

*Mirja Willberg, Hannu Valtonen*

*Jämförelse av finansierings- och servicesystemen*

---

**för hälso- och sjukvården i de nordiska länderna**



■ SOCIAL- OCH HÄLSOVÅRDSMINISTERIET

**Helsingfors 2007**

*ISSN 1236-2115*

*ISBN 978-952-00-2388-1 (nid.)*

*ISBN 978-952-00-2389-8 (PDF)*

*Layout: AT-Julkaisutoimisto Oy*

*Tryckning: Universitetsstryckeriet, Helsingfors 2007*

## SAMMANDRAG

*Mirja Willberg, Hannu Valtonen. Jämförelse av finansierings- och servicesystemen för hälso- och sjukvården i de nordiska länderna. Helsingfors 2007. 48 s. (Social- och hälsovårdsministeriets rapporter, ISSN 1236-2115; 2007:37) ISBN 978-952-00-2388-1 (inh.), ISBN 978-952-00-2389-8 (PDF)*

Med tanke på nordiska ministerrådets möte 11–12 juni 2007 beställde social- och hälsovårdsministeriet våren 2007 en rapport om finansierings- och servicesystemen för hälso- och sjukvården i de olika nordiska länderna av institutionen för hälsoförvaltning och -ekonomi vid Kuopio universitet. Rapportens skribenter fick stöd av Juha Kinnunen, Johanna Lammintakanen och Sari Rissanen på institutionen för hälsoförvaltning och -ekonomi. Skribenterna vill även tacka medlemmarna i den nordiska social- och hälsopolitiska ämbetsmannakommittén för deras värdefulla bistånd under arbetets gång.

Faktamaterialet till rapporten insamlades ur olika källor, däribland nordiska sakkunniga. Rapportens centrala statistiska material utgörs av OECD:s och WHO:s statistik. Rapporten beaktar inte alla betydelsefulla teman, såsom de stigande läkemedelskostnaderna eller tillgången på arbetskraft. I valet av ämnesområden för rapporten har skribenterna beaktat att rapportens syfte är att lyfta fram några centrala frågor och väcka debatt.

I rapporten granskas strukturen för och funktionaliteten hos de nordiska ländernas finansierings- och servicesystem för hälso- och sjukvården samt de nya utmaningar som samtliga nordiska länder ställs inför. Målsättningen är att främja debatten om reformering av den nordiska välfärdsstatsmodellen.

Hälso- och sjukvården är i huvudsak likadan i de nordiska länderna eftersom servicen mest finansieras med offentliga medel och den erbjuds jämlikt åt alla. De största skillnaderna finns i hur hälso- och sjukvårdsproduktionen är strukturerad i fråga om antalet förvaltningsnivåer, uppgifter, arbetsfördelning och finansiering samt i fråga om medborgarnas valmöjligheter. Det finns också skillnader beträffande centraliseringen/ decentraliseringen av hälso- och sjukvårdsproduktionen samt beträffande

antalet organisationer inom kommunerna, landstingen och staten och deras uppgifter och arbetsfördelning.

De senaste årens reformer i de nordiska länderna har strävat till att trygga finansieringen av hälso- och sjukvårdstjänsterna bland annat genom att öka kommunstorleken. Medborgarnas ställning har stärkts genom att valfriheten har byggts ut och lagar som tryggar patientens rättigheter har stiftats.

Den väsentliga frågan med tanke på hälso- och sjukvårdens framtid är om vi ska kunna svara på den ökande efterfrågan på hälso- och sjukvårdstjänster och medborgarnas stigande förväntningar och krav. Stora framtida utmaningar med tanke på serviceproduktionen är såväl finansieringen av servicen och ansvarsfördelningen mellan den lokala och den statliga nivån samt relationen mellan den offentliga och privata sektorn som säkrandet av tillgången på arbetskraft.

I framtiden ställs de nordiska länderna inför bland annat följande hälsopolitiska frågor som rapportens skribenter vill lyfta fram som diskussionsteman: 1) Medborgarnas konsumtionsvanor har förändrats och förändras fortfarande – medborgarnas förväntningar och krav på hälso- och sjukvårdstjänsterna är annorlunda än tidigare; 2) den offentliga maktens medel att påverka och styra utvecklingen av hälso- och sjukvården förändras i takt med att medborgarnas kravnivå stiger och den ekonomiska integrationen och globaliseringen går vidare – förändringarna påverkar oundvikligen den nationella hälso- och sjukvårdspolitikens roll och möjligheter; 3) de nordiska hälso- och sjukvårdstjänsterna fungerar i huvudsak bra och kunde i såväl Europa som omvärlden i övrigt bidra till bilden av de nordiska länderna som "goda samhällen".

