 Inledning

Det är således inte rimligt att använda de bristfälliga produktivetsmåttens ens som partiella mått på sjukvårdens bidrag till den sociala välfärden. Det hindrar inte att dessa bristfälliga mått, ”prestationer” per resursenhet, kan ha sin plats som enkla nyckeltal vid utvärderingar, där de kan ligga till grund för fördjupade analyser av orsakerna bakom förändringar i dessa nyckeltal.

Däremot blir de problem, som behandlades i föregående avsnitt, allvarliga när de bristfälliga måtten läggs till grund för ekonomistyrningen inom sjukvården. Om denna styrning påverkar verksamheten så att produktiviteten ökar, sådan den mäts med dessa bristfälliga mått, så kan styrningen få *negativa*, i stället för avsedda *positiva*, effekter på sjukvårdens effektivitetsutveckling.

I den mån utvärderingar av denna ekonomistyrning enbart bygger på liknande, eller rentav *samma*, bristfälliga produktivetsmått som ligger till grund för ekonomistyrningen, vilket förefaller vara det vanliga, kan de därför inte ge något svar på vilka välfärdseffekter som förändringarna i den ekonomiska styrningen har haft inom sjukvården, eller om den har inneburit ”mer vård för pengarna”. Även om det senare är en vanlig tolkning så kan den ifrågasättas, som jag skall söka visa i detta avsnitt. Detta gäller *även om* man bortser från de problem som ligger i att isolera effekterna av förändringen i ekonomistyrningen.

I sin slutrapport för SNS-projektet ”Nya spelregler för hälso- och sjukvården” skriver Arvidsson och Jönsson (1997) att man skapar ”incitament till produktivetsökningar” genom att göra vårdproducenter intäktsfinansierade i stället för budgetfinansierade:

Produktivetsökningar har också kommit till stånd. Det visade att svensk sjukvård hade överskotts kapacitet vad gäller sjukhusvård (op.cit., s 51).

När man ersatte budgetramar till sjukhus och kliniker med DRG-baserad ersättning per prestation ökade produktiviteten kraftigt, närmare 20 procent ett år (op.cit., s 54).

Sammanfattningsvis kan konstateras att marknadsreformer ökar produktiviteten, precis som förväntat. Frågan är om detta skett på bekostnad av kvaliteten. Det förefaller inte så. Det finns inga klara belägg för att kvalite-

ten i stort blivit lidande som en följd av införandet av marknadsmässiga styr- och finansieringssystem, i vart fall inte i medicinskt avseende.<sup>78</sup>

Man menar också att detta framför allt förefaller ha skett ”genom bättre organisation av vårdarbetet samt restriktivare provtagningar och dylikt” samt att ”[t]ydligare ekonomiskt ansvar i kombination med nya betalningsformer har bidragit till detta” (op.cit., s 22). Däremot menar författarna att ”omvårdnads kvaliteten på sina håll blivit sämre” (op.cit., s 54).

Bakgrunden till dessa ”produktivitetssökningar” är i korthet följande. Man har gått från en situation där vårdproducenternas intäkter fastställs i budgetförhandlingar till en situation där de ökar i takt med prestationsvolymen. En producent kan alltså öka sina intäkter genom att öka prestationsvolymen. Det är rimligt att anta att produktiviteten, mätt som prestationsvolym per resursenhet, kommer att öka genom en dylik förändring. Producenterna kan ju förstärka sin ekonomi *såväl* genom att öka prestationsvolymen *som* genom att sänka sina kostnader för en given prestationsvolym, t.ex. genom att skriva in fler patienter och förkorta vårdtiderna.

Författarna menar alltså att den ”produktivitetssökning” som uppmättes vid övergången till prestationsersättning visade att det fanns ”överskottskapacitet vad gäller sjukhusvård”. Som framgick av föregående avsnitt tolkar man också en dylik ”produktivitetssökning” som uttryck för att vi har fått ”mer vård för pengarna”.

Denna ”produktivitetssökning” kan emellertid inte användas som grund för dylika slutsatser. Som tidigare noterats är produktivitetmätningar inom sjukvården förknippade med mycket stor osäkerhet. Det kan t.ex. ha skett förändringar i patient- och diagnossammansättningen, i matchningen och i vårdkvaliteten.<sup>79</sup>

<sup>78</sup> Op.cit., s 54. Det kan noteras att det är missvisande, i åtminstone ett avseende, att kalla dylika system för ”marknadsmässiga”. Även om företagen på en marknad i sin interna verksamhet givetvis kan använda sig av prestationsersättning och köp/sälj-modeller så är det inte särskilt utbrett. Se t.ex. Johnson och Kaplan (1987), Olsen (1987) och Jacobsson (1994). En rimlig förklaring till detta är att sådana system vanligen inte bedöms främja företagets mål, vilket i sin tur torde hänga samman med den typ av problem som behandlas i detta avsnitt.

<sup>79</sup> Även förändringar i arbetsmiljön kan vara relevanta vid produktivitetmätningar. Gustafsson (1999, s 54) påpekar att i den mån det skett försämringar i arbetsmiljön så måste detta beaktas även vid skattningar av produktivitetstutvecklingen. Gustafsson noterar också att det inte finns någon ”empirisk forskning som kan läggas till grund för bedömningar av huruvida arbetsmiljön försämrats eller förbättrats som en konsekvens av de nya ekonomistyrningssystemen. En av de mest genomgripande sjukvårdspolitiska reformerna under mo-

## 8.6.2 Förändringar i patient- och diagnossammansättning

Förändringar i patientsammansättningen inom en ”prestation” kan ha skett så att den nya vården skiljer sig från den som tidigare gavs, t.ex. så att de nya patientgrupperna är mindre kostnadskrävande, eller att deras vård prioriteras lägre än vården för den tidigare patientgruppen. Det senare förefaller rimligt eftersom prestationsvolymen ökade. Det innebär att effekten på produktiviteten kommer att *överskattas*, om dylika förändringar inte beaktas.<sup>80</sup>

Det finns särskilda skäl att vid förändringar i ekonomistyrningen förvänta sig snabba förändringar i den registrerade diagnossammansättningen, eftersom producenterna kan få ekonomiska incitament att, där så är möjligt, välja en annan diagnos som ger högre ersättning. Sådan ”diagnosglidning” är ett i USA sedan många år känt problem med system, där producenterna ersätts med ett visst belopp för en given diagnos (DRG).<sup>81</sup> Dylik ”diagnosglidning” leder till att effekten på den faktiska produktiviteten *överskattas*.

Detta kan visas med ett enkelt exempel. Antag att en klinik behandlar lika många patienter, 100, i två olika diagnoser, *A* och *B*. Efter införandet av prestationsersättning så förs 50 av patienterna i *A* över till *B*. Klinikens ersätts med 6 000 kr och 9 000 kr för varje behandlad patient i *A* respektive *B*. Antag att denna ”diagnosglidning” är den *enda* effekten av den ekonomiska styrningen, *utöver* den effekt som är själva motivet till ”diagnosglidningen”, dvs. att kliniken ökar sina *intäkter* med  $50(9\,000 - 6\,000) = 150\,000$  kr. Klinikens *kostnader* är oförändrade, vårdkvaliteten är oförändrad, etc. Om man aggregerar prestationer-

---

den tid saknar således vetenskapligt underbyggda utvärderingar och uppföljningar av dess arbetsmiljökonsekvenser” (op.cit., s 55).

<sup>80</sup> Svensson och Garelius (1994) visar att den största delen av den betydande förkortningen av medelvårdtiderna år 1992 vid kirurgiska och urologiska kliniker i Stockholms läns landsting kan förklaras av det kraftigt reducerade antalet patienter med mycket lång vårdtid. Det senare hängde i sin tur samman med det förändrade huvudmannaskap för medicinskt färdigbehandlade patienter som Ädel-reformen innebar.

<sup>81</sup> Se t.ex. Hsia et al (1988), som studerade ett urval av 7050 journaler från över 200 sjukhus i USA med DRG-baserad ersättning. För 21 procent av vårdtillfällena bedömdes att DRG-vikten var felaktig. Av dessa felaktigt klassificerade vårdtillfällen var 62 procent till sjukhusens fördel. Nettoeffekten av samtliga fel var att sjukhusen fick alltför hög prestationsersättning. Se även Hou-chens och Conklin (1988) samt Carter, Newhouse och Relles (1990).

na efter ersättningen så blir prestationsvolymen *före* förändringen:

$$(100 * 6\ 000) + (100 * 9\ 000) = 1\ 500\ 000$$

Prestationsvolymen efter förändringen:

$$(50 * 6\ 000) + (150 * 9\ 000) = 1\ 650\ 000$$

Hela denna skillnad i prestationsvolym, dvs. 150 000, beror på ”diagnosglidningen”. Eftersom allt annat är oförändrat så är också den *faktiska* produktiviteten oförändrad. I *skattningen* av prestationsersättningens effekt på produktiviteten kommer det emellertid att framstå som om produktiviteten har *ökat* med tio procent. Det är tydligt att detta inte kan tolkas som att man fått ”mer vård för pengarna”.

Liknande, för effektiviteten och den *faktiska* produktiviteten irrelevanta, ökning i prestationsvolymen kan förväntas eftersom klinikerna blir mer noggranna vid registrering av patienter eller ändrar praxis vid registrering av patienter.<sup>82</sup>

En slutsats av detta är att de uppmätta effekterna på produktiviteten under de första åren efter införande av prestationsersättning torde innebära en överskattning av den *faktiska* produktivitetsutvecklingen.

Det kan kanske tyckas att dessa problem inte är så allvarliga. De innebär givetvis problem vid tolkningen av produktivetsmätningen, men när väl klinikerna har gjort dylika anpassningar till prestationsersättningen så kan det förefalla som om dylik diagnosglidning inte innebär något större problem.

Dylika glidningar kan emellertid ha en allvarlig demoraliserande effekt, eftersom skillnader i diagnosglidning påverkar fördelningen av resurser mellan klinikerna. Kliniker som i hög grad utnyttjar diagnosglidning får såväl bättre ekonomi och högre ”produktivitet”, samtidigt som detta rimligen också minskar den genomsnittliga ersättningen per prestation. Detta drabbar andra kliniker, som därmed tvingas till liknande anpassningar.

Denna demoralisering kan öppna för *andra* typer av anpassningar till ekonomistyrningen, som *inte* är engångsproblem. Även *reella* förändringar i behandlingspraxis kan genomföras så att man behandlar i fall, där man egentligen borde ha avstått.<sup>83</sup> Även detta innebär naturligtvis problem vid produktivetsmätningen, eftersom dylika behand-

<sup>82</sup> Törnqvist (1999, s 33) noterar detta, och exemplifierar med att ”patienter som varit inlagda över natten på intagningsavdelningar, akutmottagningar eller intensivvårdsavdelningar och som sedan skrivs ut” tidigare registrerades i den öppna vården, men i den slutna efter att prestationsrelaterad ersättning införts.

<sup>83</sup> Se t.ex. Anell (1994, s 28), som noterar att detta kan bli en effekt av prestationsbaserad ersättning.

lingar vid mätningen tillmäts samma vikt som alla andra behandlingar av samma typ, dvs. även sådana som är mycket motiverade.

Dylika anpassningar är allvarligare, eftersom de inte bara påverkar resursfördelningen mellan klinikerna, och leder till överskattningar av produktiviteten, utan även leder till ett *sämre* resursutnyttjande i sjukvården, dvs. motsatsen till det grundläggande syftet bakom prestationsersättningen.<sup>84</sup> De leder också till *permanent* överskattningar av produktivitetens utvecklingen. Det finns också en allvarlig risk att dylika anpassningar inte identifieras som de allvarliga effektivitetsproblemen de faktiskt är eftersom de inte framstår som några problem vid gängse produktivetsmätningar. Kliniker som i hög grad gör dylika anpassningar kommer tvärtom att uppvisa *bättre* utveckling av "produktiviteten" än andra kliniker.

Hur stora är dessa problem? I en enkätundersökning hösten 1992 av drygt 300 läkare vid fem sjukhus i Stockholm angav ungefär hälften av läkarna, inom invärtesmedicin och kirurgi, att de "ganska ofta" eller "enstaka gång" tar hänsyn till ersättningsnivån vid diagnossättningen (Forsberg och Calltorp, 1993).

