En rapport från
Skattebetalarnas Förening

Landstinget i Blekinge
- en krona sänkt skatt?

2007-10-09

SKATTE BETALARNA

Box 3319, 103 66 Stockholm, 08-613 17 00,
www.skattebetalarna.se, info@skattebetalarna.se

1. 3 300 kronor mer i plånboken varje år för Blekingeborna?

En genomsnittlig skattebetalare betalar idag knappt 28 000 kronor per år, eller 2 300 kronor i månaden i landstingsskatt. Till cirka 90 procent går pengarna vi betalar i landstingsskatt för att finansiera hälso- och sjukvården. Även om vi alla är överens om att vården är en av de viktigaste delarna i välfärdstaten finns det anledning att fråga sig om pengarna vi betalar i landstingsskatt används på bästa möjliga sätt. I denna rapport visar vi att landstingen genom att lära av varandra skulle kunna arbeta effektivare och på så sätt göra det möjligt att sänka landstingsskatten utan att kvaliteten på vården blir lidande. Men vi frågar oss också om landstingen verkligen är den bästa organisationsformen för sjukvården. Kanske kan vi i Sverige lära av hur andra europeiska välfärdsstater valt att organisera sjukvården?

I den här rapporten visar vi på att Landstinget i Blekinge har en skattesänkningspotential på 1 krona och 43 öre. Detta utan att kvaliteten på vården med nödvändighet behöver bli lidande. För en normalinkomsttagare innebär det 3 300 kronor mer i plånboken varje år.

Utgiftsminskningar (och därmed skattesänkning) kan framförallt uppnås genom att landstinget i Blekinge bedriver hälso- och sjukvårdsverksamheten effektivare genom att lära av andra landsting som redan idag har lägre kostnader. Landstinget i Blekinge skulle exempelvis kunna lära av landstingen i Halland och Jönköping samt av Region Skåne, som alla har lägre kostnader, men lika hög eller högre kvalitet i vården som i Blekinge.

Skattesänkningspotentialen bygger också på att landstinget i Blekinge avstår från vissa utgifter som ligger utanför kärnverkverksamheterna, det handlar exempelvis om kostnader på kulturområdet. Dessa verksamheter utgör i genomsnitt 7 procent av landstingens kostnader. Här menar vi att det vilar ett stort ansvar på politikerna att visa att dessa pengar gör bättre nytta inom dessa verksamheter än på något annat område. I vården eller i medborgarnas egna plånböcker.

Landstingens framtid har aktualiserats i och med ansvarskommitténs förslag om nya regioner. Regionmodellen har fördelar, men en modell med dagens landsting eller de föreslagna storlandstingen är inget mål i sig. Det viktiga är högkvalitativ och effektiv vård. Bland de europeiska välfärdsstaterna finns en lång rad modeller för att organisera de offentliga åtagandena inom sjukvården representerade. Nederländerna, Schweiz och Tyskland är några länder som valt försäkringssystem. I Storbritannien och flera andra länder finansieras sjukvården, precis som i Sverige, över skattsedeln, men är en statlig angelägenhet. De europeiska länder som har valt andra lösningar har lika hög kvalitet i vården som i Sverige, men i de flesta fall betydligt kortare väntetider.[1] Ändå är kostnaden för den enskilde densamma eller lägre än den svenska landstingsskatten. När man diskuterar hur vården ska organiseras i framtiden borde man förutsättningslöst pröva de olika modeller som används runt om i Europa, i stället för att låsa sig vid modellen med en särskild politisk nivå för hälso- och sjukvården.

[1] Health Consumer Powerhouse. Euro Health Consumer Index 2007.

2. Så kan landstingen sänka skatten

Varför ska man överhuvudtaget diskutera skattesänkningspotentialen i landstingen? Få områden lär vara lika okontroversiella när det gäller användandet av skattemedel som hälso- och sjukvården. De politiska partierna och allmänheten är helt enkelt rörande överens om att hälso- och sjukvården är en av de viktigaste uppgifterna för den offentliga sektorn.

Men det innebär inte nödvändigtvis att pengarna används på rätt sätt. Även i offentliga verksamheter som är viktiga, och som bör förbli offentliga, förekommer det att skattepengar används på ett ineffektivt sätt. Det vet vi inte minst från Skattebetalarnas förenings granskning av kommunernas likaledes viktiga verksamheter inom skola och omsorg. Även med den självklara utgångspunkten att en hälso- och sjukvårdssektor baserad på skattefinansiering eller obligatoriska försäkringar är det bästa sättet att garantera att alla får tillgång till den vård de behöver, finns det anledning att ställa frågan om vi verkligen får den vård vi betalar för.

De skattepengar vi lägger på sjukvården kanske skulle kunna användas bättre. Kanske skulle vi kunna få mer vård pengarna. De resurser som frigörs genom att vi hittar effektivare sätt att arbeta skulle antingen kunna satsas inom hälso- och sjukvården eller användas för en sänkning av landstingsskatten som skulle ge människor mer pengar i plånboken att själva bestämma över.

Även om hälso- och sjukvården är en av de viktigaste uppgifterna för den offentliga sektorn, är även privat köpkraft och egna pengar är något positivt. Betydelsen av vissa offentliga åtaganden måste dock alltid vägas mot vilka effekter det får människors plånböcker – något som tyvärr ofta glöms bort i debatten om den offentliga sektorn och skatterna. Om man vill att människor ska ha möjlighet att själva förfoga över en större del av sina inkomster är det naturligt att undersöka möjligheterna att sänka kommunal- och landstingsskatterna. För dessa skatter utgör merparten av de skatter vanliga löntagare årligen betalar i skatt.

Att påstå att det finns en effektiviseringspotential, och i förlängningen, en skattesänkningspotential, i landstingen kan vid en första anblick tyckas kontroversiellt. Vi möts med jämna mellanrum med rapporter om resursbrist och köer inom sjukvården. Men

kanske är detta snarare uttryck för att de skattemedel som tillförts hälso- och sjukvården används på ett felaktigt sätt och att det borde göras andra prioriteringar.

För att det finns möjlighet att användas landstingens resurser på ett mer effektivt sätt framgår inte bara av analysen i denna rapport. Häromåret publicerade finansdepartementet en utredning som pekade på att det sannolikt finns en effektiviseringspotential på minst 30 miljarder inom hälso- och sjukvården över en tioårsperiod. Finansdepartementets utredare baserar sin iakttagelse dels på rapporter som konsultföretag gjort vad gäller intern effektivitet i landstingen, dels erfarenheterna från Jönköping, det landsting som de flesta menar är det som mest systematiskt arbetet med den interna effektiviteten. Dessutom konstaterar man att utrymmet sannolikt är större än 30 miljarder, då effektiviseringar genom ny teknik och nya behandlingsformer inte inkluderats. Finansdepartementets utredare menar att den identifierade effektiviseringspotentialen bör användas till att ge utrymme för mer verksamhet i landstingen. Men självklart skulle den även helt eller delvis kunna användas för att sänka landstingsskatten.[2]

Även om hälso- och sjukvården utgör merparten av landstingens verksamhet är det i sammanhanget viktigt att påpeka att landstingen även rymmer en rad andra verksamheter, som tillsammans står för cirka 7 procent av landstingens kostnader. Trots att det inte handlar om sjukvård, motiveras skatteuttaget för dessa verksamheter ändå med att pengarna behövs i sjukvården. Även om några av dessa verksamheter, såsom kollektivtrafiken är självklara uppgifter för det allmänna, kan det ifrågasättas om andra inom exempelvis, kultur- och fritidssektorn, överhuvudtaget ska finansieras med skattemedel. Här krävs en ökad granskning och ett större medvetande både bland politiker och skattebetalare om att hela landstingsskatten faktiskt inte alls går till att betala för sjukvård.