### **Nyckelord**

finansiering, hälso- och sjukvård, Norden, de nordiska länderna, produktion, service

# TIIVISTELMÄ

*Mirja Willberg, Hannu Valtonen. Pohjoismaiden terveydenhuollon rahoitus- ja palvelujärjestelmien vertailu. Helsinki 2007. 48 s. (Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä, ISSN 1236-2115; 2007:37) ISBN 978-952-00-2388-1 (nid.), ISBN 978-952-00-2389-8 (PDF)*

Sosiaali- ja terveysministeriö tilasi keväällä 2007 Kuopion yliopiston Terveystalouden ja -talouden laitokselta raportin eri pohjoismaiden terveydenhuollon rahoitus- ja palvelujärjestelmistä 11.–12.6.2007 järjestettävää pohjoismaista ministerikokousta varten. Raportin kirjoittajien tukena on ollut Terveystalouden ja -talouden laitokselta Juha Kinnunen, Johanna Lammintakanen ja Sari Rissanen. Kirjoittajat haluavat lisäksi kiittää pohjoismaisen sosiaali- ja terveyspolitiikan virkamieskomitean jäseniä heidän arvokkaasta avustaan työprosessin aikana.

Raporttia varten koottiin tietoja eri lähteistä kuten pohjoismaisilta asiantuntijoilta. Raportin keskeistä tilastoaineistoa ovat OECD:n ja WHO:n tilastot. Raportissa ei ole huomioitu kaikkia merkittäviä teemoja kuten lääkekustannusten nousu tai työvoiman saatavuuskysymykset. Raportin sisältöaluetta valittaessa on otettu huomioon se, että raportti on tehty herättämään keskustelua ja nostamaan esille muutamia keskeisiä keskusteluteemoja.

Raportissa tarkastellaan Pohjoismaiden terveydenhuollon rahoitus- ja palvelujärjestelmien rakennetta, toimintaa ja kaikkien Pohjoismaiden kohtaamia uusia haasteita. Tavoitteena on edistää keskustelua pohjoismaisen hyvinvointivaltiomallin uudistumisesta.

Pohjoismaissa terveydenhuolto on pääosin yhdenmukaista, koska niissä palvelut rahoitetaan pääosin julkisin varoin ja niitä tarjotaan kaikille tasapuolisesti. Merkittävimmät eroavuudet ovat puolestaan terveydenhuollon tuotannon eri hallintotasojen määrässä, tehtävissä, työnjaossa ja rahoituksessa ja osin kansalaisten valinnanmahdollisuuksissa. Maiden välillä on eroja myös terveyspalvelujen tuotannon desentralisaatiossa/keskittämässä ja kuntien, maakuntien ja valtion eri organisaatioiden määrässä, tehtävissä ja työnjaossa.

Viime vuosina pohjoismaisissa uudistuksissa on pyritty terveyspalvelusten rahoituksen turvaamiseen muun muassa kuntakokoa kasvatta-

malla. Kansalaisten asemaa on vahvistettu valinnanvapautta lisäämällä ja säätämällä potilaiden oikeuksia turvaavia lakeja.

Terveydenhuollon tulevaisuuden kannalta olennainen kysymys on, pystytäänkö vastaamaan terveyspalvelujen kysynnän kasvuun ja kansalaisten odotus- ja vaatimustason nousuun. Palveluiden tuotannon näkökulmasta merkittäviä haasteita tulevaisuudessa ovat niin palvelujen rahoitus, vastuunjako paikallisen ja valtiollisen tason välillä, julkisen ja yksityisen sektorin suhteet kuin osaavan työvoiman saannin varmistaminen.