Det är givetvis svårt att fastställa hur stor överskattningen vid produktivetsmätningen blir p.g.a. dylika problem.<sup>85</sup> Varje dylik föränd-

<sup>84</sup> Hemlin och Lind (1993) noterar att det i den kliniska verksamheten finns "gråzoner" inom vilka förskjutningar kan göras. De ger ett konkret exempel på detta problem: "Otosalpingit med vätska bakom trumhinnan är en vanlig orsak till tillfällig hörselnedsättning hos barn. En behandling är att sätta in ett litet plaströr genom trumhinnan varvid hörseln förbättras. Ersättning utgår. Enligt modern uppfattning kan antalet plaströrsoperationer minskas utan men för patienten. Då varje reduktion av antalet operationer leder till minskade inkomster motverkas på lång sikt mer kostnadseffektiva rutiner. Indikationen för att lägga in rör kan formuleras olika: 'Rör läggs in om det är uppenbart nödvändigt'. Eller 'Rör läggs in om det inte är uppenbart fel'. Skillnaden i formuleringen betyder miljoner i ersättningar" (op.cit., s 2360). Nya behandlingsmetoder, som t.ex. tithålskirurgi, innebär ofta dramatiska öknings av antalet patienter som kan komma ifråga för behandling. Om klinikerna har ekonomiska incitament att öka prestationsvolymen kan detta leda till ett betydande överutnyttjande, som inte bara ökar kostnaderna utan även kan innebära negativa hälsoeffekter genom ökad förekomst av iatrogena skador.

<sup>85</sup> I en mätning av produktivetsutvecklingen i Stockholms läns landsting i samband med införande av prestationsersättning menar Jonsson (1996, s 42) att det i regel inte förefaller ha uppkommit några sådana problem. Denna slutsats bygger emellertid inte på någon empirisk undersökning, utan endast på att det inte finns några belägg för hur allvarliga dessa problem är för produktivetsmätningen. Mot bakgrund av att det finns en rad empiriska undersökningar, inte bara från Sverige och Stockholm, som påvisar förekomsten av dylika problem, så kan man därför inte utesluta att dessa problem kan innebära betydande över-

ring vid registreringen av patienter leder till en överskattning av prestationsvolymen. Överskattningen av produktiviteten till följd av detta motsvarar, om produktiviteten enligt mätningen har ökat, mer än den procentuella överskattningen av prestationsvolymen. Om den senare utgör tio procent så blir alltså överskattningen av produktiviteten mer än tio procentenheter.

Klinikerna får, genom prestationsersättningen, starka ekonomiska incitament att öka produktionen. Detta gäller inte minst i ett DRG-baserat system, som ju bygger på genomsnittskostnaderna. Eftersom klinikernas kostnader för en ökad produktion endast ökar med de *rörliga* kostnaderna så kan ersättningen väsentligt överstiga dessa kostnader, eftersom ersättningen även inkluderar de *fasta* kostnaderna, som ju *inte* ökar.

Dessa starka ekonomiska incitament att öka prestationsvolymen leder till ett problem som diskuterades i avsnitt 8.4.3.2. Klinikernas benägenhet att prioritera och ransonera vården kan därmed minska, inte minst för kliniker som eljest drabbas av budgetunderskott. Detta blir ett problem i produktivitetmätningen, eftersom den ökade produktionen registreras som en ökad prestation med lika högt värde som alla andra prestationer av samma typ. Även detta är ett problem som, av liknande skäl som ovanstående diagnosglidning, inte är så lätt att uppskatta storleken av.

Det kan noteras att båda dessa typer av problem leder till ökad prestationsvolym, sådan denna registreras i produktivitetmätningen. Om vi bortser från dessa problem finns knappast skäl att förvänta sig att klinikernas ekonomiska incitament generellt skulle leda till ökad prestationsvolym, snarare än minskade totalkostnader. Det vanliga mönstret är emellertid att prestationsvolymerna ökat, *inte* att totalkostnaderna har minskat. Detta antyder att ovanstående problem kan innebära en betydande överskattning av den faktiska produktivitetutvecklingen i de landsting som infört prestationsersättning, och som uppvisar stora ökning av prestationsvolymen.

---

skattningar av produktivitetutvecklingen. I sina avslutande kommentarer pekar Jonsson på ”de speciella risker för diagnos- och indikationsglidning (dvs. överbehandling), som DRG-prissättning är förknippad med” (op.cit., s 107).



### 8.6.3 Förändringar i matchning och den snäva informationsgrunden vid ekonomistyrning och produktivitetmätning

Låt oss se på en annan typ av problem. Det vanligaste argumentet för ekonomistyrning med prestationsersättning är att klinikerna ges ekonomiska incitament till förbättrad resurshushållning. Ett grundläggande problem, såväl vid ekonomistyrning och prestationsersättning som vid aggregerade produktivitetmätningar, där sådana system utvärderas, är den bristfälliga *informationsgrunden*. Produktiviteten mäts som relationen mellan prestationsvolym och kostnader, t.ex. genomsnittskostnaden per behandlad patient i en viss diagnosgrupp. Kärnan i sjukvården är den ”matchning” jag berörde i föregående avsnitt, dvs. ”rätt vård till rätt patient”. Denna matchning kan sägas vara sjukvårdspersonalens viktigaste uppgift. Om man vid produktivitetmätningen inte beaktar förändringar i denna matchning så kan mätningen bli mycket missvisande. Av samma skäl kan den förändrade ekonomistyrningen ge helt orimliga ekonomiska incitament.

Problemet kan belysas med ett enkelt exempel. Antag att en klinik under en tidsperiod behandlar lika många patienter, 100, i två olika diagnoser, *A* och *B*. Genomsnittskostnaderna för *A* och *B* är 5 000 kr respektive 20 000 kr.

Kliniken har nu kommit på en metod att skilja ut hälften av *B*-patienterna som, med lika gott vårdresultat, i stället kan behandlas med *A*. Varje *B*-patient måste undersökas, vilket kostar 2 500 per patient. Kostnaden för metoden är alltså  $(100 * 2\,500) = 250\,000$  kr. Genom denna metod kan man alltså sänka klinikens behandlingarkostnader med  $50(20\,000 - 5\,000) = 750\,000$  kr. Metoden innebär alltså att de totala kostnaderna minskar med 500 000 kr. Inga andra förändringar sker på kliniken; såväl övriga kostnader som vårdkvalitet är oförändrade.

Låt oss först se vilka ekonomiska incitament prestationsersättningen ger kliniken att införa en dylik metod. Denna ersättning är kopplad till genomsnittskostnaderna vid *samtliga* kliniker för respektive behandling. Låt oss anta att 5 000 respektive 20 000 motsvarar klinikernas genomsnittskostnader för *A* respektive *B*, och att detta är den ersättning klinikerna får för respektive behandling, såväl före som efter förändringen.

Genom metoden minskar *kostnaderna* med 500 000 kr. *Ersättningen* till kliniken minskar emellertid med 15 000 kr för varje patient man för över från *B* till *A*, dvs. med totalt  $50(20\,000 - 5\,000) = 750\,000$  kr. Kliniken har således ekonomiska incitament att *inte* införa en dylik metod. Den skulle ju innebära en förlust för kliniken på 250 000 kr.

Låt oss nu se vilka effekter denna förändring får på ”produktiviteten”, som den skulle mätas enligt de vanliga mätmetoderna.

Prestationsvolym före förändringen:

$$(100 * 5\ 000) + (100 * 20\ 000) = 2\ 500\ 000\ \text{kr}$$

Prestationsvolym efter förändringen:

$$(150 * 5\ 000) + (50 * 20\ 000) = 1\ 750\ 000\ \text{kr}$$

Vi antar alltså att prestationsvolymen aggregeras med genomsnittskostnaderna som vikter. Klinikens totala kostnader var  $(100 * 5\ 000) + (100 * 20\ 000) = 2\ 500\ 000$  kr före förändringen, och  $(150 * 5\ 000) + (50 * 20\ 000) + (100 * 2\ 500) = 2\ 000\ 000$  kr efter förändringen. Kostnaderna var alltså lika stora som prestationsvolymen före förändringen, men 250 000 kr *större* än prestationsvolymen efter förändringen. ”Kostnaden per vägt vårdtillfälle” *ökar* därmed från 1 till 1,14. ”Produktiviteten”, enligt de vanliga mätmetoderna, minskar med 12,5 procent.<sup>86</sup>

Det är emellertid uppenbart att ovanstående metod verkligen bidrar till förbättrad resurshushållning. Med metoden åstadkommer kliniken ”lika mycket vård för mindre pengar”, dvs. en *verklig* produktivitetsökning. Eftersom kostnaderna minskar från 2 500 000 kr till 2 000 000 kr så innebär metoden att klinikens kostnader *minskar* med 20 procent. Den faktiska produktiviteten *ökar* med 25 procent.

Metoden innebär alltså att kliniken kan ge lika mycket vård till 20 procent lägre kostnader. Trots detta så ger förändringen i ekonomistyrningen, som just är motiverad av att öka de ekonomiska incitamenten att ge ”mer vård för pengarna”, inte ekonomiska incitament att införa denna metod. Tvärtom får kliniken ekonomiska incitament att *inte* införa metoden. Om man skulle göra det så drabbas man av ett underskott på 250 000 kr. Dessutom kommer kliniken att framstå som ineffektiv – i motsats till ovanstående klinik, t.ex., som genom diagnosglidning *ökade* produktiviteten med 10 procent – eftersom ett införande av metoden, enligt de vanliga mätmetoderna, innebär att produktiviteten vid *kliniken* minskar med 12,5 procent. Detta skall ställas mot förändringen av den *faktiska* produktiviteten, som alltså *ökar* med 25 procent, medan den är *oförändrad* vid ovanstående klinik som utnyttjade ”diagnosglidning”!

<sup>86</sup> Eftersom ”produktiviteten” definieras som prestationer per resursenhet så minskar denna med 12,5 procent i detta fall, även om ”kostnaden per vägt vårdtillfälle” ökar med 14 procent.

### 8.6.4 Hur påverkas vårdkvaliteten?

Det är vanligen svårt att mäta förändringar i vårdkvaliteten, inte minst den medicinska vårdkvaliteten. I en klassisk analys av sjukvårdens välfärdsekonomi menar Arrow (1963b) rentav att osäkerheten om vårdkvaliteten, och det faktum att denna osäkerhet är ojämnt fördelad mellan producent och konsument, är det mest grundläggande hindret för att skapa fungerande sjukvårdsmarknader. Denna osäkerhet innebär att kvalitetsaspekterna sällan beaktas på ett tillfredsställande sätt vid produktivitetmätningarna.

Det innebär också att försämringar i vårdkvaliteten mycket väl kan förekomma trots att några sådana inte har påvisats. Inte minst det senare är viktigt att hålla i minnet när man tar del av ovanstående resonemang kring produktivitetmätningarna, där det noteras att ”inga klara belägg [finns] för att kvaliteten i stort blivit lidande som en följd av införandet av marknadsmässiga styr- och finansieringssystem”.<sup>87</sup> Det förhållandet att man i högre grad kunnat påvisa försämringar i omvårdnadskvalitet än i medicinsk vårdkvalitet kan sålunda bero på att den senare är mycket svårare att mäta.<sup>88</sup>

För att belysa svårigheterna kan noteras att även om antalet anmälda skador inom sjukvården ökar så behöver inte detta bero på att vårdkvaliteten har försämrats.<sup>89</sup> Det kan också bero på att benägenheten att rapportera skador har ökat, att man genomför operationer på allt äldre patienter, etc. Och *även om* man kan visa att vårdkvaliteten generellt

<sup>87</sup> Arvidsson och Jönsson (1997, s 54). Detsamma gäller när man hänvisar till ”bedömare” som hävdar att 75 procent av sjukvården ”inte har påvisbar effekt på hälsan” (op.cit., s 59).

<sup>88</sup> Detta är också en viktig invändning mot argumentationen i de studier som, som framgick i avsnitt 8.2, åberopades som vetenskapligt stöd för höjda patientavgifter. Det är nämligen ett genomgående mönster att sådana höjningar reducerar konsumtionen, särskilt bland grupper med begränsade ekonomiska resurser. I Söderström (1991), t.ex., tolkas det förhållandet att man endast i några studier har lyckats påvisa försämringar i patienternas hälsotillstånd - för övrigt särskilt just för grupper med låga inkomster - till följd av kraftigt höjda patientavgifter, som att en minskning av vårdkonsumtionen med 30 procent kan ske ”utan att personerna får en påtagligt sämre hälsa” (op.cit., s 48) och att det inte är orimligt att se en sådan minskning som ”en ren effektivisering av resursallokeringen i samhället” (op.cit., s 53). Söderström har endast två reservationer: 1) De använda hälsomåtten kan vara alltför grova. 2) Observationstiden (5 år) kan vara för kort. Se också avsnitt 8.4.3, där jag närmare diskuterar denna analys.

<sup>89</sup> Att antalet anmälda skador har ökat framgår av bl.a. Bäck och Gröjer (1994) och Charpentier och Samuelsson (1999) (se nedan).

har försämrats så återstår att visa att denna försämring beror på ovanstående förändringar i den ekonomiska styrningen.

