En rapport från
Skattebetalarnas Förening

Landstinget Västernorrland – två kronor sänkt skatt?

2008-05-06

SKATTE BETALARNA

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

1. 5 200 kronor mer i plånboken varje år?

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 det inom Landstinget Västernorrland finns en skattesänkningspotential på 2:27 kronor. Detta utan att verksamheterna behöver bli lidande. För en normalinkomsttagare innebär det 5 200 kronor mer i plånboken varje år.

Dessa utgiftsminskningar (och därmed skattesänkning) kan framförallt uppnås genom att landstinget bedriver hälso- och sjukvårdsverksamheten effektivare genom att lära av andra landsting som redan idag har lägre kostnader.

Landstinget Västernorrland skulle exempelvis kunna lära av de andra Norrlandslandstingen som alla har lägre kostnader inom specialistvården. Landstinget Västernorrland har däremot redan låga kostnader i primärvården, och skulle i detta avseende kunna fungera som förebild för andra landsting. Men exempelvis Västmanland och Region Skåne har ännu lägre kostnader.

Skattesänkningspotentialen bygger också på att landstinget 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 den statliga ansvarskommitténs förslag om nya regioner. För Västernorrlands del har framförallt en sammanslagning med ett eller flera av de andra landstingen i Norrland diskuterats. Västernorrland har idag lägre kostnad i primärvården än landstingen i både Norrbotten, Västerbotten och Jämtland och skulle därmed kunna fungera som förebild vid en eventuell regionbildning. Däremot har Västernorrland högre kostnader än de andra Norrlandslandstingen i specialistvården.

Om Landstinget Västernorrland sänkte sina kostnader i specialistvården till samma nivå som i Jämtland, som har Norrlands lägsta kostnader, skulle landstingsskatten kunna sänkas med 69 öre. För en normalinkomsttagare skulle det innebära drygt 1 500 kronor per år. Oavsett om regionbildningen blir av eller inte bör Landstinget Västernorrland inspireras av grannlandsting som hittat sätt att driva verksamheten effektivare.

Regionmodellen har både för- och nackdelar, 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 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 för 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 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.

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

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

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 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 Sveriges Kommuner och Landsting och Socialstyrelsen 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. Vår granskning av hälso- och sjukvårdens kvalitet och kostnader kommer således att bygga på de nyckeltal som publicerats inom ramen för Sveriges Kommuner och Landstings och Socialstyrelsens 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 använt 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 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

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

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 2006. Kostnaderna varierar mellan drygt 16 000 kronor per invånare i Halland och Östergötland samt knappt 21 000 kronor per invånare på Gotland.

Tabell 1: Hälso- och sjukvårdskostnad per invånare, exklusive tandvård och hemsjukvård, 2006, kronor

Östergötland	16 307
Halland	16 807
Uppsala	17 276
Sörmland	17 420
Jönköping	17 502
Västra Götaland	17 505
Kronoberg	17 700
Kalmar	18 056
Västmanland	18 078
Skåne	18 173
Riket	*18 210*
Dalarna	18 408
Värmland	18 447
Örebro	18 512
Gävleborg	18 863
Västerbotten	18 828
Jämtland	18 915
Stockholm	19 014
Blekinge	19 053
Västernorrland	**19 619**
Norrbotten	20 104
Gotland	20 786

Källa: Sveriges Kommuner och Landsting och Socialstyrelsen[4]

[4]Sveriges Kommuner och Landsting och Socialstyrelsen. *Öppna jämförelser av hälso- och sjukvårdens kvalitet och effektivitet*, 2007.

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 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 90,8, som är Hallands, innebär på motsvarande sätt att kostnaderna är 90,8 procent av de förväntade, medan värdet 110, som är Stockholms, innebär att man ligger 10 procent över de förväntade kostnaderna.

Tabell 2: Hälso- och sjukvårdskostnad per invånare, exklusive tandvård och hemsjukvård, 2006, i relation till förväntad kostnad

Halland	90,8
Östergötland	91,2
Västra Götaland	92,7
Sörmland	94,5
Region Skåne	95,9
Kalmar	97,5
Jönköping	97,5
Kronoberg	98,3
Uppsala	98,9
Värmland	99,9
Riket	*100*
Örebro	101,4
Västmanland	101,6
Jämtland	102,5
Dalarna	102,7
Västernorrland	**102,7**
Norrbotten	102,8

Gävleborg	103,7
Västerbotten	103,8
Blekinge	108,3
Stockholm	110
Gotland	114,7

Källa: Sveriges Kommuner och Landsting och Socialstyrelsen[5]

Som framgår av tabellen ovan visar en sådan analys att Halland och Östergötland har de lägsta kostnaderna även när man tar hänsyn till strukturella faktorer. I båda fallen ligger kostnaderna en bra bit under den förväntade kostnaden.