Tulevaisuudessa Pohjoismaat kohtaavat muun muassa seuraavat terveyspoliittiset kysymykset, jotka raportin laatijat haluavat nostaa keskusteluteemoiksi: 1) Kansalaisten kulutustottumukset ovat muuttuneet ja muuttuvat yhä – kansalaisten odotukset ja vaatimukset terveyspalveluilta ovat erilaiset kuin ennen; 2) julkisen vallan keinot vaikuttaa ja ohjata terveydenhuollon kehitystä ovat myös muuttumassa kansalaisten vaatimustason noustessa sekä taloudellisen integraation ja globalisaation edetessä – muutokset vaikuttavat väistämättä kansallisen terveyspolitiikan rooliin ja mahdollisuuksiin; 3) Pohjoismaiden terveyspalvelut toimivat pääosin hyvin ja voisivat Euroopassa ja sen ulkopuolellakin osaltaan luoda ja ylläpitää kuvaa Pohjoismaista 'hyvinä yhteiskuntina'.

### **Avainsanat**

palvelut, Pohjoismaat, rahoitus, terveydenhuolto, tuotanto

## SUMMARY

*Mirja Willberg, Hannu Valtonen. A comparison of the Nordic health care funding and service systems. Helsingfors 2007. 48 pp. (Reports of the Ministry of Social Affairs and Health, Finland, ISSN 1236-2115; 2007:37) ISBN 978-952-00-2388-1 (pb), ISBN 978-952-00-2389-8 (PDF)*

The Ministry of Social Affairs and Health of Finland commissioned in spring 2007 a report on the health care funding and service systems of the Nordic countries from the Department of Health Policy and Management of the University of Kuopio. The report will be dealt with at the Nordic ministerial meeting to be arranged on 11 – 12 June 2007. The authors of the report were supported by Juha Kinnunen, Johanna Lamintakanen and Sari Rissanen from the Department of Health Policy and Management. The authors also want to thank the members of the Nordic Committee on Social Policy for their valuable help during the writing process.

Information for the report was collected from various sources, e.g. Nordic experts. The central statistical material in the report consists of OECD and WHO statistics. The report does not deal with all significant themes, e.g. increases in the costs of medicines and labour supply issues are not included. When choosing the subjects for the report it was taken into account that its aim is to give rise to discussion and raise some important discussion themes.

The report reviews the structures of the Nordic health care funding and service systems, their operation and new challenges faced by the Nordic countries. The aim is to promote discussion about reforming the Nordic welfare model.

The main elements of the Nordic countries' health care systems are similar as the services are mostly financed from public funds and they are equitably accessible to everyone. On the other hand, the most significant differences are related to the number of the administrative levels in health care provision, their tasks, the division of labour and financing, and partly to the citizens' freedom of choice. There are also differences between the countries in the decentralisation of the provision of health services and in the number, tasks and labour division of the different organisations of the local and regional government and of the state.

In recent years the Nordic reforms have aimed to secure the financing of health services e.g. by increasing the size of the local government units, municipalities. The status of citizens has been strengthened by increasing their freedom of choice and enacting laws to secure the rights of patients.

In view of the future of health care, the essential question is if the foreseeable increase in demand and people's expectations and requirements can be met. From the point of view of service provision, major future challenges are, on the one hand, the funding of services, the division of responsibilities between the local and central government levels, relations of the public and private sector and, on the other hand, securing the access to qualified labour force.

In the future the Nordic countries will be faced, among others, with the following health policy issues that the authors of the report want to raise for discussion: 1) People's consumption habits have changed and are still changing – their expectations and demands on health services are different from before, 2) the means of the public authorities to influence and guide health care are also changing as people's requirements are increasing, and with the progress of economic integration and globalisation – the changes inevitably affect the role and possibilities of the national health policies; and 3) the Nordic countries' health services are for the most part effective and could contribute to creating and maintaining an image of the Nordic countries as 'good societies'.