Genom att ställa ett antal frågor om kostnaderna för landstingens verksamhet hoppas vi kunna bidra till en debatt om nivån på landstingsskatten, men också till en diskussion om hur vi bäst organiserar den skattefinansierade hälso- och sjukvården. Det är en diskussion som inte minst är angelägen att föra mot bakgrund av den statliga Ansvarskommitténs förslag om att slå ihop landstingen till ett mindre antal regioner. En sådan reform ger rätt använd utmärkta

[2] *Iakttagelser om landsting* (Ds 2005:7).

möjligheter att ompröva befintliga arbetsformer och lära av de landsting som hittat arbetsformer som ger lägre kostnader.

Ansvarskommittén föreslår visserligen att landstingen ersätts med regioner. Men inget säger att de uppgifter som idag åligger landstingen bör bedrivas i en separat politisk nivå. För att komplettera bilden av effektiviseringspotentialen i landstingen låter vi oss avslutningsvis även inspireras av andra europeiska välfärdsstater. Finns det något vi kan lära av dessa om vi vill utforma ett skattefinansierat hälso- och sjukvårdssystem som ger så mycket vård som möjligt för pengarna?

Det är naturligtvis viktigt att påpeka att det inte är säkert att de föreslagna besparingarna och skattesänkningarna går att genomföra fullt ut. En viktig faktor att ta hänsyn till är givetvis att hälso– och sjukvården med tanke på den demografiska och medicintekniska utvecklingen står inför stora utmaningar, som leder till ökade resursbehov. Det för med sig att de resurser som frigörs genom effektiviseringar helt eller delvis kan komma att behövas inom vården. Däremot kan de nivåer på skattesänkningar som vi presenterar förhoppningsvis fungera som ett mål för de politiker och tjänstemän i landstingen som är satta att förvalta skattebetalarnas pengar.

2.1 Skattesänkningar genom benchmarking

Att finansiera en verksamhet som hälso- och sjukvården över skattsedeln har många fördelar, inte minst ur ett jämlikhetsperspektiv. En uppenbar nackdel är dock att vi förlorar den transparens som prissättning på en marknad innebär. När det inte råder konkurrens, som på en marknad, blir det svårt för oss att bilda oss en uppfattning om vi betalar ett rimligt pris för de tjänster hälso- och sjukvården erbjuder. Och därmed blir det också svårt för människor att avgöra om de betalar för mycket i skatt.

Ett sätt att lösa detta problem inom den offentliga sektorn är genom statistik som jämför olika kommuner eller landstings kostnader för att utföra samma tjänster. Tanken med så kallad benchmarking är att effektiviseringar ska bli möjliga genom att verksamheter jämför sig och lär av varandra. Svenska kommuner har sedan många år arbetet med denna typ av jämförelser och varje år publiceras omfattande statistiksamlingar för att underlätta detta arbete.

Inom landstingen är det dock först under de senaste åren man aktivt börjat arbeta med denna typ av jämförelser. Så sent som 2006 presenterade Sveriges Kommuner och Landsting och Socialstyrelsen för första gången ett dokument byggt på principen om öppna jämförelser av landstingens vårdkvalitet och effektivitet. Detta är ett utomordentligt viktigt steg, både då det ökar medborgarnas möjlighet till insyn och möjligheterna att föra en debatt kring användningen av skattemedel på ett centralt politikområde. Men också, som Sveriges Kommuner och Landsting och Socialstyrelsen själva konstaterar, genom att det gör det möjligt att lyfta fram goda exempel som kan stimulera effektiviseringsarbetet i landstingen.[3]

Att statistiken kring landstingen verksamhet är ny innebär givetvis att den fortfarande är behäftad med en rad felkällor, vilket Socialstyrelsen och Sveriges Kommuner och Landsting också löpande påpekar i sin rapport. Det tar helt enkelt ett antal år innan principerna för inrapportering är identiska i de olika landstingen. Att landstingsstatistiken är ett outvecklat område innebär också att det saknas statistik på en rad områden, som skulle förbättra möjligheterna till jämförelser ytterligare. Det gäller exempelvis kostnadsjämförelser mellan landstingen vad gäller specifika behandlingar och ingrepp, som skulle kunna ställas mot de medicinska resultaten för motsvarande sjukdomar och diagnoser. Trots dessa brister råder det inga tvivel om att dagens statistik är tillräckligt bra för att ligga till grund för en allmän diskussion om kostnader och effektivitet i landstingen. Granskningen av landstingen i denna rapport kommer således att bygga på de nyckeltal som publicerats inom ramen för Socialstyrelsens och Sveriges Kommuner och Landstings projekt för öppna jämförelser. Dock bör man påpeka att resultaten är kringgärdade av fler restriktioner än vad som skulle vara fallet i en motsvarande studie av kommunernas verksamheter.

Skattebetalarnas förening har tidigare med framgång använd benchmarking som metod för att kartlägga skattesänkningspotentialen i svenska kommuner. Med utgångspunkt i Sveriges Kommuner och Landstings statistik visade det sig föreligga stora och mycket svårförklarade kostnadsskillnader mellan kommunerna. Det fanns exempelvis mycket lite som motiverar varför en plats i grundskolan ska vara drygt 8 000 kronor dyrare i Linköping än i Eskilstuna. Eller varför det skiljer 24 000 kronor per inskrivet barn i förskolan mellan Jönköping och Helsingborg. Även i äldreomsorgen är kostnadsskillnaderna stora. Exempelvis är en plats i äldreomsorgens särskilda boende är 180 000 kronor dyrare i Umeå än i Västerås. Dessa

[3] Socialstyrelsen och Sveriges Kommuner och Landsting. *Öppna jämförelser av hälso- och sjukvårdens kvalitet och effektivitet*, 2006.

skillnader i kostnader för identiska verksamheter tyder på att vissa kommuner hittat sätt att organisera den kommunala verksamheten som gör den billigare för skattebetalarna. Om kommuner med höga kostnader kunde lära av kommuner med lägre kostnader skulle man med andra ord kunna spara stora pengar och sänka kommunalskatten avsevärt, visade granskningen.

Även om landstingsstatistiken rör sig på en högre aggregerad nivå än kommunstatistiken, som avsåg enskilda verksamheter. framkommer stora skillnader när man jämför landstingens kostnader för hälso- och sjukvård.

Tabellen nedan visar landstingens kostnad per invånare för hälso- och sjukvård under 2004. Kostnaderna varierar mellan knappt 13 000 kronor per invånare i Östergötland till knappt 17 000 kronor per invånare i Norrbotten.