Stockholm är ett av de 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 3 procent i strukturella löneskillnader mellan Stockholm och övriga landet.[6] 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 att kostnadsskillnaderna mellan landstingen inte enbart kan förklaras av strukturella faktorer. Tvärtom kvarstår stora kostnadsskillnader även när man tar hänsyn till strukturella faktorer.[7] 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.

[5] Sveriges Kommuner och Landsting och Socialstyrelsen. *Öppna jämförelser av hälso- och sjukvårdens kvalitet och effektivitet*, 2007.
[6] Se SOU 2006:84, bilaga 5, sid 200.
[7] Sveriges Kommuner och Landsting och Socialstyrelsen. *Öppna jämförelser av hälso- och sjukvårdens kvalitet och effektivitet*, 2006, sid 101-102, samt Sveriges Kommuner och Landsting och Socialstyrelsen, *Öppna jämförelser av hälso- och sjukvårdens kvalitet och effektivitet*, 2007, sid 156-157.

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 att antalet vårdkontakter multipliceras med den relativa vikten (den relativa resursförbrukningen) för varje vårdkontakt.[8] 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.[9]

Kostnaden per konsumerad DRG-poäng under 2006 varierar som framgår av tabellen nedan mellan drygt 36 000 kronor och cirka 48 000 kronor eller cirka 33 procent.

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

	2006	**2004**
Kalmar	36 414	36 523
Uppsala	38 815	37 219
Jönköping	38 881	35 505
Halland	38 884	36 480
Östergötland	40 028	35 208
Västmanland	40 035	39 784
Västra Götaland	41 396	38 973
Riket	*41 924*	*39 172*
Skåne	41 984	38 233
Jämtland	42 072	39 180
Kronoberg	42 345	38 101
Stockholm	42 746	38 912
Gävleborg	42 848	40 306

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

Dalarna	43 474	41 340
Värmland	43 852	40 801
Norrbotten	44 541	46 594
Västerbotten	44 859	39 443
Blekinge	45 460	40 901
Västernorrland	**46 304**	**45 287**
Örebro	46 725	40 594
Gotland	47 978	43 460
Sörmland[10]	48 425	45 111

Källa: Sveriges Kommuner och Landsting samt Socialstyrelsen[11]

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 Uppsala har högst kostnader, medan Skåne och Gotland har lägst. Skillnaden mellan högst och lägst kostnad är här hela 54 procent.

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

	2006	**2004**
Skåne	1 042	971
Gotland	1 073	1 240
Västmanland	1 086	1 007
Västernorrland	**1 104**	**1 466**
Blekinge	1 114	1 098
Dalarna	1 118	1 066
Halland	1 175	1 137
Stockholm	1 184	1 265
Västra Götaland	1 187	1 226
Riket	*1 220*	*1 228*
Kronoberg	1 239	1 468

[10] Kostnaden per DRG-poäng i Landstinget Sörmland är, enligt landstinget, behäftad med vissa mätfel och bör därför inte användas för jämförelser.
[11] Sveriges Kommuner och Landsting och Socialstyrelsen. *Öppna jämförelser av hälso- och sjukvårdens kvalitet och effektivitet*, 2006 & 2007.

Kalmar	1 266	1 194
Värmland	1 284	1 223
Örebro	1 297	1 168
Västerbotten	1 330	1 478
Jönköping	1 330	1 262
Gävleborg	1 351	1 521
Norrbotten	1 373	1 341
Östergötland	1 447	1 435
Sörmland	1 524	1 289
Uppsala	1 591	1 282
Jämtland	1 609	1 569

Källa: Sveriges Kommuner och Landsting samt Socialstyrelsen[12]

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 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 stämmer det säkert. Men det är inte hela sanningen, visar en närmare granskning. Hög kvalitet går mycket väl att förena med låga kostnader.