### **Key words**

funding, health care, Nordic countries, production, services



# INNEHÅLL

SAMMANDRAG .....	3
TIIVISTELMÄ .....	5
SUMMARY .....	7
1 INLEDNING: UTGÅNGSPUNKTER FÖR ARBETET .....	11
2 BESKRIVNING AV HÄLSO- OCH SJUKVÅRDENS FINANSIERINGS- OCH SERVICESYSTEM .....	13
3 HÄLSO- OCH SJUKVÅRDENS MEDEL ATT SVARA PÅ UTMANINGARNA .....	29
4 DISKUSSIONSÄMNEN .....	39
HVUDSAKLIGA KÄLLOR .....	40
BILAGOR .....	41
Bilagetabell 1. Jämförelse av förvaltningen och finansieringen av samt storleken hos sjukhusen i de nordiska länderna ...	41
Bilagetabell 2. Hälsa- och sjukvårdskostnaderna i de nordiska länderna 2004 .....	41
Bilagetabell 3. Befolkningsstatistik för de nordiska länderna 2004....	42
Bilagetabell 4. Befolkningens åldersstruktur i Norden år 2005 och FN:s befolkningsprognos för år 2050.....	42
Bilagetabell 5. Hälsa- och sjukvårdens resurser i Norden 2004.....	43
Bilagetabell 6. Hälsa-indikatorer i Norden. ....	43
Bilagetabell 7. Befolkningsmängder och befolkningstillväxt i de nordiska länderna 1995-2004.....	44
Bilagefigur 1 Andelen överviktiga och feta (BMI>25) av hela befolkningen (%) år 2002. (Danmark år 2000).....	44



# I INLEDNING:

## UTGÅNGSPUNKTER FÖR ARBETET

Den nordiska hälso- och sjukvården är ett resultat av en lång historisk utveckling. Finansieringen och organiseringen av samt betoningarna i hälso- och sjukvården har skiftat under olika tidsperioder. Dagens system har utkristalliserat sig som ett resultat av sammanjämkningen av många olika politiska ståndpunkter och i ständigt föränderliga förhållanden. Det finns i samtliga nordiska länder en tämligen bred politisk konsensus beträffande hälso- och sjukvårdspolitikens huvudmål och främsta principer. Så som bland andra Nordiska Rådet (2004) konstaterar, har de nordiska länderna en av medborgarna uppskattad hälso- och sjukvård som grundar sig på principen att alla har rätt till en god hälsa och till god vård.

Hälso- och sjukvårdstjänsterna är överallt oerhört viktiga för medborgarna. De politiska beslutsfattarnas uppgift är att hitta de bästa lösningarna för varje land och varje tid. Denna rapport har till uppgift att utgöra ett bakgrundsmaterial och diskussionsunderlag i sökandet efter nya lösningar.

Hälso- och sjukvården i de nordiska länderna står av många skäl inför stora utmaningar. Befolkningen i de nordiska länderna åldras. Till följd av den välkända, kommande förändringen i befolkningens åldersstruktur kommer behovet av hälso- och sjukvårdstjänster att öka; medborgarnas vanor beträffande serviceanvändningen förändras; hälso- och sjukvårdens möjligheter att behandla olika hälsoproblem förbättras. Efterfrågan på hälso- och omsorgstjänster samt förändringarna i efterfrågans art utgör en utmaning för de invanda rutinerna och metoderna. Alla dessa förändringar tillsammans skapar ett tryck på ökande hälso- och sjukvårdskostnader. De nya utmaningarna har medfört att finansieringen av hälso- och sjukvården och servicereformerna i samtliga nordiska länder har blivit allt viktigare element i den långsiktiga utvecklingen av den offentliga ekonomin och välfärdsstaten.

Den väsentliga frågan med tanke på hälso- och sjukvårdens framtid är om vi ska kunna svara på den ökande efterfrågan och medborgarnas stigande förväntningar och krav. Stora framtida utmaningar med tanke på serviceproduktionen är såväl finansieringen av servicen och ansvars-

fördelningen mellan den lokala nivån och de statliga nivåerna samt mellan den offentliga och privata sektorn som säkrandet av tillgången på arbetskraft.

Det finns inget perfekt hälso- och sjukvårdssystem. Det är inte heller möjligt att helt och hållet styra efterfrågan på och behovet av hälso- och sjukvårdstjänster. Medborgarna fattar beslut som den offentliga makten inte har möjlighet eller behov att påverka, men vars följder märks i den offentliga maktens verksamhet. En allt större andel av hälso- och sjukvården produceras av organisationer som står utanför den offentliga maktens direkta påverkan. Den offentliga maktens möjligheter och medel att styra hälso- och sjukvården är därmed begränsade.