Min poäng är alltså att det är *svårt* att fastställa dylika samband. Jag menar *inte* att det inte kan finnas samband. Enligt min mening är det ungefär lika rimligt att förvänta sig försämringar i vårdkvaliteten som att förvänta sig förbättringar i "produktiviteten" i ovanstående mening. Om kvalitetsförsämringar har skett innebär mätningarna en *överskattning* av effekten på produktiviteten.

Det kan noteras att Arvidsson och Jönsson ställer *större* krav på "klara belägg" vad gäller effekterna på den medicinska *vårdkvaliteten* än vad gäller effekterna på *vårdkvantiteten*. Som framgått är produktivetsmätningar, på aggregerad nivå, inom sjukvården förknippade med mycket stor osäkerhet. Det framgick av föregående avsnitt att man, trots detta, tolkar resultaten från dessa som uttryck för att man har fått "mer vård för pengarna". Till detta kommer, som ovan noterats, svårigheten att isolera effekterna av förändringarna i ekonomistyrningen. Det är knappast rimligt att ställa *högre* krav på belägg vad gäller effekterna på *vårdkvaliteten* än på *vårdkvantiteten*. Om man ställer dessa höga krav på belägg vad gäller effekterna på *vårdkvantiteten* så kan man knappast säga något om dessa heller. Om man ställer *samma* krav på belägg vad gäller effekterna på den medicinska *vårdkvaliteten* så kan man peka på flera studier som visar på försämringar.

Låt oss i korthet se på två studier. Bäck och Gröjer (1994) utnyttjade data från patientförsäkringsregistret, och Landstingsförbundets attitydundersökning av svenska folkets erfarenheter och inställning till sjukvården, för att undersöka skillnader i vårdkvalitet mellan Stockholms läns landsting, med beställar/utförarorganisation, och en kontrollgrupp av 14 landsting utan sådan organisation. Såväl anmälda som ersatta skador ökade mer bland Stockholmspatienterna än i kontrollgruppen. Vidare hade patienterna i Stockholms läns landsting mindre förtroende för sjukvårdens kvalitet jämfört med kontrollgruppen. Charpentier och Samuelsson (1999) visar att antalet anmälningar rörande tyngre vårdfall, samt allvarliga skador och tillbud i vården ökade under 1992-1996 i Stockholms läns landsting, dvs. de första åren med beställar/utförarorganisation.

Givetvis är dessa resultat svårtolkade. I båda studierna pekar författarna t.ex. på osäkerheten om i vilken mån resultaten avspeglar en ökad benägenhet att göra anmälningar. Det kan emellertid noteras att osäkerheten i tolkningarna av resultaten vad gäller effekterna på *vårdkvantiteten*, om man ställer rimliga krav också på detta mått, knappast är *mindre*.

### 8.6.5 Avslutande kommentarer

Av ekonomiska resonemang förefaller det ibland självklart att produktiviteten ökar om man inför prestationsersättningssystem. Detta är emellertid, som jag har sökt visa, inte alls självklart. Det bör noteras att min genomgång är avgränsad till problem som dylika system *skapar* och som också leder till felskattningar av produktivitetens utvecklingen vid gängse mätningar. Ett grundläggande motiv bakom denna avgränsning är att ekonomers bidrag till sjukvårdsdiskussionen under 1990-talet i alltför liten utsträckning har behandlat dessa problem. Man har vanligen lyft fram problem som *löses* genom dylika system. Man har t.ex. i hög grad betonat att kostnadsmedvetandet hos sjukvårdspersonalen har ökat.

Ovanstående genomgång är på intet sätt uttömmande. Till ovanstående kan läggas att sådana system är förknippade med administrativa merkostnader, som kan röra sig om flera procent av de totala vårdkostnaderna.<sup>90</sup> Vidare kan man peka på att de enkla ekonomiska resonemangen är vilseledande genom att de vanligen endast fokuserar hur resurshushållningen påverkas för en isolerad vårdenhet, t.ex. en klinik. Detta är otillräckligt eftersom kliniken också påverkas av *andra* vårdenheter. Därför blir dylika resonemang grovt missvisande när det finns starka interdependenser mellan enheterna. Detta kan leda till ett problem, som brukar kallas för "fångarnas dilemma". Även om det för varje enskild klinik framstår som bäst att inte samarbeta med andra kliniker, så kan resultatet av det minskade samarbetet bli en ökad kostnad och/eller försämrad vård vid *alla* kliniker.<sup>91</sup> Dylika effekter beaktas *inte alls* i sådana enkla ekonomiska resonemang.

Man kan också peka på ett annat problem med ersättningssystemets effekter, vilket kan vara mycket allvarligt, även om det sällan behandlas i ekonomiska analyser av ekonomiska styrsystem. *Förstärkande* av

<sup>90</sup> Se bl.a. Glennerster och Le Grand (1995) och Light (1997). Dessa merkostnader gäller inte bara sjukvårdens redovisning och interndebitering utan också utarbetande av underlag, genomförande av förhandlingar, uppföljning av vårdavtal, marknadsföring, etc. Det förhållandet att sjukvårdsproducenterna vanligen inte explicit kompenseras för dylika merkostnader betyder givetvis inte att de inte skulle finnas. Det bör också noteras att dessa merkostnader inte enbart avser fler administrativa tjänster utan även att vårdpersonalens arbete i ökad utsträckning gäller administrativa uppgifter och att kvaliteten på dessa tjänster kan försämrans genom en ökad belastning på den administrativa personalen.

<sup>91</sup> Se t.ex. Brorström och Edlund (1994) som noterar att beställar/utförarstyrning kan försvåra önskvärda strukturella förändringar, trots att det finns allvarliga finansiella problem i hela organisationen, eftersom sådana inte får nödvändigt stöd från de enheter som är framgångsrika i detta styrsystem.

ekonomiska incitament att främja organisationens mål kan *försvaga* andra, icke-ekonomiska, incitament. Detta utvecklas närmare i nästa avsnitt.

## 8.7 Hypotetiska och faktiska ekonomier

Ekonomiska resonemang innehåller ofta utsagor om en hypotetisk ekonomi, en modell, som bygger på en rad förutsättningar, t.ex. att aktörernas val är rationella i konventionell ekonomisk mening och att dessa val inte är förknippade med några externaliteter. I vetenskapliga rapporter gäller slutsatserna ofta sådana hypotetiska ekonomier snarare än faktiska ekonomier. Ett skäl är att den senare typen av slutsatser är förknippade med stor osäkerhet. Någon sådan osäkerhet finns emellertid inte för utsagorna om den *hypotetiska* ekonomin. Givet de förutsättningar som denna bygger på, uttrycker utsagorna ofta rent logiska sanningar.

Det måste emellertid noteras att även om något kan hävdas om den *hypotetiska* ekonomin så följer inte att detta kan hävdas också om den *faktiska* ekonomin. Den hypotetiska ekonomin bygger på en rad förutsättningar som inte alltid är uppfyllda i den faktiska ekonomin. I den mån kunskap om faktiska ekonomier eftersträvas så är det inte tillräckligt att få svar på frågan vad som gäller i hypotetiska ekonomier. Man måste också besvara frågan om det som gäller i den hypotetiska ekonomin också gäller i den faktiska.

De ekonomiska resonemang de flesta människor kommer i kontakt med, t.ex. via massmedia, och som direkt ligger till grund för politiska och administrativa beslut, t.ex. i utredningar och konsultrapporter, innehåller utsagor om både *faktiska* och *hypotetiska* ekonomier.

Ett problem med dessa resonemang är att man inte alltid gör en tydlig distinktion mellan dessa två typer av utsagor. Resonemangen blir därmed vilseledande. Läsaren förleds att dra den felaktiga slutsatsen att en utsaga om en *faktisk* ekonomi är korrekt eftersom den är korrekt som utsaga om en *hypotetisk* ekonomi.

Låt oss konkretisera detta med två exempel, avseende konsumtion respektive produktion av sjukvård:

Exempelvis ökar effektiviteten i konsumtionen om möjlighet ges att välja förlossningsklinik eller husläkare vid samma kostnad. Om konsumenterna tilldelas en speciell producent blir konsumtionen inte effektiv, utom i det fall att tilldelning gjorts så att ingen skulle vilja byta.

Ökade valmöjligheter inom sjukvården kan således motiveras med att det ökar effektiviteten i konsumtionen även om konsumenten inte betalar det fulla priset. Förutsättningen är dock att alternativen kostar lika mycket.

Detta kan organiseras exempelvis genom att patienten erhåller en faktisk eller fiktiv ”voucher”.<sup>92</sup>

Detta resonemang är inte grundat på några empiriska studier. Det är helt hypotetiskt, och avser vad som skulle ha blivit följden av ett införande av dylik valfrihet *om* en rad villkor är uppfyllda, bl.a. att patienternas val är rationella i konventionell ekonomisk mening, dvs. att var och en väljer det alternativ som maximerar den egna nyttan, och att valen inte är förknippade med några externaliteter. Som tidigare framgick, t.ex. i avsnitt 8.4.2, är dessa villkor knappast uppfyllda i sjukvården. En avgörande fråga är då vilken relevans detta *hypotetiska* resonemang har för hur införandet av dylik valfrihet *faktiskt* påverkar effektiviteten.

Denna fråga ställs emellertid inte, inte heller klargörs distinktionen mellan den *hypotetiska* och den *faktiska* tolkningen, vilket innebär att citatet kan bli vilseledande. Det kan tolkas så att man på ett enkelt sätt kan öka effektiviteten i ovanstående mening. Genom att införa dylik valfrihet så skulle alla patienter få det bättre utan att någon annan får det sämre.

Tyvärr är det inte så enkelt. Det är sant att konsumtionen skulle vara effektiv, i ekonomisk-teoretisk mening, *om* en rad villkor vore uppfyllda. Eftersom dessa villkor knappast är uppfyllda i sjukvården så kan påståendet vara *falskt* i den faktiska tolkningen, även om det är *korrekt* i den hypotetiska. Som ovan nämnts torde sjukvårdskonsumtion vara förknippad med externaliteter; individer har preferenser för andras sjukvård. Det politiska stödet för en offentlig sjukvård torde i hög grad bygga på att sådana preferenser finns hos den stora grupp som betalar mer i skatt än man erhåller i subventioner av den egna vården. I avsnitt 8.4 sökte jag visa att effektivitetsanalysen blir orimlig och inkonsistent när den *enbart* baseras på individers preferenser för den egna vården.

Mot denna bakgrund framstår det också som otillräckligt att, som i ovanstående citat, enbart se till kostnaden för de olika alternativen. Eftersom skattebetalarna också har preferenser för hur sjukvårdsresurserna används, inte *bara* vad gäller den egna vården, så måste också dessa preferenser beaktas när man bedömer hur ökade valmöjligheter påverkar effektiviteten. Detta gäller alltså *även om* effektivitet definieras utifrån individernas preferenser, vilket, som framgick av avsnitt 8.3, är den vanliga definitionen i ekonomisk litteratur.

En annan fråga är om det är *önskvärt* att öka effektiviteten i ovanstående mening. Det kan tyckas självklart att om en åtgärd leder till att några får det bättre, och inte någon får det sämre, så innebär detta en otvetydig förbättring. En avgörande fråga är emellertid vad som menas

<sup>92</sup> Jönsson (1994, s 15); även i Arvidsson och Jönsson (1997, s 64).

med ”bättre”. Om man t.ex. menar att det förhållandet att patienten väljer klinik *A* framför *B* är *liktydigt* med att *A* är bättre än *B* för patienten, (ovanstående citat kan också tolkas på det sättet), så kan hävdas att en ökad effektivitet i *denna* mening inte nödvändigtvis är önskvärt.<sup>93</sup> Patienterna kan t.ex. göra felbedömningar i sina val.<sup>94</sup> Det kan också finnas externaliteter så att det tillstånd som följer när alla valt sin bästa klinik inte blir effektivt i den meningen att inte någon kan få det bättre utan att någon annan får det sämre.

Det framgick också av avsnitt 8.4 att en sådan effektivitetssyn kan komma i konflikt med målet att främja en sådan utveckling och fördelning av sjukvårdens resurser att alla individers behov tillgodoses på lika villkor.<sup>95</sup>

Låt oss se på ett annat exempel från samma artikel, där resurshushållningen inom sjukvårdsproduktionen diskuteras. Det påpekas att resurserna traditionellt har fördelats genom ”administrativa processer”:

Under senare år har man dock blivit medveten om att denna fördelningssprincip är förenad med en mängd nackdelar. Några incitament att hushålla med kapitalet har inte funnits hos de producerande enheterna. Snarare har incitamenten varit att begära så mycket som möjligt (Jönsson, 1994, s 7).