Tabell 1: Hälso- och sjukvårdskostnad per invånare, exklusive tandvård och hemsjukvård, 2004, kronor

Östergötland	12 587
Halland	13 499
Jönköping	13 766
Västmanland	13 833
Uppsala	14 198
Kronoberg	14 275
Västra Götaland	14 324
Sörmland	14 531
Skåne	14 551
Riket	*14 827*
Värmland	14 879
Västerbotten	14 919
Blekinge	**15 068**
Gävleborg	15 139
Kalmar	15 139
Örebro	15 151
Dalarna	15 168
Jämtland	15 406
Stockholm	15 586
Västernorrland	16 226
Gotland	16 441
Norrbotten	16 689

Källa: Sveriges Kommuner och Landsting samt Socialstyrelsen

En invändning mot dessa kostnadsskillnader är att de endast skulle avspegla grundläggande strukturella skillnader mellan landstingen, såsom geografiska och demografiska faktorer som kan tänkas bidra till att förklara att ett visst landsting har högre eller lägre kostnader än ett annat. Även om detta till viss del är en korrekt invändning visar tabellen nedan att stora kostnadsskillnader kvarstår även om man kontrollerar för strukturella faktorer, som geografi och demografi.

Inom ramen för det kommunala utjämningssystemet beräknas varje år en standardkostnad för hälso- och sjukvården. Denna tar bland annat tar hänsyn till faktorer som glesbygd, ålderssammansättning och sjuklighet. Med hjälp av denna kan man jämföra ett landstings faktiska kostnader med den kostnad man ”borde ha” enligt utjämningssystemet. I tabellen nedan motsvarar värdet 100 att landstinget har de kostnader som man kan förvänta sig av de strukturella faktorerna. Värdet 88 innebär på motsvarande sätt att kostnaderna är 88 procent av de förväntade, medan 111 innebär att man ligger 11 procent över de förväntade kostnaderna.

Tabell 2: Hälso- och sjukvårdskostnad per invånare, exklusive tandvård och hemsjukvård, 2004, i relation till förväntad kostnad

Östergötland	88
Halland	92
Västra Götaland	94
Västmanland	96
Region Skåne	96
Sörmland	96
Jönköping	97
Värmland	98
Kronoberg	98
Västerbotten	99
Riket	*100*
Gävleborg	100
Jämtland	101
Örebro	101
Kalmar	101
Uppsala	101

Västernorrland	102
Norrbotten	102
Blekinge	**103**
Dalarna	104
Gotland	108
Stockholm	111

Källa: Sveriges Kommuner och Landsting samt Socialstyrelsen

Som framgår av tabellen ovan visar en sådan analys att både Östergötland och Halland har de lägsta kostnaderna även när man tar hänsyn till strukturella faktorer. I båda fallen ligger kostnaderna en bra bit under den förväntade kostnaden. Norrbotten ligger visserligen även med hänsyn tagen till strukturkostnader över förväntad kostnad, men positionen förbättras. Stockholm är det landsting där kostnaden kraftigast överstiger den förväntade kostnaden vilket delvis förklaras av att utjämningssystemet inte tar hänsyn till skillnader i lönekostnader. Hur stor del av skillnaden i kostnader som förklaras av löneskillnader är svårt att beräkna. En statlig utredning har dock uppskattat att det skiljer mellan 2,2 och tre procent i strukturella löneskillnader mellan Stockholm och övriga landet.[4] Den viktigaste förklaringen till att Stockholms läns landstings kostnader kraftigt överstiger den förväntade kostnaden är emellertid att stockholmarna konsumerar betydligt mer vård per person än vad som kan förväntas utifrån de strukturella förutsättningarna.

Sammantaget understryker detta dock att kostnadsskillnaderna mellan landstingen inte enbart kan förklaras av strukturella faktorer. Tvärtom kvarstår stora kostnadsskillnader även när man tar hänsyn till strukturella faktorer, vilket framgår av tabellen nedan.[5] En annan tänkbar förklaring till kostnadsskillnaderna som framförts av sjukvårdsekonomer är att de skulle kunna förklaras av olika redovisningsmetoder vad gäller landstingens lokalkostnader. Företrädare för Sveriges Kommuner och Landsting, som studerat landstingens lokalkostnader, menar dock att detta endast kan förklara en liten del av kostnadsskillnaderna.

En annan slutsats man bör dra av denna analys är att de förväntande kostnaderna, inte är mer än ett riktmärke, man kan precis som Halland och Östergötland ligga under den förväntade kostnaden samtidigt som man erbjuder sina invånare bra vård.

[4] Se SOU 2006:84, bilaga 5, sid 200.
[5] Socialstyrelsen och Sveriges Kommuner och Landsting. *Öppna jämförelser av hälso- och sjukvårdens kvalitet och effektivitet*, 2006, sid 101-102.

Kostnadsskillnaderna mellan landstingen blir också tydliga om man ser till de prestationsbaserade måtten som finns tillgängliga. Det rör sig inom den specialiserade somatiska vården om kostnaden per DRG-poäng. Specialiserad somatisk vård är den del av specialistvården som ägnar sig åt kroppens sjukdomar, den skiljer sig på så sätt från den specialiserade psykiatriska vården.

DRG, som står får diagnosrelaterade grupper, är ett system för att gruppera enskilda vårdkontakter till större grupper baserade på dess medicinska innehåll och resursförbrukning. Summan DRG-poäng fås genom antalet vårdkontakter multipliceras med den relativa vikten för (den relativa resursförbrukningen) för varje vårdkontakt.[6] Vi har valt att använda kostnad per konsumerad DRG-poäng, då detta är ett mer fullständigt mått än kostnaden per producerad DRG-poäng. Det senare måttet tar exempelvis inte hänsyn till den sjukvård som landsting utan universitetssjukhus köper från andra landsting.[7]

Kostnaden per konsumerad DRG-poäng varierar som framgår av tabellen nedan mellan 35 208 kronor i Östergötland till 46 594 kronor i Norrbotten. Värt att notera att flera av de landsting som har en hög kostnad per DRG-poäng inte delar Norrbottens särskilda strukturella faktorer.

Tabell 3: Kostnad per konsumerad prestation/DRG-poäng, specialiserad somatisk vård, 2004, kronor.

Östergötland	35 208
Jönköping	35 505
Halland	36 480
Kalmar	36 523
Uppsala	37 219
Kronoberg	38 101
Skåne	38 233
Stockholm	38 912
Västra Götaland	38 973
Riket	*39 172*
Jämtland	39 180
Västerbotten	39 443

[6] Socialstyrelsen och Sveriges Kommuner och Landsting. *Öppna jämförelser av hälso- och sjukvårdens kvalitet och effektivitet*, 2006, sid 105.
[7] Sveriges Kommuner och Landsting, 2006. *Produktivitet och effektivitet i hälso- och sjukvården.*

Västmanland	39 784
Gävleborg	40 306
Örebro	40 594
Värmland	40 801
Blekinge	**40 901**
Dalarna	41 340
Gotland	43 460
Sörmland	45 111
Västernorrland	45 287
Norrbotten	46 594

Källa: Sveriges Kommuner och Landsting samt Socialstyrelsen

Inom primärvården används måttet kostnad per vårdkontakt i primärvård, viktade kontakter. I detta mått har besök hos annan personal än läkare antagits motsvara 40 procent av resursåtgången för ett läkarbesök och en telefonkontakt har på motsvarande vis antagits motsvara 30 procent. Även här är skillnaderna mellan landstingen stora. Som framgår av tabellen är skillnaderna inom primärvården större än inom den specialiserade somatiska vården. Jämtland och Gävleborg har högst kostnader, medan Skåne och Västmanland har lägst.