Alla nordiska länder har reagerat på de utmaningar hälso- och sjukvården ställts inför på 2000-talet. De har bland annat i hög grad reformerat organisations- och produktionsstrukturerna inom hälso- och socialtjänsterna, vilket förändrat relationen mellan medborgarna och servicesystemet. De slutliga verkningarna av alla reformer kan dock ännu inte skönjas. I huvudsak är de frågor som förutsätter strukturförändringar nästan likadana i de olika länderna, men lösningarna varierar i varje enskilt land. I denna rapport granskas vilka delfaktorer reformprocesserna består av och hur situationen ser ut för tillfället i dessa länder. De senaste erfarenheterna beskrivs med hjälp av några exempel.

## **2 BESKRIVNING AV HÄLSO- OCH SJUKVÅRDENS FINANSIERINGS- OCH SERVICESYSTEM**

Många frågor beträffande hälso- och sjukvårdens finansierings- och servicesystem har blivit debattämnen i Norden: Hälso- och sjukvården borde vara lyhörd för medborgarnas behov, serviceproduktionen borde vara produktiv, tjänsterna effektiva och hälso- och sjukvårdens finansieringsbelastning och den därmed producerade välfärden borde fördelas rättvist. Alla befolkningsgrupper som har specialbehov, stora och små grupper, borde bemötas rättvist. Det vore av central vikt för hälso- och sjukvårdens framtid att systemet vore legitimt och såväl verksamhetsmässigt som ekonomiskt hållbart i medborgarnas ögon. I den allmänneuropeiska debatten om utvecklingen av hälso- och sjukvårdspolitiken har man sökt lösningar på det ökande servicebehov som förorsakats av den åldrande befolkningen och medborgarnas ökande servicebehov. Frågor som väntar på svar är bland andra inställningen till nya, ofta dyra behandlingar samt den ökande användningen av ny teknologi och läkemedel. En annan allvarlig fråga är tillgången på personal och förväntningar på arbetsmiljön.

I följande tabell sammanställs karakteristiska drag för de granskade ländernas hälso- och sjukvård (se även tabell 1 i bilagan). Senare i rapporten beskrivs varje lands hälso- och sjukvård i närmare detalj.

**Tabell 1. Karakteristiska drag för hälso- och sjukvården i de olika nordiska länderna.**

Egenskap	Danmark	Finland	Island	Norge	Sverige
<b>Primärvården</b>	Kommunerna svarar för all rehabilitering, förebyggande hälso- och sjukvård och hälsofrämjande utanför sjukhusvården. Regionerna svarar för sjukvården.  <b>Klientavgifter:</b> Avgiftsfri.	Kommunerna svarar för ordnandet och finansieringen av primärvården vid hälsocentralerna och sjukhusens jourstationer  <b>Klientavgifter:</b> Under 18 år avgiftsfri, över 18 engångsavgift eller årsavgift för hälsocentralbesök Engångsavgift, högst 11 euro per besök, uppbärs för högst tre besök, årsavgiften högst 22 euro Avgiften för jourbesök är 15 €	Primärvårdstjänster erbjuds av hälsocentralerna, som finansieras av staten  <b>Klientavgifter:</b> Avgifterna är cirka 3–21 € per besök vid hälsocentral eller hos allmänläkare.	Kommunerna svarar för ordnandet och finansieringen av primärvården  <b>Klientavgifter:</b> Mottagning dagtid 16 €, kvällstid 26 €.	Landstingen svarar huvudsakligen för ordnandet och finansieringen av primärvården vid hälsocentralerna och sjukhusens jourstationer Systemet reformeras.  <b>Klientavgifter:</b> Avgifterna varierar beroende på län, cirka 11–17 € per besök. Jourbesök på sjukhus cirka 30 €.
<b>Specialiserad sjukvård</b>	Regionerna svarar för den specialiserade sjukvården fr.o.m. 1.1.2007  <b>Klientavgifter:</b> Sjukhusvården är kostnadsfri.	Specialsjukvården produceras vid sjukvårdsdistriktens sjukhus, för invånarna i de kommuner som hör till sv-distriktet  <b>Klientavgifter:</b> Avgiften på sjukhuspoliklinik är högst 22 €/besök	Specialsjukvård produceras huvudsakligen av privata medicinska experter, som arbetar på sjukhusen utifrån avtal med SSI  <b>Klientavgifter:</b> Sjukhusvården är kostnadsfri.	Förstatligt och utlagt till fem regionala hälsoföretag, som svarar för finansiering, planering och produktion av specialsjukvården.  <b>Klientavgifter:</b> Mottagning hos specialist 31 €/besök.	Landstingen svarar för sjukhustjänsterna. Systemet reformeras.  <b>Klientavgifter:</b> Avgifterna varierar beroende på län och specialitet, ca 20–30 €.
<b>Tandvård</b>	Kommunerna svarar för den offentliga tandvården.  <b>Klientavgifter:</b> Avgiftsfri för personer under 19 år	Kommunerna svarar för den offentliga tandvården.  <b>Klientavgifter:</b> Tandvården vid hälsocentralerna är avgiftsfri för barn under 18 år	Tandläkarna är privatpraktiserande och tandvården produceras i huvudsak i privat regi.  <b>Klientavgifter:</b> Personer under 18 och över 67 år får ersättning för en del av vårdkostnaderna ur den nationella tandförsäkringen.	Regionerna (19) svarar för den offentliga tandvården.  <b>Klientavgifter:</b> Avgiftsfri för personer under 19 år.	Kommunerna svarar för den offentliga tandvården.  <b>Klientavgifter:</b> Avgiftsfri för personer under 20 år.