Utsagan om de bristande incitamenten kan tolkas på två olika sätt. För det första kan den tolkas som en utsaga om den *faktiska* ekonomin. För det andra kan den ses som en utsaga om en *hypotetisk* ekonomi, där vissa villkor är uppfyllda, t.ex. att ”de producerande enheterna” är rationella i konventionell ekonomisk mening.

Det är oklart hur ovanstående utsaga skall tolkas. Det kan noteras att den, i en hypotetisk tolkning, förefaller korrekt. Per definition skulle en aktör, som är rationell i konventionell ekonomisk mening, ha incitament att hushålla effektivt endast om det finns *ekonomiska* incitament att göra det. Eftersom det inte har funnits ekonomiska incitament så

<sup>93</sup> Det kan noteras att om ett tillstånd definieras som ”effektivt” om var och en valt den vårdgivare vid samma kostnad man vill ha, så blir det en ren tautologi att hävda att effektiviteten ökar ”om möjlighet ges att välja förlossningsklinik eller husläkare vid samma kostnad.”

<sup>94</sup> Dylik valfrihet kan motiveras av *andra* skäl än att den främjar effektiviteten. En ökning av patients valfrihet kan t.ex. motiveras med att individer bör involveras i alla viktiga beslut som berör dem själva. Detta argument diskuterades i avsnitt 8.4.2. Ovanstående diskussion gäller i vilken mån dylik valfrihet ökar effektiviteten, i en viss mening, och i vilken mån det är önskvärt att öka effektiviteten i denna mening.

<sup>95</sup> Jag har tidigare diskuterat problem förknippade med s.k. ”voucher”-system inom sjukvården med utgångspunkt från en sådan precisering av sjukvårdens grundläggande mål (Granqvist, 1987, ss 39-86).



följer att aktörerna inte skulle haft incitament att hushålla, om de vore rationella i ovanstående mening.

I den *faktiska* tolkningen, å andra sidan, är utsagan troligen *inte* korrekt. Aktörernas resurshushållning kan t.ex. påverkas av normer och regler; inom sjukvården är t.ex. professionella normer och regler viktiga för personalens handlande.<sup>96</sup> Som patient förlitar man sig vanligen på det. Även om man är lika okunnig om bilar som om medicinska behandlingsmetoder så är man nog mer benägen att följa läkarens råd än bilförsäljarens.

Vidare kan resurshushållningen påverkas av etiska hänsynstaganden; i en situation där det inte är möjligt att tillgodose alla patienters behov inom ramen för befintliga resurser kan en ineffektiv resurshushållning betraktas som oetisk. Den leder till att färre patienter än möjligt får vård. Även om aktörerna inte har *ekonomiska* incitament att upprätthålla en effektiv resurshushållning så kan de således ha *icke-ekonomiska* incitament.

Jag menar inte att dessa normer och icke-ekonomiska incitament alltid främjar effektivitet i resurshushållningen. Min poäng är att en ekonomisk-teoretisk analys som *endast* avser ekonomiska incitament är *ofullständig*, och att den därför är otillräcklig som underlag vid utformningen av de ekonomiska styrsystemen i sjukvården. Man måste också beakta *vilka andra faktorer* som påverkar aktörernas val, t.ex. professionella normer och regler eller etiska hänsynstaganden.

Eftersom det är oklart hur citat som ovanstående skall tolkas så kan dylika resonemang vilseleda. Det förhållandet att *hypotetiska* aktörer, som väljer rationellt i konventionell ekonomisk mening, skulle vara ineffektiva i sin resurshushållning, kan förväxlas med att de *faktiska* aktörerna är ineffektiva.

Som tidigare noterats är dylika resonemang också vilseledande eftersom de endast fokuserar beslutssituationen för *en* enhet. Inom sjukvården påverkas en klinik emellertid inte bara av de *egna* besluten utan

<sup>96</sup> Anell (1994, ss 27-28) menar att de stora variationerna i behandlingspraxis mellan olika kliniker "med små medicinska men med stora ekonomiska konsekvenser [...] delvis [kan] tolkas som ett uttryck för att tidigare förutsättningar, där resurserna fördelats i form av anslag, skapat utrymme för godtyckligt agerande hos ansvariga". Detta förefaller rimligt i en *hypotetisk* tolkning, men är det rimligt också i en *faktisk* tolkning? Anell ger inte några övertygande argument för att tro det. Det förefaller t.ex. inte som om dylika variationer skulle vara mindre i system, där producenterna *inte* ersatts genom budgetanslag, vilket t.ex. gäller för merparten av sjukvården i USA, än i system, där producenterna ersatts genom budgetanslag, som i Sverige eller Storbritannien. Se t.ex. Paul-Shaheen, Clark och Williams (1987) för en genomgång och analys av den amerikanska litteraturen på detta område.

också av de beslut som fattas av andra kliniker och enheter. Det innebär att införandet av ekonomiska incitament kan leda till lägre effektivitet för *alla* kliniker, *även om* varje klinik skulle svara på förändringarna i de ekonomiska incitamenten just som det förenklade ekonomiska resonemanget utgår från.

Det är inte ovanligt att ekonomer, inte minst i den offentliga debatten, uttrycker sig utan att göra tydliga distinktioner mellan dessa olika tolkningar.<sup>97</sup> Det är främst när dylika utsagor utsätts för kritik som de närmare preciseras. I sådana sammanhang framhålls vanligen en hypotetisk tolkning som är lätt att försvara.

I *andra* sammanhang ges utsagorna djärvare faktiska tolkningar, vilka också, felaktigt, framstår som rimligare än de är, eftersom utsagorna *också* ges hypotetiska tolkningar, som inte explicit skiljs från de faktiska. Detta kan leda till att vissa lösningar på effektivitetsproblemen i sjukvården felaktigt framstår som rimligare än de är. Det är som att läsa följande resonemang *utan* att bry sig om det som står inom parenteserna:

Eftersom det inte funnits några (ekonomiska) incitament att hushålla effektivt (i den *faktiska* sjukvården), och eftersom avsaknaden av dylika (ekonomiska) incitament leder till ineffektivitet (i en *hypotetisk* sjukvård), så förefaller det självklart att man bör införa dylika (ekonomiska) incitament (i den *faktiska* sjukvården).

En första tänkbar invändning mot ovanstående kritik är att dylika ekonomiska resonemang alls inte förutsätter att sjukvårdspersonalen *enbart* påverkas av ekonomiska incitament. Resonemangen skall i stället förstås så att de visar hur personalen påverkas när man inför ekonomiska incitament och *allt annat är lika*.

<sup>97</sup> Se t.ex. Anell (1994), som i sammanfattningen av en SNS-studie hävdar att nackdelen med "fast rambudget" är att denna "inte ger några incitament för hög produktivitet, vilket i förlängningen kan leda till köer och att produktionen sker på producenternas villkor, snarare än på patienternas. Det var också problem av dessa slag som blev märkbara i svensk hälso- och sjukvård vid slutet av 1980-talet. Ersättning per prestation kan i en sådan situation förbättra incitamenten, och det är också denna typ av lösning som landstingen i första hand har eftersträvat" (s 100; se även ss 19-20 och 23-29). I en *hypotetisk* tolkning är det *per definition* sant att "fast rambudget" inte ger incitament för "hög produktivitet". I den *faktiska* tolkningen, som Anell *också* använder i ovanstående citat, behöver det inte alls vara så, lika litet som "ersättning per prestation" behöver leda till ökad *faktisk* produktivitet. Effekterna av en viss ekonomistyrning, med givna "ekonomiska incitament", kan bli radikalt olika i olika organisationer beroende på hur väl organisationens mål är förankrade, hur väl organisationens ledarskap fungerar, etc. Se t.ex. Lindvall (1997).

Det innebär alltså att man, bl.a., förutsätter att personalens benägenhet att följa normer och regler samt att beakta etiska hänsynstagen inte alls påverkas av förändringar i den ekonomiska incitamentsstrukturen. Är detta ett rimligt antagande? Det tycks vanligen tas för givet i dylika ekonomiska resonemang. Förstärkande av ekonomiska incitament kan emellertid *försvaga* personalens benägenhet att i sitt handlande respektera normer och regler samt att göra etiska hänsynstagen.<sup>98</sup> Detta kan leda till försämrad vårdkvalitet.

Det kan också, paradoxalt nog, leda till försämrad effektivitet *även* i andra avseenden. En lednings- och styrningsfilosofi som ensidigt betonar ekonomiska incitament torde sålunda inte bara *öka* personalens benägenhet att främja organisationens mål i sådana valsituationer där de har ekonomiska incitament att främja dem, utan också *minska* benägenheten i sådana valsituationer där de *inte* har ekonomiska incitament att främja dem.<sup>99</sup>

Mot denna bakgrund kan man kanske förklara en annan paradox. Det förefaller ibland som om förespråkare för en dylik ledningsfilosofi tycks utgå från att de ekonomiska incitamenten får *mindre* effekter på individernas beteende än vad många kritiker tycks göra, även om de har olika uppfattningar om vilka effekterna blir.

En möjlig förklaring till denna paradox är att försvararna utgår från ett hypotetiskt modellresonemang, där aktörer antas vara rationella i den meningen att de väljer det alternativ som bäst uppfyller givna mål. En viktig invändning mot relevansen av sådana hypotetiska resonemang är att de inte beaktar att införandet, eller förstärkandet, av ekonomiska incitament, kan få *andra* effekter än de som fokuseras i det hypotetiska resonemanget. Denna invändning söker man bemöta genom att förutsätta bort den, dvs. man utgår från att "allt annat är lika". Till dessa andra effekter, som sålunda *förutsätts* bort, hör att *annat* än ekonomiska incitament kan påverka individers beteende på *olika* sätt före och efter förstärkandet av de ekonomiska incitamenten. Kritikerna, å andra sidan, utgår *inte* från detta modellresonemang. I deras analys får införande och förstärkande av ekonomiska incitament även en rad *andra* effekter än de som följer i denna modell. Till dessa andra effekter hör att annat än ekonomiska incitament kan påverka individers beteende på olika sätt före och efter förändringen.

En andra tänkbar invändning mot ovanstående kritik är att även om inte *alla* förutsättningar för perfekta marknader är uppfyllda i den faktiska ekonomin så kan, i många fall, en viss åtgärd förväntas få ungefär

<sup>98</sup> Jag har diskuterat detta i Granqvist (1993, kap 7).

<sup>99</sup> Se bl.a. Hirsch (1976/1978), Goodin (1982), Hirschman (1985) och Miller (1992).

samma effekter som den skulle ha fått *om* alla förutsättningar vore uppfyllda.

Detta är en viktig invändning, vilken också gör det möjligt att precisera ovanstående kritik. Kritiken gäller inte *att*, utan snarare *hur*, man använder modeller i ekonomiska resonemang. Kritiken gäller att dessa resonemang kan tolkas på olika sätt, att man inte klart skiljer mellan olika tolkningar, och att detta kan vilseleda läsaren. Det som hävdas om en hypotetisk ekonomi kan prövas rent logiskt, men även om det inte finns några logiska brister i slutledningen så följer inte nödvändigtvis att motsvarande kan hävdas också om den faktiska ekonomin.

Detta betyder *inte* att det som gäller i den hypotetiska ekonomin inte *kan* gälla också i den faktiska ekonomin. Det betyder däremot att det förhållandet att vi kan visa att något måste, på rent logiska grunder, gälla i den hypotetiska ekonomin, inte är tillräcklig grund för att tro att detta också måste gälla i den faktiska ekonomin. Vad som krävs, och tyvärr inte sällan saknas, är en argumentation för varför det finns skäl att tro det.

Logiska analyser av hypotetiska ekonomier *kan* sålunda vara mycket användbara för att förstå faktiska ekonomier. När man menar sig ha funnit en sådan modell, eller "karta", är det viktigt att övertygande söka visa att det finns goda skäl att tro att denna "karta" stämmer för just den "terräng" man uttalar sig om. Det är knappast övertygande att, utan argumentation, utgå från att en av ekonomernas "kartor" stämmer för just denna "terräng".

## 8.8 Varför inte mer resurser till sjukvården?

Det hävdas ibland i den offentliga debatten att sjukvårdens problem inte är resursbrister utan snarare brister i ledning och organisation. Detta är en viktig välfärdsfråga. Grovt förenklat kan sägas att om sjukvården förfogar över för litet resurser så går man miste om den välfärdsvinst som ytterligare vårdinsatser skulle ha kunnat ge. I motsatta fallet så går man miste om de välfärdsvinster som skulle ha kunnat erhållas om en del av sjukvårdens resurser i stället hade använts inom andra områden.

I den sammanfattande rapporten av ovan nämnda SNS-projekt hävdar Arvidsson och Jönsson (1997) den mycket bestämda uppfattningen att sjukvården *inte* bör tillföras mer resurser. I detta avsnitt skall jag söka visa att de argument de framför för denna uppfattning inte är övertygande.