Tabell 4: Kostnad per vårdkontakt i primärvård, viktade kontakter, 2004, kronor.

Skåne	971
Västmanland	1 007
Dalarna	1 066
Blekinge	**1 098**
Halland	1 137
Örebro	1 168
Kalmar	1 194
Värmland	1 223
Västra Götaland	1 226
Riket	*1 228*
Gotland	1 240
Jönköping	1 262
Stockholm	1 265
Uppsala	1 282
Sörmland	1 289
Norrbotten	1 341

Östergötland	1 435
Västernorrland	1 466
Kronoberg	1 468
Västerbotten	1 478
Gävleborg	1 521
Jämtland	1 569

Källa: Sveriges Kommuner och Landsting samt Socialstyrelsen

Utifrån ovanstående statistik tycks det som om kostnadsskillnaderna mellan landstingen i relativt stor utsträckning avspeglar skillnader i organisation. Vissa landsting kan helt enkelt antas ha hittat sätt att organisera hälso- och sjukvården som innebär en effektivare användning av skattemedlen. Om övriga landsting kunde lära av dessa skulle det kunna möjliggöra sänkningar av landstingsskatten.

2.2 Några ord om kostnader och kvalitet

En vanlig invändning mot att diskutera effektiviseringar inom hälso- och sjukvården är att kvaliteten skulle bli lidande. Riktigt bra hälso- och sjukvård kostar helt enkelt mer resonerar man. I vissa fall kan det säkert vara fallet. Men det är inte hela sanningen visar en närmare granskning. Hög kvalitet både går mycket väl att förena med låga kostnader.

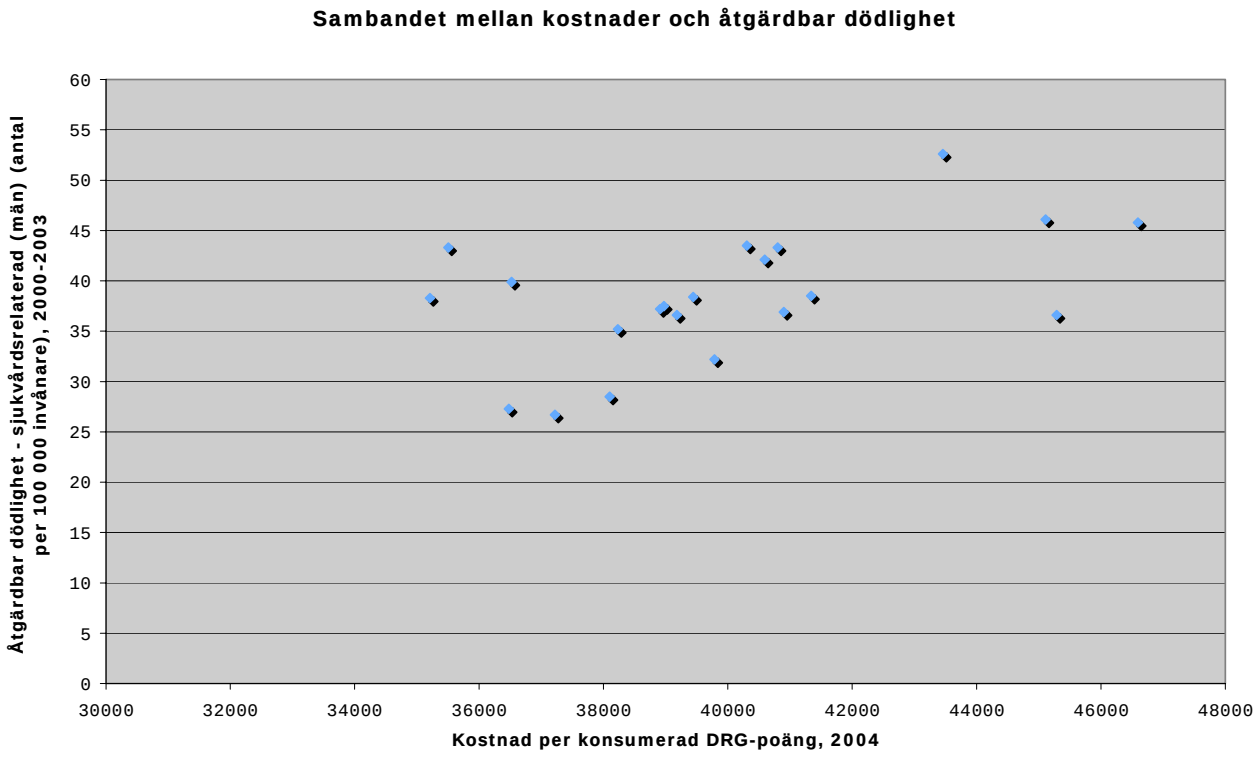
Ett sätt att mäta kvalitet är att studera resultaten i form av åtgärdbar dödlighet, det vill säga den dödlighet i ett landstings befolkning som man kan påverka. Måttet finns i två versioner. För det första ”sjukvårdsrelaterad åtgärdbar dödlighet”, som bygger på dödligheten i diagnoser som är möjliga att påverka genom med medicinska insatser, exempelvis blindtarmsinflammation, stroke, gallstenssjukdom och livmoderhalscancer. För det andra ”hälsopolitiskt åtgärdbar dödlighet”, som bygger diagnoser som anses vara möjliga att påverka genom hälsopolitiska åtgärder som rökavvänjning och förändrade alkoholvanor, exempelvis lungcancer och levercirros.[8]

För att få en indikation – något annat är inte möjligt - på eventuella samband mellan kostnader och kvalitet undersöks i diagrammet nedan sambandet mellan den sjukvårdsrelaterade

[8] Socialstyrelsen och Sveriges Kommuner och Landsting. *Öppna jämförelser av hälso- och sjukvårdens kvalitet och effektivitet*, 2006, sid 27.

åtgärdbara dödligheten, för män uttryckt som antal per 100 000 invånare, och kostnaden per DRG-poäng i den specialiserade somatiska vården.