Källor: Klientavgifter: Färkkilä 2005. Island: Europeiska kommissionen 2005. Finland: Social- och hälsovårdsministeriet 2007. Danmark: Indenrigs- og Sundhedsministeriet 2006.

**DANMARK** genomförde en reform av den offentliga sektorns strukturer vid ingången av år 2007. Planeringen av reformen inleddes 2002, då regeringen tillsatte en strukturkommission med uppgift att begrunda den danska samhällsorganisationen på längre sikt. Kommissionens betänkande om en strukturreform blev klar sommaren 2004. Reformen har ytterst stora verkningar på strukturerna, arbetsfördelningen och ledningen.

Genom reformen i januari 2007 ändrades indelningen av kommunerna och regionerna. Antalet kommuner är nu 98 (före reformen: 271). Samtidigt bildades fem regioner som ansvarar för de flesta hälso- och sjukvårdstjänster. De inrättade regionerna har ett genom val utsett fullmäktige, men inte beskattningsrätt eller kommunala befogenheter (Indenrigs- og Sundhedsministeriet 2006). De nya regionerna bär huvudansvaret för hälso- och sjukvården; den specialiserade hälso- och sjukvården utgör regionernas huvuduppgift. I och med reformen centraliseras och förenhetligas också finansieringen av hälso- och sjukvården.

I Danmark ansvarar regionerna förutom för sjukhusvården även för den kliniska psykiatrin samt för privatläkar- och specialistläkartjänster som omfattas av sjukförsäkringssystemet. Kommunerna svarar för all rehabilitering, förebyggande hälso- och sjukvård och hälsofrämjande utanför sjukhusvården. Det åligger staten att samordna högspecialiserade tjänster, sammanföra specialiteter och trygga en jämn och god kvalitet på tjänsterna. Därutöver fastställer staten de allmänna riktlinjerna för de flesta sektorer (Indenrigs- og Sundhedsministeriet 2006). Den danska strukturreformen ändrade inte enbart kommun- och regionindelningen, utan även förhållandet mellan stat och kommuner, beskattningssystemet, styrningen av serviceproduktionen samt strukturerna samt rutinerna i statens lokala och regionala förvaltning.

I det danska familjeläkarsystemet har patienterna möjlighet att välja läkare. Primärvårdens allmänläkare är självständiga yrkesutövare. Den offentliga makten reglerar antalet läkare. I Danmark behöver kunderna inte erlägga serviceavgifter för hälso- och sjukvårdstjänsterna<sup>1</sup> (Indenrigs- og Sundhedsministeriet 2006). Sedan 1992 har patienterna även haft rätt att välja sjukhus oberoende av hemort. Även i fråga om andra välfärdstjänster har medborgarna rätt att välja mellan olika serviceproducenter.

---

<sup>1</sup> Den som valt försäkringsgrupp 1 (dvs. 97,6 % av befolkningen) har rätt till kostnadsfria primärvårdstjänster (Indenrigs- og Sundhedsministeriet 2003).