Låt oss se vilka grunder de för fram för sin uppfattning. De noterar att det står klart "att en inte obetydlig del av vårdinsatserna har ingen

eller ringa medicinsk effekt.”<sup>100</sup>

Vår bedömning är därför att det vid dagens kostnadsnivå finns en avsevärd potential för både mer och bättre vård, en potential som kan utnyttjas för att kompensera för minskade finansiella resurser till vården (op.cit., s 22).

Man återkommer flera gånger i rapporten till detta och i avslutningen skriver man:

Det behövs en vision, en positiv vision, för svensk sjukvård. Förutsättningarna finns i form av kunskaper och resurser. Experimenterandet med olika ”modeller” har gett många lärdomar. Pengar, personal m m finns och kan utnyttjas bättre (op.cit., s 118).

Författarna instämmer i bedömningen att anspråken på och kostnaderna för sjukvården kommer att öka på sikt, men säger sig vara övertygade om ”att 'mer pengar' inte är vad som just nu är viktigast för sjukvården”.<sup>101</sup>

Man hänvisar därvid till ett efterföljande kapitel, där man närmare granskar en analys som presenteras i ett delbetänkande av HSU 2000, ”Behov och resurser i vården – en analys” (SOU 1996:163). I denna rapport görs en demografisk framskrivning, enligt vilken ett ”vårdgap” kommer att växa fram under åren 1994 till år 2000, då det motsvarar 8-11 procent av resursbehovet eller 7-10 miljarder kronor. Detta vårdgap är skillnaden mellan det beräknade utrymmet för landstingskommunal konsumtion och resursbehovet sådant det skulle vara i enlighet med en demografisk framskrivning.

Denna framskrivning av resursbehovet utgår från en *oförändrad* ambitions- och kostnadsnivå samt tar ”endast hänsyn till förändringar i befolkningens storlek, ålderssammansättning och dödlighet och bortser från alla andra faktorer som kan komma att påverka de framtida kraven på resurser för vård och omsorg”.<sup>102</sup>

<sup>100</sup> Man hänvisar därvid till en SNS-studie, Anell (1994), samt utvärderingar av den s.k. Stockholmsmodellen.

<sup>101</sup> Op.cit., s 22. Man för också fram uppfattningen, grundad på en studie av Jönsson och Gerdtham (1995), att ”vi i OECD-länderna har ungefär den nivå på sjukvårdsutgifterna som vi förtjänar i respektive land. Krav på mer resurser med hänvisning till utgiftsnivåerna i andra länder bör *därför* granskas noga” (Arvidsson och Jönsson, 1997, s 17. Min kursivering). Det är lätt att hålla med om att man noga bör granska sådana krav. Men det gäller *även om* inte alla OECD-länder har den nivå på sjukvårdsutgifter som motsvarar den statistiskt förväntade med avseende på respektive lands BNP. Likaså bör man kritiskt granska krav på att *inte* ge mer resurser till sjukvården.

<sup>102</sup> SOU 1996:163, s 134. En dylik framskrivning skall givetvis inte uppfattas som en *prediktion* av hur stort vårdgapet kommer att bli. Detta framhålls också i delbetänkandet, och man diskuterar även hur vårdgapet kan påverkas av för-

Arvidsson och Jönsson (1997, s 39) menar att eftersom denna bild av vårdgapet ”sannolikt kommer att vara den dominerande bilden av sjukvården och dess resursbehov framöver, behöver den synas noga.” I sin kommentar menar de att dessa beräkningar av vårdgapet implicerar ”att det föreligger en balans i utgångsläget mellan behov och resurser” och att ”flera kunniga bedömare i vården” anser att det idag finns en överkapacitet inom sjukvården. Med ett räkneexempel söker de visa att det framtida vårdgapet i stället kan vara en nutida ”överkapacitet i förhållande till dagens egentliga vårdbehov”:

Om exempelvis 5 procent av behovet, dvs. det behov som föranleder efterfrågan på sjukvårdstjänster, inte går att meningsfullt tillgodose med sjukvårdsinsatser och därför kan prioriteras bort som ett icke reellt behov, och om de finansiella resurserna genom bättre resurshushållning kunde ge 5 procent mer reala resurser – och två sådana nya kurvor ritades in i figuren – då skulle bilden se helt annorlunda ut (op.cit., ss 39-40).

Författarna anger inte någon närmare grund för att fem procent av 1994 års sjukvård inte var ”meningsfull” eller för att fem procent mer reala resurser kunde tillskapas genom bättre resurshushållning. Såvitt jag förstår är deras resonemang rent hypotetiskt; om siffrorna är riktiga så ”skulle bilden se helt annorlunda ut”:

Den skulle illustrera en situation av överkapacitet i förhållande till dagens egentliga vårdbehov (op.cit., s 40).

Författarna menar att läget då inte alls skulle vara ”så dystert som bilden av vårdgapet målar upp”.

Även om författarnas siffror skulle vara korrekta så ändrar detta inte problemen med ett framtida vårdgap om man inte också lyckas identifiera och prioritera bort just dessa fem procent av vården, som inte är ”meningsfull”, och verkligen kan tillskapa fem procent mer reala resurser genom bättre resurshushållning.

Även om man skulle lyckas göra båda dessa saker så kvarstår två andra problem, som författarna inte alls nämner, och som verkar i motsatt riktning mot de två problem man tar upp. Det finns sålunda knappast skäl att anta att volymen av det ”överutnyttjande” av vård författarna pekar på skulle vara större än ”underutnyttjandet”, dvs. omfattningen av den vård som inte gavs, men som skulle ha varit ”meningsfull”.

---

ändringar i andra faktorer, som alltså inte beaktas i baskalkylen. Det gäller förändringar i sjuklighet och dödlighet, benägenheten att söka vård, alternativ tillgång till vård, samband mellan efterfrågan och vårdutbud, vårdkostnader som vården genererar, medicinsk teknologi samt personalkostnader.

Det kan finnas flera orsaker till att ”meningsfull” vård inte har givits. Orsakerna kan ligga på utbudssidan. Vissa delar av sjukvården kan vara så hårt belastade att inte ens all ”meningsfull” vård kan ges.<sup>103</sup>

Orsakerna kan också ligga på efterfrågesidan. Patienter kan av olika skäl underskatta vikten av sina behov. För grupper med små ekonomiska marginaler kan patientavgifterna, som under 1990-talet har stigit mycket snabbare än konsumentprisindex, verka starkt avhållande från att söka vård. I avsnitt 8.2 noterades att Arvidsson och Jönsson (1997, s 25) menar att de höjningar i patientavgifterna som genomförts under 1990-talet sannolikt har inspirerats av SNS-studier, enligt vilka ”patientavgifter på högre nivåer än tidigare [kunde] motiveras av effektivitetsvinster”. SNS-studierna hänvisar här främst till två amerikanska experimentella studier från 1970-talet.

Vid närmare analys visar det sig emellertid att dessa studier knappast kan anses ge stöd för denna slutsats. Ett genomgående resultat var att högre patientavgifter för en viss typ av konsumtion innebar att denna konsumtion minskade. En avgörande fråga är om detta också innebar försämringar i patienternas hälsa. Att så är fallet framgår av att den lägre konsumtionen i lika hög grad gällde mycket effektiv vård som mindre effektiv. Som framgick av avsnitt 8.4.3.3 påvisade flera studier baserade på data från det ena experimentet, ”Rand Health Insurance Experiment”, *sämre hälsotillstånd* bland grupper med högre avgifter; bl.a. högre blodtryck bland individer i riskgruppen, särskilt bland låginkomsttagare, allvarligare symtom bland individer med dålig hälsa och låg inkomst, samt betydligt sämre tandstatus. I det andra experimentet ledde ökade patientavgifter i öppen vård till märkbart ökad konsumtion av slutna vård, vilket innebar att de totala vårdkostnaderna *ökade*, även om kostnaderna för den öppna vården minskade. Det kan knappast utslutas att den ökade sjukhusvården bland patientgrupper som betalade högre avgifter för den öppna vården indikerade försämringar i hälsotillståndet.

Det finns inte heller grund för att hävda att det andra problem författarna pekar ut, dvs. att det inom vissa delar av sjukvården finns överkapacitet i den meningen att man med bättre resurshushållning skulle ha kunnat uppnå samma produktion med mindre resursinsats,

<sup>103</sup> Socialstyrelsen har nyligen, i två fall, friat vårdpersonal från ansvar för felbehandling med motiveringen att förhållandena varit så otillfredsställande att personalen inte kan anses vara ansvarig. Några sådana fall har inte tidigare förekommit inom svensk sjukvård. Även om det hittills endast rör sig om två fall så är det anmärkningsvärt att sjukvårdspersonal arbetar under sådana förhållanden att den inte bedöms kunna ta ansvar för den vård som ges. Rimligen kan detta åtgärdas genom ökade resurser. När så inte sker kan knappast sägas att det finns förutsättningar för att ge all ”meningsfull” vård.

skulle vara större än problemet att det inom *andra* delar av sjukvården finns underkapacitet, dvs. resursbrist som *inte* kan åtgärdas genom bättre resurshushållning.

Författarna menar vidare i sin kommentar till "Behov och resurser i vården – en analys" (SOU 1996:163), att det "absolut säkraste sättet att få mer resurser till vården är att landets ekonomi förbättras". Man menar att ekonomisk tillväxt betyder mycket för att lösa ovanstående problem med "vårdgapet". Även här söker man visa detta med några räkneexempel:

125 miljarder till sjukvården utgör 7,7 procent av en bruttonationalprodukt på 1 635 miljarder kronor (år 1995). Om BNP ökar med 3 procent ger det vid oförändrad BNP-andel knappt 5 miljarder mer till sjukvården. Med fortsatt tillväxt ökar resurstillskottet år för år. Om resurserna skall ökas i en situation av nolltillväxt måste resurser tas från annan användning. Om BNP-andelen höjs från 7,7 procent till 8 procent ger det också 5 miljarder mer, men samtidigt försvinner ju motsvarande resurser från annan verksamhet (Arvidsson och Jönsson, 1997, s 40).

De menar sedan att BNP i stort var oförändrad från 1990 till 1995, och tänker sig sedan att BNP i stället skulle ha vuxit med 2 procent per år. De tänker sig vidare att varje procent i ökad BNP skulle ha inneburit 1,2 procent i ökade sjukvårdskostnader, samt hävdar att under dessa villkor så skulle "sjukvårdsutgifterna i reala termer" ha vuxit med 2,4 procent per år:

Sjukvårdskostnaderna skulle i så fall varit drygt 12 procent högre år 1995 än vad de faktiskt blev. Det skulle inneburit ytterligare 15 miljarder kronor till sjukvården. För att erhålla motsvarande resurstillskott utan tillväxt skulle andelen av BNP som går till sjukvården behövt höjas med ca 1 procentenhet. 15 miljarder är ungefär lika mycket som hela läkemedelsnotan år 1995 (op.cit., ss 40-41).

Författarna noterar också att detta är nästan lika mycket som hela lönesumman (inklusive LKP) för läkarna, dvs. 16,2 miljarder, samt mer än dubbelt så mycket som det beräknade vårdgapet år 2000. De hänvisar också till detta exempel i ett senare kapitel:

Räkneexemplet i kapitel 3 visade att sjukvården vid "normal" tillväxt och oförändrad BNP-andel under 1990-talet skulle haft flera miljarder kronor mer per år att röra sig med. Dessa medel skulle inneburit att det funnits möjlighet att utnyttja den kapacitet som fanns [...] till *ökad vårdproduktion* (op.cit., s 58. Min kursivering).

Man tillämnar ett liknande resonemang också på äldreomsorgen:

Med en ekonomisk tillväxt på 2-3 procent per år bör inte de förväntade ökade kostnaderna för vård och omsorg om ett ökat antal äldre innebära något stort problem [...] Vid en sämre ekonomisk utveckling kommer dock vården och omsorgen om de äldre att utsättas för stark kostnadspress om inte en omfördelning av resurser sker från andra områden" (op.cit., s 87).



Det bör först noteras att vad författarna hävdar är inte den triviala uppfattningen att de ekonomiska förutsättningarna att minska vårdgapet är större om den ekonomiska tillväxten är 3 procent än om den är 0 procent. Man jämför två olika sätt varpå vårdgapet kan minskas, och hävdar att om BNP ökar med 3 procent, och sjukvårdens BNP-andel är oförändrad, så kan vårdgapet minskas med lika mycket som om BNP är oförändrad, och sjukvårdens BNP-andel ökar med 0,3 procentenhet, då man utgår från 1995 års BNP och totala sjukvårdskostnad.