Diagram 1

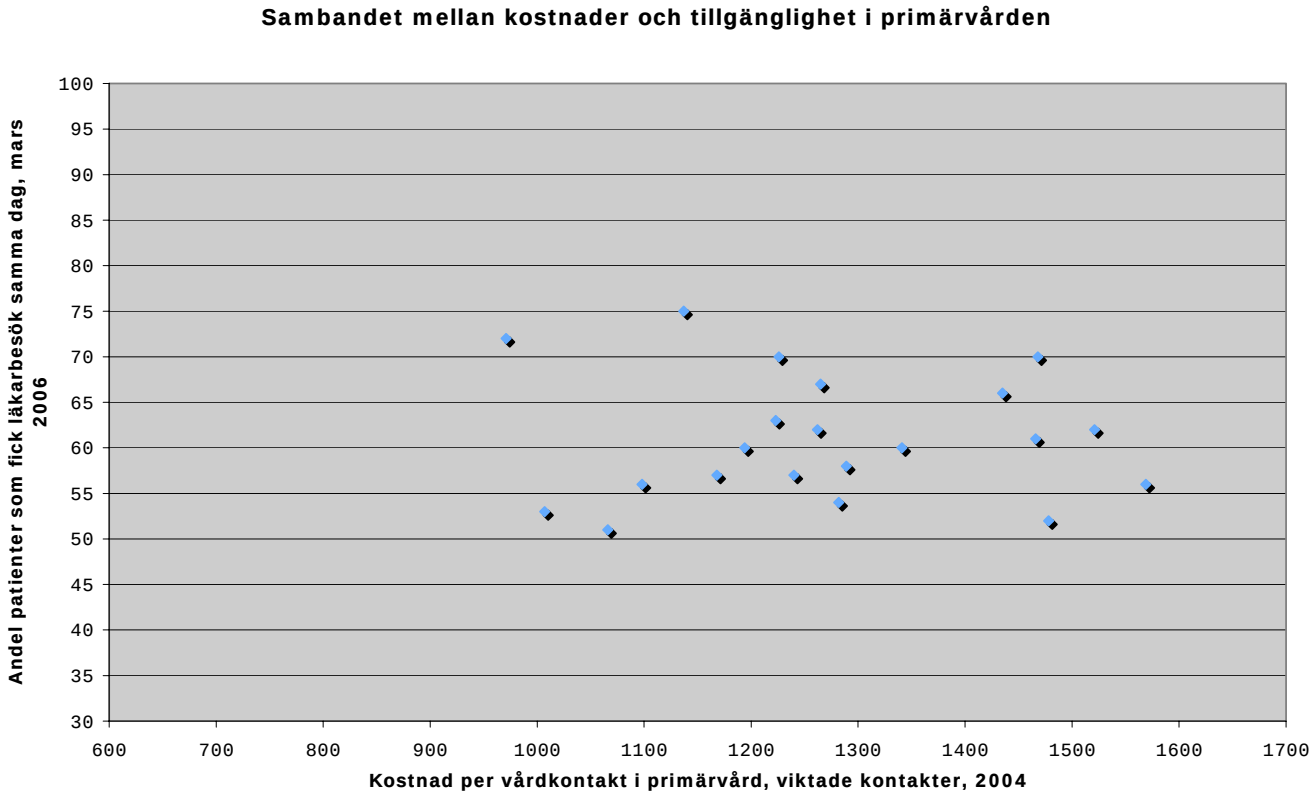


Källa: Sveriges Kommuner och Landsting samt Socialstyrelsen

Som framgår av diagrammet ovan finns det inga självklara samband mellan kostnaden per prestation i den specialiserade somatiska vården och den sjukvårdsrelaterade åtgärdbara dödligheten. Värt att notera är dock att de två landsting som har den lägsta åtgärdbara dödligheten Uppsala (26,7) och Halland (27,3) också återfinns bland de landsting som har lägst kostnad per konsumerad DRG-poäng.

Inom primärvården kan det på motsvarande sätt vara intressant att undersöka eventuella samband mellan kostnaden per vårdkontakt och tillgängligheten, uttryckt som andelen patienter som får träffa en läkare samma dag som de sökt vård.

Diagram 2



Källa: Sveriges Kommuner och Landsting samt Socialstyrelsen

Som framgår av diagrammet finns det inte heller i primärvården några uppenbara samband mellan kvalitet, mätt i form av tillgänglighet, och kostnader. Värt att notera är att två landsting, som har bland de lägsta kostnaderna, Halland och Region Skåne, också har den högsta tillgängligheten (75 respektive 72 procent fick träffa en läkare samma dag som de sökt vård).

Även om nyckeltalen inte är helt oproblematiska, vilket också påpekats tidigare, ger analyserna ovan en tydlig indikation på att det inte finns några klara samband mellan kostnader och kvalitet. Bra vård kan kosta både mycket och lite. Samma sak gäller sämre vård. Och i det valet är definitivt bra vård till låg kostnad att föredra.

Att de kvalitetsproblem som finns i vården i grunden inte handlar om resursproblem, utan snarare om hur landstingens verksamhet är organiserad, är också den slutsats som dras i en rapport utgiven av finansdepartementet:

”Vi tror inte att dålig tillgänglighet, t ex köer, i första hand beror på resursbrist, utan snarare på bristande effektivitet i system och processer.”[9]

2.3 Några ord om metod

De statistikuppgifter som ligger till grund för analysen är alla hämtade från antingen Sveriges Kommuner och Landstings och Socialstyrelsens statistiksamlingar eller direkt från landstingen egen redovisning.

Analysen är statisk i bemärkelsen att den utgår från en given skattebas. Den tar med andra ord inte hänsyn till exempelvis potentiella effekter av att fler invånare i det berörda landstinget arbetar eller höjer sina inkomster, vilket givetvis också påverkar landstingens ekonomiska situation.

Det bör också påpekas att denna rapport inte är ett inlägg i debatten om skatteutjämningssystemet. Analysmodell baseras på förhållandena efter skatteutjämningen – de förslag på förändringar som presenteras borde därför vara möjliga att genomföra även inom ramen för dagens skatteutjämningssystem.

För att beräkna de möjliga skattesänkningarna har vi utgått från skatteunderlaget enligt 2006 års taxering, enligt SCB.[10] Med antagandet om ett oförändrat skatteunderlag och oförändrade statsbidrag har vi därefter frågat oss hur stor skattesänkning en besparing motsvarar. Exemplen på vad en skattesänkning skulle innebära för en enskild skattebetalare är alla beräknade på en person med årsinkomsten 274 400 kronor eller knappt 22 900 kronor i månanden. Denna lönenivå motsvarar medianinkomsten för heltidsarbetande år 2005 uppräknat med löneindex. Inkomsten kan alltså sägas vara en normalinkomst år 2007.

[9] *Iakttagelser om landsting* (Ds 2005:7), sid 44.
[10] SCB, 2007. *Kommunalskatterna 2007.*

3. Landstinget i Blekinge

Landstingsskatten i Blekinge 2007 är 10,71, vilket kan jämföras med riksgenomsnittet för landstingsskatten som är 10,78.

Utgångspunkten för våra landstingsgranskningar är tanken att de pengar vi betalar i skatt till landstingen både ska användas på rätt sätt och till rätt saker. Med andra ord är vi intresserade både av att landstingen ska jobba effektivare och av att de ska koncentrera sin verksamhet till kärnuppgifterna inom hälso- och sjukvård samt kollektivtrafik.

På de kommande sidorna kommer vi att se att landstinget i Blekinge skulle kunna sänka skatten med 1,43 kronor. För en normalinkomsttagare innebär det 3 300 kronor mer i plånboken varje år eller 270 kronor i månanden. Det handlar dels om att bedriva hälso- och sjukvårdsverksamheten effektivare genom att lära av andra landsting som redan idag har lägre kostnader, dels om att avstå från vissa kostnader som ligger utanför kärnverkverksamheterna.

Det är viktigt att än en gång påpeka att det inte är säkert att de föreslagna besparingarna och skattesänkningarna går att genomföra fullt ut. Däremot kan de nivåer på skattesänkningar som vi presenterar förhoppningsvis fungera som en källa till inspiration för landstingspolitiker och tjänstemän.