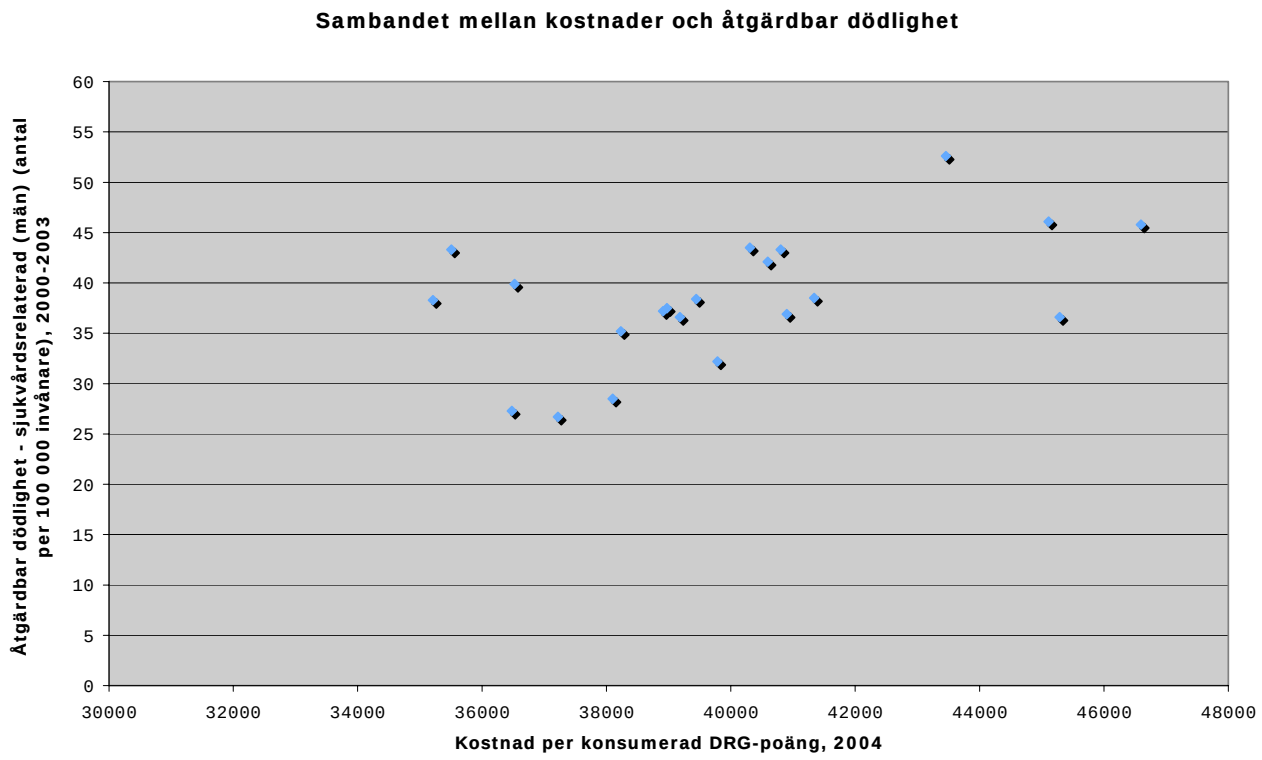
Ett sätt att mäta kvalitet är att studera resultaten i form av åtgärdbar dödlighet, det vill säga den dödlighet i ett landstings befolkning som man kan påverka. Måttet finns i två versioner. För det första ”sjukvårdsrelaterad åtgärdbar dödlighet”, som bygger på dödligheten i diagnoser som är möjliga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

[12]Sveriges Kommuner och Landsting och Socialstyrelsen. *Öppna jämförelser av hälso- och sjukvårdens kvalitet och effektivitet*, 2006 & 2007.

påverka genom hälsopolitiska åtgärder som rökavvänjning och förändrade alkoholvanor, exempelvis lungcancer och levercirros.[13]

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 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 och Socialstyrelsen