Denna analys är emellertid inte korrekt. För det första måste man ha gjort ett räknefel i det första räkneexemplet. Om BNP ökar med 3 procent, och sjukvårdens BNP-andel är oförändrad, så ökar sjukvårdsbudgeten med 3,75 miljarder, inte ”knappt 5 miljarder”. Däremot är det riktigt att den ökar med knappt 5 miljarder om den andel av BNP som går till sjukvården höjs med 0,3 procentenhet.

För det andra har man inte beaktat en väsentlig skillnad mellan de två alternativen. Om BNP är oförändrad, och den andel av BNP som går till sjukvården ökar med 0,3 procentenhet, så är det rimligt att anta att sjukvårdspersonalens reallöner är oförändrade. Om BNP ökar med 3 procent så är det emellertid *inte* rimligt att anta att reallönerna är oförändrade, vilket författarnas analys implicerar. Det är rimligare att anta att sjukvårdspersonalens reallöner ökar i ungefär samma takt som BNP.<sup>104</sup>

Eftersom lönekostnaderna utgör ungefär 60 procent av sjukvårdskostnaderna så kommer endast 40 procent av ovanstående 3,75 miljarder, dvs. 1,5 miljarder, att leda till ökade reala resurser för vården till patienterna. Av resurstillskottet åtgår 2,25 miljarder till att betala höjda reallöner till sjukvårdspersonalen. Kvar till patienterna blir således mindre än *en tredjedel* av de knappt 5 miljarder som erhålles om sjukvårdens BNP-andel ökar med 0,3 procentenheter.

Om man sålunda antar att sjukvårdspersonalens reallöner ökar i samma takt som BNP så måste därför BNP öka med *10 procent*, inte *3 procent* som i Arvidsson och Jönssons kalkyl, för att man skall erhålla lika mycket i reallt resurstillskott till vården som man skulle ha erhållit genom att öka sjukvårdens BNP-andel med 0,3 procent. I det senare fallet antas ju BNP vara oförändrad, varför även de reala totalkostnaderna för sjukvårdspersonalens löner kan antas vara oförändrade.

Inte heller det andra räkneexemplet är korrekt. Om sjukvårdskostnaderna stiger med 2,4 procent och lönerna stiger med 2 procent så blir den *real*a tillväxten av de resurser som kan användas till vården endast

<sup>104</sup> Detta är rimligt om BNP-ökningen beror på ökad produktivitet i ekonomin. Även om det på kort sikt kan finnas andra orsaker, t.ex. ökad sysselsättning, är ökad produktivitet den viktigaste långsiktiga faktorn bakom ekonomisk tillväxt.

1,2 procent då man räknat bort vad som går till sjukvårdspersonalens ökade löner. Det reala resurstillskott till sjukvården år 1995, som kan användas för att minska "vårdgapet", skulle endast ha blivit knappt 8 miljarder, inte 15 miljarder som Arvidsson och Jönsson hävdar.<sup>105</sup>

För att få ett lika stort resurstillskott år 1995 som man skulle ha erhållit om man hade höjt den andel av BNP som gick till sjukvården år 1995 med en procentenhet så skulle BNP-tillväxten under åren 1990-1995 behövt vara mer än dubbelt så hög som i den kalkyl Arvidsson och Jönsson presenterar, mer än *4 procent per år*, i stället för *2 procent per år*. Ökningen av sjukvårdskostnaderna skulle behövt vara nästan 5 procent per år.

De 2,4 procent som författarna kommer fram till i sin kalkyl skulle ha inneburit nästan 9 miljarder mindre i realt resurstillskott till vården år 1995 än om man hade höjt den andel som gick till sjukvården år 1995 med en procent. Skillnaden motsvarar ungefär det beräknade "vårdgapet" år 2000. Man skulle alltså ha fått mer än *dubbelt* så mycket i realt resurstillskott till vården år 1995 i det senare fallet än i det förra.

I mitt resonemang har jag därvid genomgående utgått från att produktivitetens utvecklingen inom sjukvården är densamma i *samtliga* finansieringsalternativ. Arvidsson och Jönsson gör inte något *explicit* antagande om produktivitetens utvecklingen. Däremot kan deras kalkyler vad gäller alternativen att finansiera ett realt resurstillskott till sjukvården genom BNP-tillväxt tolkas så att de bygger på det *implicita* antagandet att produktiviteten inom sjukvården *ökar* i precis samma takt som *reallönerna* inom sjukvården *ökar*. Detta *implicita* antagande är helt godtyckligt, och framstår knappast som rimligt. Det innebär ju att reallöneutvecklingen inom sjukvården antas *helt* bestämmas av produktivitetens utvecklingen inom *sjukvården*. Det är rimligare att anta att denna bestäms av produktivitetens utvecklingen i *hela* ekonomin. Vad gäller de andra finansieringsalternativen, dvs. att öka den BNP-andel som går till sjukvården vid oförändrad BNP, så görs det *implicita* antagandet att produktivitetens utvecklingen inom sjukvården är noll. Enligt denna tolkning görs alltså jämförelsen mellan finansieringsalternativen utifrån det *implicita* antagandet att produktivitetens utvecklingen inom sjukvården blir *högre* om man inte ökar sjukvårdens BNP-andel. Detta antagande är knappast rimligt.

Vad ovanstående räkneexempel visar är därför *inte* "hur betydelsefull den ekonomiska tillväxten är för sjukvårdens resursutveckling", vilket Arvidsson och Jönsson (1997, s 41) hävdar. De visar i ännu hög-

<sup>105</sup> Även i denna kalkyl måste man ha gjort ett räknefel. Om sjukvårdskostnaderna stiger med 2,4 procent per år under femårsperioden 1990-1995 så måste sjukvårdskostnaderna bli nästan 16 miljarder högre år 1995 – inte 15 miljarder.

re grad, om man bortser från de rena räknefelen, hur betydelsefull den *faktiska* produktivitetens utvecklingen inom sjukvården är. Jämförelsen gäller ju alternativ, där sjukvårdens produktivitetens utveckling – *implicit* – antas vara mycket olika. Vid finansiering genom BNP-tillväxt och oförändrad BNP-andel antas den öka med 3 procent per år i det första räkneexemplet och med 2 procent per år i det andra. Vid finansiering genom ökad BNP-andel antas sjukvårdens produktivitetens utveckling i båda räkneexemplen vara noll. Jämförelserna blir därmed missvisande.

Det kan slutligen noteras att författarna i sin analys av de framtida resurskraven för äldreomsorgen (op.cit., ss 86-88) förutsätter, även här implicit, att produktiviteten i äldreomsorgen ökar i samma takt som den ekonomiska tillväxten. I citatet i inledningen till detta avsnitt (op.cit., s 87) utgår man från att en ekonomisk tillväxt på 2,5 procent leder till en lika stor relativ ökning av omsorgsvolymen. Detta bygger alltså på antagandet att produktiviteten i äldreomsorgen ökar med 2,5 procent per år. Detta är knappast rimligt. Antag i stället att produktiviteten är oförändrad. *Kostnaderna* för äldreomsorgen ökar då med 2,5 procent per år, men omsorgsvolymen ökar med endast 1 procent per år, om den andel av BNP som går till äldreomsorgen är oförändrad och reallönerna ökar med 2,5 procent, dvs. i samma takt som den ekonomiska tillväxten. Personalens ökade reallöner tar större delen av anslagsökningen i anspråk.

Även om ekonomisk tillväxt naturligtvis är viktig av andra skäl så betyder den inte så mycket när det gäller att lösa problemet med vårdgapet. Åtminstone inte så mycket som Arvidsson och Jönsson hävdar i ovanstående analys.<sup>106</sup> Om produktivitetens utvecklingen är noll i båda finansieringsalternativen så ökar vårdkonsumtionen med endast 40 procent av den ökning av de totala sjukvårdskostnaderna, som följer av ekonomisk tillväxt då sjukvårdens BNP-andel är oförändrad, medan vårdkonsumtionen ökar med 100 procent av den ökning av de totala sjukvårdskostnaderna, som följer av en ökning av sjukvårdens BNP-andel. I båda fallen antas sjukvårdspersonalens reallöner öka i samma takt som den ekonomiska tillväxten. Skillnaden beror på att ekonomisk tillväxt innebär att sjukvården blir *dyrare* genom höjda reallöner för

<sup>106</sup> Se också Arvidsson, Jönsson och Werkö (1993, s 10): "Så länge vi hade en växande ekonomi, som medgav ökande anslag till sjukvården utan att det föreföll gå ut över andra behov, var det möjligt för politikerna att tillgodose allmänhetens och den medicinska professionens krav". Problemet är att en växande ekonomi kräver väsentligt ökade anslag redan för att bibehålla en oförändrad vårdvolym, eftersom de reala lönekostnaderna för denna vårdvolym ökar, om inte produktiviteten inom sjukvården ökar i minst samma takt som tillväxten i ekonomin.

sjukvårdspersonalen. Det är givetvis ökningen av *konsumtionen*, inte av *kostnaderna*, som är relevant i en analys av hur vårdgapet kan minskas.

Jag har därmed gått igenom de huvudargument för uppfattningen att dagens sjukvård inte bör tillföras mer resurser, som Arvidsson och Jönsson framför i den sammanfattande rapporten av SNS-projektet "Nya spelregler för hälso- och sjukvården". Sammanfattningsvis måste konstateras att författarnas argument för denna uppfattning inte är övertygande.

## 8.9 Avslutning

Följande uppfattningar har framförts av ekonomer under 1990-talet:

- 1) Produktivitetens utvecklingen inom sjukvården var negativ under tidsperioden 1960-1990.
- 2) Denna negativa produktivitetens utveckling berodde främst på bristande ekonomiska incitament.
- 3) Produktivitetens utvecklingen var positiv i början av 1990-talet, till stor del beroende på införandet av ny ekonomistyrning med beställar/utförarmodeller och prestationsersättning.

Som jag sökt visa är de produktivetsmätningar som gjorts förknippade med alltför stor osäkerhet för att de skall kunna läggas till grund för några slutsatser om sjukvårdens *faktiska* produktivitetens utveckling.

Detta är den grundläggande, och avgörande, invändningen mot dessa tre uppfattningar; mätningarna utgör alltför bristfälliga grunder för några slutsatser om sjukvårdens *faktiska* produktivitetens utveckling.

Vad gäller 1) torde dessa mätningar *underskatta* den faktiska produktivitetens utvecklingen, inte enbart därför att de inte alls beaktar kvalitetsförbättringar, utan också därför att en rad förändringar som skett i vården, t.ex. överföringar av patienter från slutet till öppen vård, kan registreras som produktivetsminskningar, *även om* kostnaderna för de berörda patientgruppernas vård har minskat och kvaliteten på denna vård har ökat.

Vad gäller 3) torde dessa mätningar *överskatta* den faktiska produktivitetens utvecklingen, främst därför att vårdproducenterna, genom prestationsersättningen, får ekonomiska incitament att ändra patient- och diagnossammansättning samt att sänka vårdkvaliteten. Det kan noteras att ekonomer, som framför denna uppfattning, förefaller acceptera större osäkerhet i skattningar av effekterna på *vårdkvantiteten* än i skattningar av effekterna på den medicinska *vårdkvaliteten*.

När det gäller 2) och 3) kan dessutom noteras att ekonomers argument i hög grad bygger på modellresonemang, och att argumenten om *relevansen* av dessa hypotetiska resonemang knappast kan sägas vara övertygande.

4) "Överkonsumtion" av sjukvård uppstår eftersom patienten endast betalar en bråkdel av den faktiska kostnaden för en ökning av den egna konsumtionen. Genom att höja patientavgifterna minskar denna "överkonsumtion", vilket leder till ökad välfärd.

För det första finns det en rad empiriska studier som visar att högre patientavgifter leder till minskad konsumtion, inte bara av ineffektiv vård, utan i lika hög grad av effektiv vård.

För det andra är det inte önskvärt att reducera all "överkonsumtion" i ovanstående mening. Om man skall kunna uppnå den offentliga sjukvårdens mål att tillgodose befolkningens behov på lika villkor så måste vårdkonsumtionen bland individer med små ekonomiska resurser överstiga den vårdkonsumtion de skulle ha valt om de betalade fulla kostnaden för denna.

För det tredje påverkas vårdkonsumtionen inte bara av efterfrågesidan utan även av utbudssidan. Onödigt hög vårdkonsumtion torde t.ex. vara relativt vanligt i ett sjukvårdssystem, där sjukvårdsproducenterna har ekonomiska incitament att öka sjukvårdskonsumtionen, men det behöver inte vara något större problem i ett system där deras ansvar att prioritera och ransonera vården spelar en central roll.

5) Ett sjukvårdssystem som bygger på konkurrens mellan vårdproducenter, mellan vilka patienter kan välja, leder till en utveckling av sjukvården som är effektivare och bättre svarar mot patienternas preferenser.