Våra beräkningar visar att det i landstinget i Blekinge finns en effektiviseringspotential på 312,6 miljoner. Denna fördelar sig på följande vis mellan landstingens olika verksamheter:

Tabell 5: Effektiviseringspotentialen i landstinget i Blekinge per verksamhetsområde (mkr)

Specialiserad somatisk vård	Primärvård	Regional utveckling
200,9	41,2	70,5

Av den sammanlagda effektiviseringspotentialen i landstinget i Blekinge står hälso- och sjukvården för 242,1 miljoner eller 77 procent.

3.1 Hälso- och sjukvården

Hälso- och sjukvården stod 2005 för i genomsnitt 93 procent av landstingens samlade kostnader. Inom hälso- och sjukvårdsområdet stod den specialiserade somatiska vården för 51 procent av nettokostnaderna. Primärvården stod för 16 procent. Specialiserad psykiatrisk vård stod för 9 procent, medan tandvården utgjorde 3 procent av nettokostnaderna. Resterande nettokostnader inom hälso- och sjukvården fördelas mellan övrig hälso- och sjukvård (framförallt sjuktransporter och handikappverksamhet), läkemedelsförmån och politisk verksamhet relaterad till hälso- och sjukvården.[11]

För att beräkna effektiviseringspotentialen inom hälso- och sjukvården har vi valt att använda två nyckeltal. Det rör sig dels om kostnaden per konsumerad DRG-poäng inom den specialiserade somatiska vården, dels om kostnaden per viktad vårdkontakt inom primärvården. Båda nyckeltalen har definierats i föregående avsnitt. Dessa nyckeltal omfattar således enbart en del av landstingens åtaganden inom hälso- och sjukvården. Som vi sett utgör emellertid den specialiserade somatiska vården och primärvården tillsammans 67 procent av landstingens nettokostnader för hälso- och sjukvård. Inom övriga delar av hälso- och sjukvården, som exempelvis den specialiserade psykiatriska vården, saknas lämpliga nyckeltal för effektivitetsjämförelser.

Tabellen nedan visar hur stor effektiviseringspotentialen, och i förlängningen hur stort skattesänkningsutrymmet, skulle bli om landstingen lyckades sänka sin kostnad per konsumerad DRG-poäng så att den kommer i nivå med det landsting som idag har den lägsta kostnaden, det vill säga Östergötland med en kostnad på 35 208 kronor per konsumerad DRG-poäng. Att jämföra med det landsting som har lägst kostnad är naturligtvis en tuff jämförelse, men samtidigt borde det kunna fungera som en realistisk målbild för ansvariga politiker och tjänstemän.

Landstinget i Blekinge har idag en kostnad per DRG-poäng på 40 901 kronor, det vill säga drygt 5 000 kronor över kostnaden i både Jönköping och Östergötland. Om landstinget i Blekinge kunde sänka sin kostnad till samma nivå som den i landstinget i

[11] Sveriges Kommuner och Landsting, 2006. *Statistik om hälso- och sjukvård samt regional utveckling 2005*, sid 11-13.

Östergötland skulle man kunna spara 200 miljoner. Det motsvarar en skattesänkning på 92 öre.

Tabellen nedan visar hur stor effektiviseringspotentialen, och i förlängningen hur stort skattesänkningsutrymmet, skulle bli om landstingen lyckades sänka sin kostnad per vårdkontakt i primärvården så att den kommer i nivå med det landsting som idag har den lägsta kostnaden, det vill säga Region Skåne med en kostnad på 971 kronor per vårdkontakt.

Landstinget i Blekinge har redan idag en låg kostnad per vårdkontakt i primärvården på 1 098 kronor. Men både grannlandstinget Region Skåne och Västmanland har lägre kostnad. Genom att sänka sin kostnad till samma nivå som den i Region Skåne skulle landstinget i Blekinge kunna spara 41 miljoner. Det ger en skattesänkning på 19 öre.

En analys av effektiviseringspotentialen genom benchmarking leder naturligtvis till frågan om vad man kan lära av de landsting som har låga kostnader. Vi har inga anspråk på att på detta begränsade utrymme ge ett uttömmande svar på denna minst sagt komplicerade fråga. Däremot vill vi lyfta fram några punkter för den fortsatta diskussionen.[12]

Landstinget i Jönköping brukar framhållas som det landsting som tydligast arbetet med att förbättra den interna effektiviteten. Effektivitetsvinsten beräknas uppgå till 80 miljoner kronor per år.[13] En viktig del av effektivitetsarbetet i Jönköpingslandstinget handlar om vad som brukar beskrivas som den inre logistiken. Det vill säga att de tillgängliga resurserna används till rätt saker vid rätt tillfälle. Efterfrågan på vård är exempelvis relativt förutsägbar från år till år. Utifrån detta kan utbudet planeras, så att exempelvis läkares tid används för administration under perioder då det finns många patienter som behöver träffa en läkare.

Landstinget i Halland är som vi sett ett av de landsting som har lägst kostnader, samtidigt som man uppvisar bland de bästa medicinska resultaten. Politiker och tjänstemän i Halland lyfter framförallt fram två faktorer bakom framgångarna. För det första pekar man sambandet mellan tillgänglighet i primärvården och god hälsa. Genom att se till så att tillgången till primärvård är god ser man till så att personer med vårdbehov söker vård tidigt. För ju svårare

[12] Beskrivningarna av hur landstingen arbetar bygger dels på *Iakttagelser om landsting* (Ds 2005:7), dels på intervjuer med ledande tjänstemän, samt i viss utsträckning politiker, i de aktuella landstingen,
[13] *Iakttagelser om landsting* (Ds 2005:7), sid 76.

det är att komma i kontakt med primärvården, desto längre väntar man. Detta har en direkt effekt på kostnaderna, Genom att sätta in vård i ett tidigare skede kan man minska antalet dyra behandlingar. För det andra handlar landstinget i Hallands låga kostnader om att det är en relativt liten organisation, vilket gör den lättare att styra än ett större landsting. I detta ligger också en lång tradition av sparsamhet med skattepengarna, vilket kommit att prägla den interna kulturen.

I Östergötland pekar man på liknande faktorer när man försöker förklara landstingets låga kostnader. Även här talar man om betydelsen av en lång tradition av ekonomisk försiktighet, som alla partier slutit upp bakom. Man har undvikit stora utgiftsökningar och insett att skattehöjningar inte löser några problem på sikt. Landstinget i Östergötland har haft samma skattesats under lång tid. Ytterligare ett exempel på ekonomisk försiktighet är att man till skillnad från många andra landsting redovisar hela sin pensionsskuld.

Östergötlands låga kostnader i specialistvården handlar också om hur verksamheten är organiserad. Genom att låta den specialiserade vården vara länsövergripande organiserad har samordnings- och effektivitetsvinster kunnat uppnås. Primärvården och psykiatrin är fortfarande lokalt organiserad.

Region Skåne har de lägsta kostnaderna per vårdkontakt i primärvården, samtidigt som man har god tillgänglighet. Bakom detta ligger ett arbete med de interna processerna som påminner om landstinget i Jönköping. Det kan handla om att anpassa verksamheten utifrån efterfrågan, exempelvis genom att i organisationen och den interna logistiken ta hänsyn till att efterfrågan i primärvården alltid är högre på måndagar. Men det handlar också om en medveten uppföljning av nyckeltal. Ytterligare en faktor som lyfts fram är regionens kundvalsmodell som ger lika villkor för offentliga och privata utförare inom primärvården.