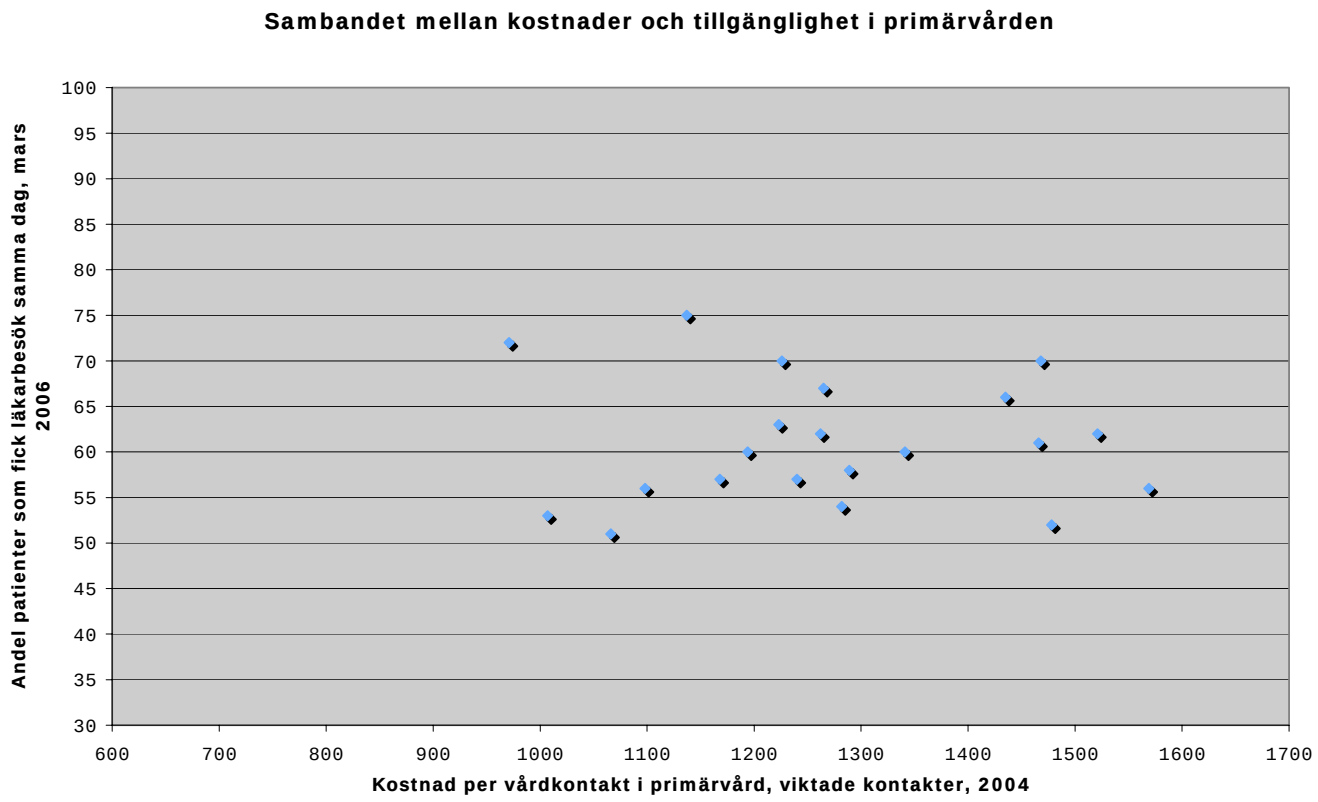
Som framgår av diagrammet ovan finns det inga självklara samband mellan kostnaden per prestation i den specialiserade somatiska vården och den sjukvårdsrelaterade åtgärdbara dödligheten.

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.

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

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[14]

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 2004 såväl som 2006 hade bland de lägsta kostnaderna, Halland och Region Skåne, också hade den högsta tillgängligheten (75 respektive 72 procent av patienterna fick 2004 träffa en läkare samma dag som de sökt vård). Liknande slutsatser dras i Socialstyrelsens senaste utvärdering av tillgängligheten i vården. Kalmar, med sina låga kostnader i specialistvården, är det landsting som har de kortaste köerna, mätt som andelen

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

patienter som väntat längre än 90 dagar på besök inom specialistvården. I primärvården är det landstinget i Halland med låga kostnader och landstinget i Kalmar med sina högre kostnader som har den bästa tillgängligheten, mätt som andelen patienter som får träffa en läkare inom sju dagar.[15] Detta understryker att sambandet mellan kvalitet i form av tillgänglighet och kostnader är långtifrån uppenbart.