Ett huvudproblem med detta är att sjukvårdskonsumtion är förknippad med stora externa effekter, vilka inte alls fångas upp i patienternas isolerade preferenser för den egna vården. Detta kan leda till en utveckling som innebär en försämring om man ser till patienternas *faktiska* preferenser eller till sjukvårdens grundläggande mål att tillgodose individers behov på lika villkor.

Ett annat problem ligger i att vårdproducenterna i ett sådant system får starka ekonomiska incitament att öka sjukvårdskonsumtionen, vilket torde leda till onödigt hög vårdkonsumtion.

6) Ett främjande av effektivitet i den offentliga sjukvården innebär att den skall styras av individers preferenser. Eftersom sjukvård är en s.k. "privat nyttighet" så maximeras effektiviteten om vård endast ges till individer, vars betalningsvilja överstiger den faktiska kostnaden för vården.

Denna uppfattning hävdas ibland av sjukvårdsekonomer, som menar att detta är det ur teoretisk synpunkt korrekta sättet att utvärdera insatser inom sjukvården. Fördelningaspekterna menar man sig kunna hantera genom att rensa för sådana skillnader i olika gruppers betalningsvilja som härrör från skillnader i betalningsförmåga.

Den teoretiska grunden för en dylik effektivitetsanalys är emellertid inte hållbar, och den har också utsatts för allvarlig kritik i den ekonomiska litteraturen. Ett grundläggande problem ligger i att betalningsviljan för ett projekt implicerar ett tredje, *irrelevant*, alternativ, där individen betalar ett belopp motsvarande betalningsviljan. Eftersom någon sådan *faktisk* betalning inte genomförs så måste man ifrågasätta den normativa relevansen av denna välfärdsanalys. Det förhållandet att alla skulle få det bättre, *om* de som drabbas av välfärdsförluster kompenseras, är knappast något övertygande argument för att genomföra projektet *utan* sådan kompensation, då ju inte alla får det bättre.

Det kan också noteras att en effektivitetsanalys baserad på individers *preferenser* kan komma i konflikt med sjukvårdens grundläggande mål att fördela vården efter individens *vårdbehov* på lika villkor. En fördelning av vården är inte effektiv, i enlighet med det senare målet, om det är möjligt att genom en omfördelning av vården för alla individer med ett givet vårdbehov, bättre tillgodose detta vårdbehov hos en individ, säg *A*, utan att någon annan med samma vårdbehov får detta sämre tillgodosett än *A*. Enligt den konventionella ekonomiska effektivitetsanalysen, som utgår från individens preferenser för den egna vården, kan emellertid en sådan fördelning vara effektiv. Detta innebär att den konventionella effektivitetsanalysen kan komma i konflikt med sjukvårdens grundläggande mål.

## Referenser

- Anell, A. 1994. *Sjukhusens kontrakt – från anslag till intäkter*. Stockholm: SNS Förlag.
- 1996. "Makten över vården", i Anell, A. & P. Rosén (red.), ss. 129-159.
- Anell, A. & P. Rosén (red.), 1996. *Valfrihet och jämlikhet i vården*. Stockholm: SNS Förlag.
- Arrow, K.J. 1951. *Social Choice and Individual Values*. New York: Wiley.
- 1963a. *Social Choice and Individual Values*. Second edition. New Haven and London: Yale University Press.
- 1963b. "Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care", *American Economic Review*, 53:941-973.
- Arvidsson, G. & B. Jönsson (red.), 1991. *Valfrihet och konkurrens i sjukvården*. Stockholm: SNS Förlag.
- Arvidsson, G. & B. Jönsson 1997. *Politik och marknad i framtidens sjukvård*. Stockholm: SNS Förlag.
- Arvidsson, G., B. Jönsson & L. Werkö (red.), 1993. *Prioritering i sjukvården – etik och ekonomi*. Stockholm: SNS Förlag.
- Auerbach, A.J. 1985. "The Theory of Excess Burden and Optimal Taxation", i Auerbach A.J. & M. Feldstein (eds.), *Handbook of Public Economics*, vol 1. Amsterdam: North Holland, ss. 61-127.
- Bailit, H., et al. 1985. "Does More Generous Dental Insurance Coverage Improve Oral Health?" *Journal of American Dental Association*, 110:701-707.
- Baumol, W.J. 1977. *Economic Theory and Operations Analysis*. Fourth edition. London: Prentice-Hall.
- Blackorby, C. & D. Donaldson 1990. "A Review Article: The Case Against the Use of the Sum of Compensating Variations in Cost-Benefit Analysis", *Canadian Journal of Economics*, 23:471-494.
- Brook, R.H., et al. 1983. "Does Free Care Improve Adults' Health?" *The New England Journal of Medicine*, 309:23, ss. 1426-1434.
- Brook, R.H., et al. 1988. "Diagnosis and Treatment of Coronary Disease: Comparison of Doctors' Attitudes in the USA and the UK", *Lancet*, 2:750-753.

- Brorström, B. & V. Edlund 1994. "Ekonomistyrningens effekter - tio ekonomichefer om sina modeller", i Brorström, B.(red.), *Ekonomi och styrning i sjukvårdsorganisationer: resultat från landstingsforskning*. Stockholm: Landstingsförbundet.
- Buchanan, J.M. 1967. *Public Finance in Democratic Process*. Chapel Hill: The University of North Carolina Press.
- Bäck, H. & A. Gröjer 1994. *Stockholmsmodellen och vårdens kvalitet*. Stockholms universitet, Institutet för kommunal ekonomi 1994/50.
- Carter, G.M., J.P. Newhouse & D.A. Relles, 1990. "How Much Change in the Case Mix Index is DRG creep?" *Journal of Health Economics*, 9:4, ss. 411-428.
- Charpentier C. & L. Samuelsson, 1999. *Effekter av en sjukvårdsreform. En analys av Stockholmsmodellen*. Stockholm: Nerenius & Santérus Förlag.
- Culyer, A.J. & R.G. Evans, 1996. "Mark Pauly on Welfare Economics: Normative Rabbits from Positive Hats", *Journal of Health Economics*, 15:242-251.
- Dranove, D. 1995. "A Problem with Consumer Surplus Measures of the Cost of Practice Variations", *Journal of Health Economics*, 14:2, ss. 243-251.
- Ds Fi 1985:3. *Produktions-, kostnads- och produktivitet utveckling inom offentligt bedriven hälso- och sjukvård 1960-1980*. Rapport till Expertgruppen för studier i offentlig ekonomi (ESO). Stockholm: Finansdepartementet.
- Ds 1994:22. *Kvalitets- och produktivitet utvecklingen i sjukvården 1960-1992*. Rapport till Expertgruppen för studier i offentlig ekonomi (ESO). Stockholm: Finansdepartementet.
- Ds 1994:24. *Den offentliga sektorns produktivitet utveckling 1980-1992*. Rapport till Expertgruppen för studier i offentlig ekonomi (ESO). Stockholm: Finansdepartementet.
- Ellis, R.P. & T.G. McGuire, 1993. "Supply-Side and Demand-Side Cost Sharing in Health Care", *Journal of Economic Perspectives*, 7:4, ss. 135-151.
- Else, P. & P. Curwen, 1990. *Principles of Microeconomics*. London: Unwin Hyman.



- Enterline, P.E., et al. 1973. "The Distribution of Medical Services Before and After 'Free' Medical Care: The Quebec Experiment", *The New England Journal of Medicine*, 289:1174-1178.
- Enthoven, A. 1988. *Theory and Practice of Managed Competition in Health Care Finance*. Amsterdam: North-Holland.
- Evans, R.G. 1984. *Strained Mercy: The Economics of Canadian Health Care*. Toronto, Ontario: Butterworth.
- Feldman, R. & B. Dowd, 1991. "A New Estimate of the Welfare Loss of Excess Health Insurance", *American Economic Review*, 81:1, ss. 297-301.
- Feldman, R. & M.A. Morrissey, 1990. "Health Economics: A Report on the Field", *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 15:3, ss. 627-646.
- Feldstein, M.S. 1973. "The Welfare Loss of Excess Health Insurance", *Journal of Political Economy*, 81:2, ss. 251-280.
- Forsberg, E. & J. Calltorp 1993. "Ekonomiska incitament förändrar sjukvården – första året med Stockholmsmodellen", *Läkartidningen*, vol. 90, nr. 30-31, ss. 2111-4.
- Frank, R. 1985. *Choosing the Right Pond*. New York: Oxford University Press.
- Garber, A.M. & C.E. Phelps, 1997. "Economic Foundations of Cost-Effectiveness Analysis", *Journal of Health Economics*, 16:1-31.
- Gerdtham, U.-G. & B. Jönsson, 1993. *Läkemedelsförmånen*. Stockholm: SNS Förlag.
- Glennerster, H. & J. Le Grand, 1995. "The Development of Quasi-Markets in Welfare Provision in the United Kingdom", *International Journal of Health Services*, 25:2.
- Goodin, R. E. 1982. *Political Theory and Public Policy*. Chicago: University of Chicago Press.
- Granqvist, R. 1987. *Ekonomer behandlar sjukvården*. Forskningsrapport nr. 57. Stockholm: Arbetslivscentrum (Arbetslivsinstitutet).
- 1990. *Effektivitet och produktivitet i sjukvården*. R 1990:1. Företags-ekonomiska institutionen, Stockholms universitet.
- 1993. *Effektivitet i ekonomisk analys. Paretkriteriet – tolkningar, försvar och kritik*. Stockholm: Thales.
- 1994. "Stockholmsmodellen – problem och möjligheter". Bilaga 7 till Projektrapport 1994-13-22. Socialstyrelsen. Stockholm.

- 1996. "Om nationalekonomiska standardresonemang i välfärdsdebatten", *Ekonomisk Debatt*, årg. 24, nr. 3, ss 210-215.
  - 1999. "Om skatters effekter på ekonomin. Några problem med den ekonomiska standardanalysen av hur inkomstskatter påverkar effektiviteten i resursallokeringen", *Studies in Ethics and Economics*, 5:131-163.
  - 2000. "Efficiency for Rational Fools? The Pareto Principle and the Isolation Bias", *Studies in Ethics and Economics*, 7.
- Granqvist, R. & H. Lind, 2000. "Inkomstskatters dödviktskostnad. Har nationalekonomer verkligen mätt det som är relevant?" *Ekonomiska Samfundets Tidskrift*, årg. 53, nr. 1, ss. 71-78.
- Gustafsson, R.Å., 1999. "Den nya ekonomistyrningen och arbetsmiljön". I SOU 1999:66, bilaga 1: *De nya styrsystemen inom hälso- och sjukvården – vad hände med ekonomi, arbetsmiljö och demokrati?*, ss. 53-84.
- Hemlin, C. & M. Lind, 1993. "DRG och köp-sälj importerad modefluga", *Läkartidningen*, vol. 90, nr. 25, ss 2357-60.
- Hester, J. & I. Leveson, 1974. "The Health Insurance Study: A Critical Appraisal", *Inquiry*, 11:1, ss. 53-60.
- Hirsch, F. 1976/1978. *Tillväxtens sociala gränser*. Stockholm: Wahlström & Widstrand. Svensk översättning av *Social Limits to Growth*, Cambridge, MA: Harvard University Press, 1976.
- Hirschman, A.O. 1985. "Against Parsimony: Three Easy Ways of Complicating Some Categories of Economic Discourse", *Economics and Philosophy*, 1:7-21.
- Houchens, R.L. & J.E. Conklin, 1988. *Developing a Measure of Complexity of Illness within DRGs*. Prospective Payment Assessment Commission, Washington, DC.
- Hsia, D.C., et al. 1988. "Accuracy of Diagnostic Coding for Medicare Patients under the Prospective Payment System", *The New England Journal of Medicine*, 318:6, ss. 352-355.
- Jacobsson, B. 1994. "Reformer och organisatorisk identitet" i Jacobsson, B (red.), *Organisationsexperiment i kommuner och landsting*. Stockholm: Nerenius & Santérus Förlag, ss. 38-61.
- Johannesson, M. 1991. *Economic Evaluation of Hypertension Treatment*. Linköping: Linköping Studies in Arts and Science, No. 67.