Det tycks också som om förekomsten av alternativa driftsformer kan påverka kostnaderna, konstaterar man i en undersökning från Svenskt Näringsliv. Landsting som har en större andel upphandlad verksamhet har också lägre kostnader. Samtidigt är graden av konkurrens i många landsting så liten att det inte går att dra några säkra slutsatser om hur konkurrensen påverkar kostnaderna.[14]

[14] Svenskt Näringsliv, *Personal- och produktivitetsutvecklingen i den svenska sjukvården.* 2004.

3.2 Regional utveckling

Området regional utveckling motsvarar i genomsnitt 7 procent av landstingens kostnader.[15] Merparten av landstingens verksamhet inom regional utveckling utgörs av kollektivtrafiken, som står för 67 procent av nettokostnaderna på området.[16] I likhet med hälso- och sjukvården är detta ett viktigt offentligt åtagande. Däremot finns inga tillförlitliga sätt att jämföra effektiviteten mellan de olika länstrafikbolagen, för att på så sätt kunna kartlägga ett möjligt skattesänkningsutrymme. Driften inom kollektivtrafiken är dock sedan länge konkurrensutsatt genom upphandlingar, varför det är rimligt att anta att effektiviseringspotentialen är mindre än i många andra offentliga verksamheter.

Däremot kan man diskutera i vilken utsträckning kollektivtrafiken bör finansieras över skattsedeln. Graden av skattefinansiering varierar kraftigt mellan trafikhuvudmännen. I exempelvis Stockholm och Region Skåne motsvarade biljettintäkterna och andra intäkter från exempelvis annonsering och bussgods under 2005 över 60 procent av kostnaderna, medan samma siffra i Västernorrland var cirka 35 procent och i Kalmar 38 procent.[17] I tabellen har vi räknat på skattesänkningspotentialen om subventionsgraden i kollektivtrafiken sänktes till den nivå som gäller i Region Skåne, som med en subventionsgrad på 38 procent ligger lägst i landet. Det är viktigt att skattefinansieringen av många av kollektivtrafikbolagen endast till viss del kommer från landstingen. Kommunerna står i de flesta fall för största delen av de offentliga bidragen. Räkneexemplet omfattar endast landstingens andel av finansieringen och bygger på att den är oförändrad.

Subventionsgraden i kollektivtrafiken i Blekinge ligger idag på 50,2 procent. Det vill säga över den i närliggande län, som Halland (46,1), Jönköping (39,4) och Region Skåne, (38). Genom att sänka subventionsgraden skulle till samma nivå som i Region Skåne skulle landstinget kunna spara 9,5 miljoner.

Övriga verksamheter som landstingen bedriver inom området regional utveckling handlar dels om verksamhet inom kulturområdet, som i genomsnitt stod för 18 procent av kostnaderna på

[15] Sveriges Kommuner och Landsting, 2007. *Statistik om hälso- och sjukvård samt regional utveckling 2006*, sid 12.
[16] Sveriges Kommuner och Landsting, 2007. *Statistik om hälso- och sjukvård samt regional utveckling 2006*, sid 41.
[17] SIKA, 2006. *Lokal och regional kollektivtrafik.*

området, dels om utbildningsverksamheter som stod 6 procent av kostnaderna på området. Till detta kommer kostnader inom vad som beskrivs som allmän regional utveckling, exempelvis turism- och näringslivsutveckling, vilket sammanlagt står för 10 procent av nettokostnaderna.

I stor utsträckning rör detta sig om verksamheter där man kan ifrågasätta om de i samma utsträckning som idag bör finansieras med skattemedel. Det gäller inte minst kulturverksamheten på länsnivå och verksamheterna inom allmän regional utveckling. Givetvis finns undantag, såsom landstingens ansvar för naturbruksgymnasierna. Däremot kan det ifrågasättas varför landstingen ska vara huvudmän för en stor del av folkhögskolorna, när dessa framgångsrikt kan drivas i folkrörelseregi.

Det är viktigt att komma ihåg att vår poäng inte är att alla dessa verksamheter måste tas bort. Däremot menar vi att verksamheten som ligger vid sidan av landstingens kärnverksamheter, hälso- och sjukvården samt kollektivtrafiken, måste granskas särskilt av både politiker och medborgare. Även om dessa verksamheter, som exempelvis inom kultursektorn, är uppskattade av många menar vi att utgifterna måste vägas mot möjligheten att ge människor mer pengar att själv förfoga över eller att satsa pengarna i kärnverksamheterna. Nedan ges en indikation på hur stor besparingspotentialen, och i förlängningen skattesänkningspotentialen, är inom området regional utveckling.

Landstinget i Blekinge lägger idag 61 miljoner på verksamheter vid sidan om kärnområdena hälso- och sjukvård samt kollektivtrafik.

Av de 61 miljoner som landstinget i Blekinge lägger på verksamheter utanför kärnverksamheten går den största delen, 32,7 miljoner, till det regionala samarbetsorganet Region Blekinge, som finansieras av landstinget tillsammans med kommunerna i länet. Den största posten i Region Blekinges totala budget på knappt 100 miljoner är bidrag till olika former av regionala utvecklingsprojekt, som 2007 får sammanlagt 44 miljoner. Det rör sig om allt ifrån EU-information, samarbete med grannländerna runt Östersjön till trafiksäkerhetskampanjer. En annan stor post i Region Blekingens budget är de 28,8 miljoner som går i bidrag till kulturområdet. Det handlar om bidrag till länsmuseet och regionteatern, men också om bidrag på cirka 10 miljoner till forbildnings- och ungdomsorganisationer. 1,6 miljoner i stöd till idrottsföreningar och 0,7 miljoner till olika kulturföreningar.

Vid sidan om bidraget till region Blekinge är den andra stora utgiften utanför kärnverksamheterna de 15 miljoner landstinget bidrar med till Blekinge Folkhögskola. Landstingen fungerar idag som huvudmän för många av folkhögskolorna och står för en stor del av finansieringen. Den relevanta frågan är förstås om det finns alternativa sätt att organisera och finansiera folkhögskolorna?

Landstinget i Blekinge lägger idag 61 miljoner på verksamheter vid sidan om kärnområdena hälso- och sjukvård samt kollektivtrafik. Till detta kommer en besparingspotential på 9,5 miljoner inom kollektivtrafiken. Inom området regional utveckling finns således utgifter på 70,5 miljoner som landstingspolitikerna bör granska särskilt noga. Gör pengarna bäst nytta i landstingets budget eller i människors plånböcker? 70,5 miljoner motsvarar en skattesänkning på 32 öre.

4. I stället för landsting?

Hittills har vi i denna rapport diskuterat möjligheterna att bedriva verksamheten effektivare inom ramen för dagens landsting. Som bekant är landstingens framtid föremål för diskussion i och med ansvarskommitténs förslag att slå ihop landstingen till ett mindre antal regioner.

Utan tvivel erbjuder regionbildningarna intressanta möjligheter ur ett effektiviseringsperspektiv. Rätt skött innebär de en möjlighet att bryta upp gamla organisations- och arbetsformer och låta sig inspireras av de landsting som idag driver den effektivaste verksamheten.