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.”*[16]

2.3 Några ord om metod

Skattesänkningspotentialen i landstingen presenteras i två nivåer. Dels en nivå där kostnaderna i det aktuella landstinget jämförs med kostnaderna i det landsting som har lägst kostnad i en tänkbar regionbildning. Vi kallar denna nivå för ”Bäst i regionen”. Dels en nivå där det aktuella landstingets kostnader jämförs med det landsting som har Sveriges lägsta kostnader på respektive område. Denna nivå kallas ”Bäst i Sverige”.

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

[15] Socialstyrelsen, 2008. *Uppföljning av den nationella vårdgarantin*, sid 52-59.
[16] *Iakttagelser om landsting* (Ds 2005:7), sid 44.

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. Analysmodellen 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.[17] 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 månaden. Denna lönenivå motsvarar medianinkomsten för heltidsarbetande år 2005 uppräknat med löneindex. Inkomsten kan alltså sägas vara en normalinkomst år 2007.

[17] SCB, 2007. *Kommunalskatterna 2007.*

3. Landstinget Västernorrland

Tabell 5: Några fakta om Landstinget Västernorrland

Vårdplatser, totalt, 2006	794
Vårdtillfällen, totalt, 2006	44 265
Antal läkarbesök, 2006	630 600
Antal anställda, 2006	7 446
Antal anställda läkare, 2006	695
Antal anställda sjuksköterskor, 2006	2 478
Antal vårdtillfällen – blindtarmsoperation, 2006	245
Antal vårdtillfällen – akut hjärtinfarkt, 2006	1 349
Antal vårdtillfällen – bröstcancer, 2006	207

Källa: Sveriges Kommuner och Landsting samt Socialstyrelsen

Utgångspunkten för våra landstingsgranskningar är 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.

4. Landstinget Västernorrland – ”Bäst i Norrland”

Landstingens framtid har aktualiserats i och med den statliga ansvarskommitténs förslag om nya regioner. För Västernorrlands del har framförallt en sammanslagning med ett eller flera av de andra landstingen i Norrland diskuterats.

Västernorrland har idag lägre kostnad i primärvården än landstingen i både Norrbotten, Västerbotten och Jämtland och skulle därmed kunna fungera som förebild vid en eventuell regionbildning. Västernorrlands kostnad per vårdkontakt i primärvärden ligger mellan 200 och 500 kronor under motsvarande kostnad i de andra Norrlandslandstingen.

Däremot har Västernorrland högre kostnader än de andra Norrlandslandstingen i specialistvården. Landstinget i Jämtland som har Norrlands lägsta kostnader har idag en kostnad per konsumerad DRG-poäng i den specialiserade somatiska vården på 42 072 kronor, vilket kan jämföras med Västernorrlands 46 304 kronor.

Om Landstinget Västernorrland sänkte sina kostnader i specialistvården till samma nivå som i Jämtland skulle landstingsskatten kunna sänkas med 69 öre. För en normalinkomsttagare skulle det innebära drygt 1 500 kronor per år.

Oavsett om regionbildningen blir av eller inte bör Landstinget Västernorrland inspireras av grannlandsting som hittat sätt att driva verksamheten effektivare.

5. Landstinget Västernorrland – ”Bäst i Sverige”

På de kommande sidorna kommer vi att se att Landstinget Västernorrland skulle kunna sänka skatten med 2:27 kronor. För en normalinkomsttagare innebär det 5 200 kronor mer i plånboken varje år eller 430 kronor i månaden. 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 minska subventionsgraden i kollektivtrafiken och se över verksamheter som ligger vid sidan om kärnverksamheterna hälso- och sjukvård samt kollektivtrafik.

Våra beräkningar visar att det i Landstinget Västernorrland finns en effektiviserings- och besparingspotential på 829,1 miljoner. Denna fördelar sig på följande vis mellan de olika landstingsrelaterade verksamheterna:

Tabell 6: Effektiviseringspotentialen i Landstinget Västernorrland per verksamhetsområde (mkr)

Specialiserad somatisk vård	Primärvård	Regional utveckling
589,7	44,4	195

Den sammanlagda effektiviserings- och besparingsutrymmet i Landstinget Västernorrland står hälso- och sjukvården för 634,1 miljoner eller 76 procent.

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.

5.1 Hälso- och sjukvården

Hälso- och sjukvården stod 2006 för i genomsnitt 93 procent av landstingens samlade kostnader. Inom hälso- och sjukvårdsområdet stod den specialiserade somatiska vården för 52 procent av nettokostnaderna. Primärvården stod för 17 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.[18]

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.