- Johannesson, M. & B. Jönsson, 1991. "Economic Evaluation in Health Care – Is There a Role for Cost-Benefit Analysis?" *Health Policy*, 17:1-23. Även publicerad i Johannesson (1991), ss. 129-159.
- Johannesson, M. & B. Jönsson, 1993. *Ekonomisk utvärdering av läkemedel*. Stockholm: SNS Förlag.
- Johnson, H.T. & R.S. Kaplan, 1987. *Relevance Lost: The Rise and Fall of Management Accounting*. Boston, MA: Harvard Business School Press.
- Jonsson, E. 1996. *Har betalning per patient givit mer vård för pengarna?* Spri förmedlar 4. Stockholm.
- Jönsson, B. 1994. "Vad innebär marknadstänkande?" i Smedby, B. (red.), ss. 5-25.
- Jönsson, B. & G. Karlsson, 1994. *Tandvården – en ekonomisk analys*. Stockholm: SNS Förlag.
- Levit, K.R., et al. 1991. "National Health Expenditure, 1990", *Health Care Financing Review*, 13:1, ss. 29-54.
- Light, D. W. 1997. "From Managed Competition to Managed Cooperation: Theory and Lessons from the British Experience", *Milbank Quarterly*, 75:3.
- Lind, H. 1999. "Värderingar i nationalekonomisk forskning. Några reflektioner om välfärdseffekter av skatteklar", *Studies in Ethics and Economics*, 5:121-130.
- Lindvall, J. 1997. *Resultatansvar inom sjukvården*. Stockholm: Nerenius & Santérus Förlag.
- Lohr, K.N., et al. 1986. "Effect of Cost Sharing on Use of Medically Effective and Less Effective Care", *Medical Care*, 24 (Supplement), ss. 31-38.
- Manning, W.G., et al. 1987. "Health Insurance and the Demand for Medical Care: Evidence from a Randomized Experiment", *American Economic Review*, 77:3, ss. 251-277.
- Miller, G.J. 1992. *Managerial Dilemmas. The Political Economy of Hierarchy*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Mooney, G. 1994. *Key Issues in Health Economics*. New York: Harvester Wheatsheaf.
- Nas, T.F. 1996. *Cost-Benefit Analysis. Theory and Application*. London and New Delhi: Sage Publications.

- Nath, S.K. 1969. *A Reappraisal of Welfare Economics*. London: Routledge & Kegan Paul.
- Newhouse, J.P. 1974. "The Health Insurance Study: Response to Hester and Leveson", *Inquiry*, 11:3, ss. 236-241.
- 1992. "Medical Care Costs: How Much Welfare Loss?" *Journal of Economic Perspectives*, 6:3, ss. 3-21.
- Nussbaum, M.C. & A.K. Sen (eds.), 1993. *The Quality of Life*. Oxford: Clarendon Press.
- Olsen, J.P. 1987. *The Modernisation of Public Administration in the Nordic Countries*. Bergen: University of Bergen.
- von Otter, C. 1991. "Politisk styrning och marknadskrafter i sjukvården" i Arvidsson, G. & B. Jönsson (red.), ss. 63-77.
- 1996. "Om den repressiva omtanken och andra tankar om patienters valfrihet", i Anell, A. & P. Rosén (red.), ss. 50-70.
- von Otter, C. & R.B. Saltman, 1990. *Valfrihet som styrmedel*. Stockholm: Arbetslivscentrum (Arbetslivsinstitutet).
- Paul-Shaheen, P., J.D. Clark & D. Williams, 1987. "Small Area Analysis: A Review and Analysis of the North American Literature", *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 12:4, ss. 741-809.
- Phelps, C.E. 1995. "Welfare Loss from Variations: Further Considerations", *Journal of Health Economics*, 14:2, ss. 253-260.
- Phelps, C.E. & C. Mooney, 1992. "Correction and Update on Priority Setting in Medical Technology Assessment in Medical Care", *Medical Care*, 30:8, ss. 744-751.
- Phelps, C.E. & S.T. Parente, 1990. "Priority Setting in Medical Technology and Medical Practice Assessment", *Medical Care*, 29:8, ss. 703-723.
- Rice, T. 1998. *The Economics of Health Reconsidered*. Chicago: Health Administration Press.
- Saltman, R.B. 1992. *Patientmakt över vården*. Stockholm: SNS Förlag.
- Saltman, R.B. & C. von Otter, 1987. "Re-vitalizing Public Health Care Systems: A Proposal for Public Competition in Sweden", *Health Policy*, 7:21-40.
- Saltman, R.B. & C. von Otter, 1989. "Voice, Choice and the Question of Civil Democracy in the Swedish Welfare State", *Economic and Industrial Democracy*, 10:2, s 195-209.

- Saltman, R.B. & C. von Otter, 1992. *Planned Markets and Public Competition: Strategic Reform in Northern European Health Systems*. Buckingham: Open University Press.
- Saltman, R.B. & C. von Otter (eds.), 1995. *Implementing Planned Markets in Health Care. Balancing Social and Economic Responsibility*. Buckingham: Open University Press.
- Sen, A.K. 1970. *Collective Choice and Social Welfare*. San Francisco: Holden Day. Även publicerad: North-Holland, Amsterdam, 1979.
- 1973/1997a. "Behaviour and the Concept of Preference", *Economica*, 40:241-259. Även publicerad i Sen, 1997a, ss. 54-73.
  - 1974. "Informational Bases of Alternative Welfare Approaches: Aggregation and Income Distribution", *Journal of Public Economics*, 3:387-403.
  - 1977/1997a. "Rational Fools: A Critique of the Behavioural Foundations of Economic Theory", *Philosophy and Public Affairs*, 6. Även publicerad i Sen, 1997a, ss. 317-344.
  - 1979. "Informational Analysis of Moral Principles" i Harrison, R. (ed.), *Rational Action*. Cambridge: Cambridge University Press.
  - 1979/1984. "The Welfare Basis of Real Income Comparisons", *Journal of Economic Literature*, 17:1-45. Även publicerad i Sen, 1984, ss. 389-451.
  - 1980/1997a. "Equality of What?" The Tanner Lectures on Human Values, Volume I. Cambridge: Cambridge University Press, 1980. Även publicerad i Sen, 1997a, ss. 353-369.
  - 1984. *Resources, Values and Development*. Oxford: Basil Blackwell.
  - 1985a. "Well-being, Agency and Freedom: The Dewey Lectures 1984", *Journal of Philosophy*, 82:169-221.
  - 1985b. *Commodities and Capabilities*. Amsterdam: North-Holland.
  - 1986. "Prediction and Economic Theory", *Philosophical Transactions of the Royal Society of London*, 407, ss. 3-23.
  - 1987a. *On Ethics and Economics*. Oxford: Blackwell.
  - 1987b. *The Standard of Living*. Tanner Lectures, med kommentarer från K. Hart, R. Kanbur, J. Muellbauer och B. Williams. (Ed.: G. Hawthorne). Cambridge: Cambridge University Press.
  - 1992. *Inequality Reexamined*. Oxford: Clarendon Press.
  - 1993. "Capability and Well-being", i Nussbaum & Sen (eds.), ss. 30-53.
  - 1995. "Environmental Evaluation and Social Choice: Contingent Valuation and the Market Analogy", *The Japanese Economic Review*, 46:23-37.
  - 1997a. *Choice, Welfare and Measurement*. Cambridge, MA: Harvard University Press. Först publicerad: Basil Blackwell, Oxford, 1982.

- 1997b. *On Economic Inequality*. Expanded edition with a substantial annexe by J. E. Foster & A. K. Sen. Oxford: Oxford University Press.
  - 1999a. *Development as Freedom*. Oxford: Oxford University Press.
  - 1999b. "The Possibility of Social Choice". Lecture delivered in Stockholm, Sweden, December 8, 1998, Alfred Nobel Memorial Prize in Economic Sciences. *The American Economic Review*, 89:3, ss. 349-378.
- Shapiro, M.F., et al., 1986. "Effects of Cost Sharing on Seeking Care for Serious and Minor Symptoms", *Annals of Internal Medicine* 104:2, ss. 246-251.
- Siu, A.L., et al. 1986. "Inappropriate Use of Hospitals in a Randomized Trial of Health Insurance Plans", *The New England Journal of Medicine*, 315:20, ss. 1259-1266.
- Smedby, B. (red.), 1994. *Marknadstänkande och andra styrmedel i vården - bra eller dåligt för patienterna?* Nordiskt hälsopolitiskt forum 1994. Stockholm: Spri.
- SOU 1993:38. *Hälso- och sjukvården i framtiden – tre modeller*. Expertrapport till Kommittén om hälso- och sjukvårdens finansiering och organisation, HSU 2000. Stockholm: Socialdepartementet.
- SOU 1994:86. *Teknologi och vårdkonsumtion inom slutna somatisk korttidsvård 1981-2001*. Rapport från Socialstyrelsen till HSU 2000. Stockholm: Socialdepartementet.
- SOU 1995:5. *Vårdens svåra val*. Slutbetänkande av Prioriteringsutredningen. Stockholm: Socialdepartementet.
- SOU 1996:163. *Behov och resurser i vården – en analys*. Delbetänkande av Kommittén om hälso- och sjukvårdens finansiering och organisation (HSU 2000). Stockholm: Socialdepartementet.
- SOU 1999:66. *God vård på lika villkor? – om statens styrning av hälso- och sjukvården*. Slutbetänkande från Kommittén om hälso- och sjukvårdens finansiering och organisation (HSU 2000). (Med 6 bilagor) Stockholm: Socialdepartementet.
- Stewart, W.H. & P.E. Enterline, 1961. "Effects of the National Health Service on Physician Utilization and Health in England and Wales", *The New England Journal of Medicine*, 256:1187-1194.
- Stiglitz, J.E. 1997. *Economics*. Second edition. New York: WW Norton & Company.

- Stoddart, G.L., M.L. Barer & R.G. Evans, 1993. *User Charges, Snares, and Delusions: Another Look at the Literature*. Hamilton, Ontario: Centre for Health Economics and Policy Analysis, McMaster University.
- Sugden, R. & A. Williams, 1978. *The Principles of Practical Cost-Benefit Analysis*. Oxford: Oxford University Press.
- Svensson, H. & L. Garelius, 1994. *Har ekonomiska incitament påverkat läkarnas beslutsfattande? Utvärdering av Stockholmsmodellen*. Spri rapport 392. Stockholm: Spri.
- Södersten, B., O. Stenhammar & J. Segerberg, 1994. *Landstinget och näringslivet – beröringspunkter och skillnader*. (Granskarnas tredje utlåtande) Stockholms läns landsting.
- Söderström, L. 1991. *Hur skall sjukvården betalas?* Stockholm: SNS Förlag.
- 1993. *A Case for Patient Charges?*. SNS Occasional Paper nr. 43.
- Taylor, H. & U.E. Reinhardt, 1991. "Does the System Fit?" *Health Care Management Quarterly*, 13:3, ss. 2-10.
- Törnqvist, H. 1999. "Nya ekonomiska styrformer – bakgrund, utformning och effekter", i *SOU 1999:66*, bilaga 1: *De nya styrsystemen inom hälso- och sjukvården – vad hände med ekonomi, arbetsmiljö och demokrati?*, ss. 5-52.
- Valdez, R.O. 1986. *The Effects of Cost Sharing on the Health of Children*. Santa Monica, CA: RAND Corporation.
- Wagstaff, A. & E. van Doorslaer, 1993. "Equity in the Finance and Delivery of Health Care: Concepts and Definitions", i van Doorslaer, E., A. Wagstaff & F. Rutten (eds.), *Equity in the Finance and Delivery of Health Care: An International Perspective*. Oxford: Oxford University Press.

## Författarna

Fil.dr.

Karin Barron

Sociologiska institutionen

Box 821

Uppsala universitet

751 08 Uppsala

karin.barron@soc.uu.se

Professor

Roland Granqvist

Företagsekonomiska institutionen

Stockholms universitet

106 91 Stockholm

rg@fek.su.se

Docent

Olle Lundberg

Institutet för social forskning

Stockholms universitet

106 91 Stockholm

olle.lundberg@social.ministry.se

Docent

Tommy Lundström

Institutionen för socialt arbete

Stockholms universitet

106 91 Stockholm

tommy.lundstrom@socarb.su.se

Fil.dr.

Dimitris Michailakis

Sociologiska institutionen

Box 821

Uppsala universitet

751 08 Uppsala

dimitris.michailakis@soc.uu.se

Professor

Lars Oscarsson

Samhällsvetenskapliga institutionen

Örebro universitet

701 82 Örebro

lars.oscarsson@sam.oru.se



Ekon.dr.  
Karin Svedberg Nilsson  
SCORE  
106 91 Stockholm  
karin.nilsson@hhs.se  
Docent

Marta Szebehely  
Institutionen för socialt arbete  
Stockholms universitet  
106 91 Stockholm  
marta.szebehely@social.ministry.se

Professor  
Mårten Söder  
Sociologiska institutionen  
Box 821  
Uppsala universitet  
751 08 Uppsala  
marten.soder@soc.uu.se

Professor  
Karsten Åström  
Avdelningen för rättssociologi  
Sociologiska institutionen  
Lunds universitet  
Box 114  
221 00 Lund  
karsten.astrom@rsoc.lu.se