Fördelen med att bedriva hälso- och sjukvården i en separat politisk nivå – oavsett om det är landsting eller regioner – är givetvis att en viktig offentlig verksamhet får en direkt demokratisk förankring. Dessa demokrativinster bör dock vägas mot eventuella effektivitetsvinster med andra organisationsformer. Välfärdsstater runt om i världen erbjuder en rad olika organisationsmodeller för den offentligt finansierande sjukvården. Om målet är att den offentligt finansierande vården ska drivas på ett för skattebetalarna så effektivt som möjligt är det intressant att fråga sig om vilka effektivitetsvinster som skulle kunna uppnås genom alternativa organisationsformer.

När man diskuterar hur vården ska organiseras i framtiden borde man förutsättningslöst pröva de olika modeller som används runt om i Europa, i stället för att låsa sig vid modellen med en särskild politisk nivå för hälso- och sjukvården.

Hur den offentliga sjukvården är organiserad varierar kraftigt mellan de olika västeuropeiska välfärdsstaterna. I detta avsnitt kommer vi därför att presentera ett antal alternativa organisationsmodeller för den offentligt finansierade vården. Vi har valt att lyfta fram fyra länder, nämligen Nederländerna, Schweiz, Storbritannien och Tyskland. De representerar dels olika sätt att organisera den offentliga vården, dels innehåller deras respektive sjukvårdssystem aspekter som kan vara intressanta när man diskuterar alternativ till den svenska landstingsmodellen.

Tabell 6: Några modeller för att organisera hälso- och sjukvården

Land	System
Sverige	Skattefinansierat (landsting)
Nederländerna	Obligatoriska försäkringar
Schweiz	Försäkringar (regionala variationer)
Storbritannien	Skattefinansierat (statligt)
Tyskland	Obligatoriska försäkringar

Nederländerna: I januari 2006 trädde en ny lag i kraft som gör det obligatoriskt för alla invånare över 18 år att teckna en sjukförsäkring. Det nederländska systemet har tre nivåer. Först det nationella försäkringssystemet för exceptionella medicinska utgifter, sedan olika försäkringssystem genom fonder och privata försäkringar och slutligen frivilliga tilläggsförsäkringar. På den första nivån, för exceptionella utgifter som är för dyra och speciella för att betalas av individer eller privata försäkringar, står staten för finansieringen. På den andra nivån, som avser vanlig nödvändig sjukvård, så delas kostnaderna mellan försäkringsfonder och privata försäkringar. Den tredje nivån, som avser mindre nödvändig sjuk- och friskvård, täcks nästan helt av privata försäkringar och kan innebära utökad tandvård, glasögon eller alternativmedicin. Alla som tjänar mindre än 32 000 euro (2004 års siffror) har rätt att få sin försäkring betald av det allmänna. 2003 hade 30 procent av befolkningen kompletterande privata försäkringar.[18]

Schweiz: I Schweiz präglas sjukvårdssystemet av landets liberala och federala system där de olika kantonerna har stor frihet att själva utforma sina system. De regionala skillnaderna i fråga om hur sjukvården är organiserad är således stora. I en del kantoner får inte försäkringspremierna som en familj eller individ betala utgöra en större del av deras totala inkomst än 10 procent. Kostnader därutöver betalas av kantonen. I andra kantoner så varierar kantonsubsidierna beroende på medborgarens totala inkomst och betalas bara under vissa inkomstnivåer. I vissa kantoner så betalas hela försäkringspremien för medborgaren om denne har en väldigt låg inkomst. Nära 39 procent av sjukvårdssystemet är privatfinansierat. Den statliga inblandningen i sjukvården har varit mycket låg i Schweiz och ansvaret för finansiering och drift ligger hos de 23 kantonerna och privata försäkringsföretag. 1994 infördes en lag som gjorde det obligatoriskt att köpa en sjukförsäkring. Samtidigt infördes ett

[18] European Observatory on Health Systems and Policies, 2004. *Health Care Systems in Transition – Netherlands*.

system där sjukvårdsförsäkringen i varierande utsträckning subventioneras med offentliga medel.[19]

Storbritannien: I likhet med Sverige saknar det offentliga brittiska sjukvårdssystemet, National Health Service, NHS, försäkringsinslag. Medan det svenska systemet är decentraliserat till landstingen är det brittiska dock centraliserat. Det övergripande ansvaret för det brittiska sjukvårdssystemet, ligger hos The Department of Health. Regeringarna i Skottland, Wales och Nordirland har visst lokalt ansvar. Budgeten för NHS-systemet fastställs årligen som en del av planeringsprocessen för statens totala utgifter.

Tyskland: I det tyska systemet är sjukvårdsförsäkringen obligatoriskt och den enskilde medborgarens avgift bygger på både inkomst och var denne bor. Betalningsnivåerna till den obligatoriska försäkringen varierar med inkomst, inte risk. Systemet finansieras genom regionala eller nationella fonder och försäkringsavgifter som delas mellan den anställde och arbetsgivaren. 2004 fanns det 292 sjukfonder med 72 miljoner försäkringstagare och 49 privata sjukförsäkringsföretag med 7,1 miljoner fullt försäkrare medborgare. Den obligatoriska sjukförsäkringen täckte år 2003 88 procent av befolkningen. Resterande delen av befolkningen hade helt privata försäkringsalternativ betalade direkt eller via arbetsgivare. För dem med mycket små inkomster såsom kulturarbetare eller studenter så bär staten större del av försäkringskostnaden. Eftersom försäkringskostnaden är baserad på medborgarens inkomst subventionerar staten kostnaden för dem med lägre inkomster. År 2002 bekostades 75,2 procent av sjukvården av offentliga medel medan 24,7 procent bekostades av privata alternativ som direkta betalningar, privata försäkringar och arbetsgivarförsäkringar.[20]

När man jämför Sverige med andra europeiska länder bör man ta i beaktande att kvaliteten i vården motsvarar den i Sverige, samtidigt som tillgängligheten generellt sett är bättre.[21] Trots detta är kostnaden för den enskilde i många fall densamma eller lägre än den svenska landstingsskatten.

[19] European Observatory on Health Systems and Policies, 2000. *Health Care Systems in Transition – Switzerland.*
[20] European Observatory on Health Systems and Policies, 2004. *Health Care Systems in Transition – Germany.*
[21] Health Consumer Powerhouse. Euro Health Consumer Index 2007.

Källor

European Observatory on Health Systems and Policies, 2000. *Health Care Systems in Transition – Switzerland.*

European Observatory on Health Systems and Policies, 2004. *Health Care Systems in Transition – Germany*.

European Observatory on Health Systems and Policies, 2004. *Health Care Systems in Transition – Netherlands*.

Finansdepartementet. *Iakttagelser om landsting* (Ds 2005:7).

Health Consumer Powerhouse. *Euro Health Consumer Index 2007.*

SCB, 2007. *Kommunalskatterna 2007.*

SIKA, 2006. Lokal och regional kollektivtrafik.

Socialstyrelsen och Sveriges Kommuner och Landsting. *Öppna jämförelser av hälso- och sjukvårdens kvalitet och effektivitet*, 2006.

SOU 2006:84.

Svenskt Näringsliv, *Personal- och produktivitetsutvecklingen i den svenska sjukvården.* 2004.

Sveriges Kommuner och Landsting, 2006. *Produktivitet och effektivitet i hälso- och sjukvården.*

Sveriges Kommuner och Landsting, 2007. *Statistik om hälso- och sjukvård samt regional utveckling 2006*.