Nedan framgår 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 Kalmar med en kostnad på 36 414 kronor per konsumerad DRG-poäng. Att jämföra med det landsting som har lägst kostnad är naturligtvis tufft, men samtidigt borde det kunna fungera som en realistisk målbild för ansvariga politiker och tjänstemän.

Landstinget Västernorrland har idag en kostnad per DRG-poäng på 46 304 kronor. Det är knappt 10 000 kronor mer än i Landstinget i Kalmar län som den lägsta kostnaden i landet. Om Landstinget Västernorrland kunde sänka sin kostnad till samma nivå som den i Landstinget i Kalmar län skulle man kunna spara 589,7 miljoner. Det motsvarar en skattesänkning på 1:62 kronor.

Nedan framgår 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 1 042 kronor per vårdkontakt.

[18] Sveriges Kommuner och Landsting, 2007. *Statistik om hälso- och sjukvård samt regional utveckling 2006*, sid 12-13.

Landstinget Västernorrland har redan idag bland de lägsta kostnaderna i landet per vårdkontakt i primärvården. Med en kostnad per vårdkontakt i primärvården på 1 104 kronor ligger man endast 62 kronor över Region Skåne som har Sveriges lägsta kostnad per vårdkontakt i primärvården. Genom att sänka sin kostnad till samma nivå som den i Region Skåne skulle Landstinget Västernorrland kunna spara 44,4 miljoner. Det ger en skattesänkning på 12 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.[19]

Landstinget i Jönköpings län brukar framhållas som det landsting som tydligast arbetet med att förbättra effektiviteten. Effektivitetsvinsten beräknas uppgå till 80 miljoner kronor per år.[20] 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. En annan viktig del av Jönköpingslandstingets effektivitetsarbete är en långtgående decentralisering av ansvaret för både verksamhet och ekonomi.

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 på sambandet mellan tillgänglighet i primärvården och god hälsa. Genom god tillgång till primärvård ser man till så att personer med vårdbehov söker vård tidigt. För ju svårare 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. Tillgängligheten hänger samman med ett system med valfrihet för invånarna och ett stort mått

[19] 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,
[20] *Iakttagelser om landsting* (Ds 2005:7), sid 76.

av etableringsfrihet för dem som vill etablera primärvårdsmottagningar. Idag anser 83 procent av hallänningarna att de har tillgång till den vård de behöver. En annan faktor som lyfts fram bakom resultaten i Halland är att hallänningarna använder sjukvårdsupplysningen i större utsträckning än invånarna i många andra landsting. Detta har kombinerats med att boken ”Kan själv” spridits via apoteken. Denna satsning på egenvård har, menar landstingsledningen, varit ett effektivt sätt att korta köerna. 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 och samförstånd över blockgränsen, vilket kommit att prägla den interna kulturen. Samma betoning av sparsamhet i vardagen gör ansvariga politiker i landstinget i Kalmar län som också har mycket låga kostnader i både primär- och specialistvård.

I Östergötland pekar man på liknande faktorer när man försöker förklara att landstinget under lång tid har haft 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 organiserade. Att Kalmar lyckats sänka kostnaderna i specialistvården, så att man idag har landets lägsta kostnader, hänger samman med liknande åtgärder. Genom att koncentrera verksamheter till vissa sjukhus har man kunnat undvika kostsam överkapacitet.

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 Jönköpings län. 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.[21]

Om Landstinget Västernorrland blev ”bäst i Sverige”, med lägst kostnader per insats inom både specialist- och primärvård, skulle man kunna spara 634,1 miljoner. Det motsvarar 1:74 kronor på skatten eller knappt 4 000 kronor per år för en normalinkomsttagare.

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

5.2 Regional utveckling

Området regional utveckling motsvarar i genomsnitt 7 procent av landstingens kostnader.[22] Merparten av landstingens verksamhet inom regional utveckling utgörs av kollektivtrafiken, som står för 67 procent av nettokostnaderna på området.[23] 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.[24] 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 Västernorrland ligger idag på 64,6 procent, vilket är betydligt högre än i andra landsting i regionen. Region Skåne som har den lägsta subventionsgraden i landet ligger på 38 procent. Genom att sänka subventionsgraden skulle till samma nivå som i Region Skåne skulle Landstinget Västernorrland kunna spara 37 miljoner. [25]

---

[22] Sveriges Kommuner och Landsting, 2007. *Statistik om hälso- och sjukvård samt regional utveckling 2006*, sid 12.
[23] Sveriges Kommuner och Landsting, 2007. *Statistik om hälso- och sjukvård samt regional utveckling 2006*, sid 41.
[24] SIKA, 2006. *Lokal och regional kollektivtrafik.*
[25] Beräkningarna bygger på uppgifter i SIKA, 2006. *Lokal och regional kollektivtrafik.*

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 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.

Nedan ges en indikation på hur stor besparingspotentialen, och i förlängningen skattesänkningspotentialen, är inom området regional utveckling.

Landstinget Västernorrland lägger 158 miljoner på verksamheter vid sidan om kärnområdena hälso- och sjukvård samt kollektivtrafik.[26] Det handlar dels om bidrag till de folkhögskolor landstinget är huvudman för, bidrag till kulturinstitutioner som länsmusik och länsteater, bidrag till folkbildningsorganisationer och andra kulturprojekt. Dels om bidrag till projekt för utveckling av exempelvis näringsliv, infrastruktur och turism i länet. I kostnadsposten ryms också naturbruksgymnasierna som landstinget är huvudman för.

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. 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.

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

I kostnaderna för regional utveckling ingår också vad som brukar beskrivas som allmän regional utveckling. Det handlar exempelvis om projekt för utveckling av infrastruktur, turism och näringsliv. Denna typ av verksamheter kan säkerligen i många fall bidra positivt till ett läns utveckling. Vi menar dock även här att det är av största vikt att de ansvariga politikerna innan de fattar beslut om nya utgifter ställer dels frågan om pengarna kan användas på ett bättre sätt i kärnverksamheten, dels om det aktuella projektet har förutsättningar att på allvar bidra positivt till länet. Att satsa på många regionala utvecklingsprojekt har inget egenvärde.

Landstinget Västernorrland lägger idag 158 miljoner på verksamheter vid sidan om kärnområdena hälso- och sjukvård samt kollektivtrafik. Det handlar dels om bidrag till verksamheter inom kultur- och utbildningssektorn, dels om exempelvis projekt för att utveckla näringsliv och turism i länet. Till detta kommer en besparingspotential på 37 miljoner inom kollektivtrafiken. Inom området regional utveckling finns således utgifter på 195 miljoner som landstingspolitikerna bör granska särskilt noga. Gör pengarna bäst nytta i landstingets budget eller i människors plånböcker? 195 miljoner motsvarar ett skattesänkningsutrymme på cirka 53 öre.

6. 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 den statliga 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. Samtidigt finns det potentiella problem som exempelvis Landstinget Halland understryker. Risken är här att ett välfungerade litet landsting med låga kostnader inlemmas i regioner med högre kostnader

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 sätt 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 7: 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, 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.[27]

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 försäkringspremierna som en familj eller individ betalar inte utgöra en större del av dess totala inkomst än 10 procent. Kostnader därutöver betalas av kantonen. I andra kantoner varierar kantonsubsidierna beroende på medborgarens totala inkomst och betalas bara under vissa inkomstnivåer. I vissa kantoner betalas hela försäkringspremien för medborgaren om denne har en 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

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

drift ligger hos de 23 kantonerna och privata försäkringsföretag. 1994 infördes en lag som gjorde det obligatoriskt att köpa en sjukförsäkring. Samtidigt infördes ett system där sjukvårdsförsäkringen i varierande utsträckning subventioneras med offentliga medel.[28]

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 försäkrade medborgare. 2003 täckte den obligatoriska sjukförsäkringen 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 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.[29]

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.[30] Trots detta är kostnaden för den enskilde i många fall densamma eller lägre än den svenska landstingsskatten.

---

[28] European Observatory on Health Systems and Policies, 2000. *Health Care Systems in Transition – Switzerland.*
[29] European Observatory on Health Systems and Policies, 2004. *Health Care Systems in Transition – Germany.*
[30] 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, 2008. *Uppföljning av den nationella vårdgarantin.*

SOU 2006:84.

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

Sveriges Kommuner och Landsting och Socialstyrelsen. *Öppna jämförelser av hälso- och sjukvårdens kvalitet och effektivitet*, 2007.

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*.