I **FINLAND**, liksom i de övriga nordiska länderna, syftar hälso- och sjukvårdspolitiken till att trygga så högklassiga och rättvisa hälso- och sjukvårdstjänster som möjligt för alla medborgarna, oberoende av förmögenhet eller hemort. Den offentliga sektorns hälso- och sjukvårdstjänster, som huvudsakligen finansieras med offentliga medel, kompletteras av privata tjänster.

Kommunerna svarar för ordnandet av hälso- och sjukvårdstjänster. Var och en av de över 400 kommunerna<sup>2</sup> är skyldiga att ordna primärvård samt specialiserad sjukvård för sina invånare. Kommunen kan producera tjänsterna ensam eller tillsammans med sina grannkommuner. Kommunen kan också köpa tjänster av privata, vinstdrivande företag, icke-vinstdrivande samfund eller av andra kommuner eller samkommuner. Nästan alla hälsocentraler har ett hälsocentralsjukhus. Vid dessa vårdas såväl akutfall som patienter som flyttats från den specialiserade sjukvården till fortsatt vård eller rehabilitering. En stor patientgrupp är äldre i långtidsvård. Effektivt förebyggande av sjukdomar utgör ett väsentligt inslag i en fungerande primärvård. Den förebyggande verksamheten har rönt särskild uppmärksamhet i 'Politikprogrammet för hälsofrämjande', som publicerades i samband med det nya regeringsprogrammet i april 2007.

Primärvården i Finland omfattar också en väl utbyggd företagshälsövård, vars tjänster är kostnadsfria för användarna. Företagshälsövrården samt de privata läkarstationerna kompletterar det servicesystem som utgörs av hälsocentralerna och sjukvårdsdistrikten.

Kommunerna anskaffar specialsjukvårdstjänsterna i huvudsak av sjukvårdsdistrikten (lag om planering av och statsandel för social- och hälsovården 1992/733). Sjukvårdsdistriktets uppgift är att ordna den specialiserade sjukvården inom sitt distrikt. Sjukvårdsdistriktet producerar specialiserade sjukvårdsprodukter som kompletterar hälsocentralernas primärvårdstjänster, svarar för utvecklingen och kvalitetskontrollen av hälsocentralernas laboratorie- och röntgentjänster samt andra motsvarande specialtjänster och sörjer för inom sitt uppgiftsfält för forskning, utveckling och undervisning i samarbete med hälsocentralerna.

Finlands kommun- och servicestrukturer och samtidigt även hälso- och sjukvårdens strukturer är som bäst föremål för reformer. Målet är att ansvaret för ordnandet av hälso- och sjukvården skall skötas av samman slutningar som är större än de nuvarande kommunerna. En kommun

<sup>2</sup> Den 1 januari 2007 hade Finland 416 kommuner, varav 400 i Fasta Finland och 16 på Åland (Finlands Kommunförbund 2007).



eller ett samarbetsområde som sköter primärvården och sådana uppgifter inom socialväsendet som är nära anslutna till primärvården skall ha åtminstone ungefär 20 000 invånare. Strävan är att härigenom garantera finansieringen av hälso- och sjukvården och bättre behärska kostnadsökningarna samt producera högklassiga tjänster som utnyttjar modern vårdteknik (Lag om en kommun- och servicestrukturreform 2007/169). Lagstiftningen om kommun- och servicestrukturreformen trädde i kraft den 23 februari 2007.

**ISLAND** reformerade sina kommunala strukturer redan i början av 1990-talet. Reformen främjade då sammanslagning av mindre kommuner med större grannkommuner. Det senaste förslaget till reformering av kommunindelningen gjordes år 2005 och syftade till att minska antalet kommuner ytterligare. Antalet kommuner har minskat genom frivilliga kommunsammanslagningar. De isländska kommunerna är mindre än i de övriga nordiska länderna och kommunerna har också färre uppgifter. Målet med kommunstrukturreformen har varit att öka kommunstorleken för att utvidga kommunernas ekonomiska rörelsefrihet och samtidigt möjliggöra att kommunerna åläggs fler uppgifter.

I Island ansvarar staten för hälso- och sjukvården och finansieringen av den. Finansieringen grundar sig i huvudsak på skatter. Landet är indelat i hälso- och sjukvårdsregioner med en hälsocentral som erbjuder primärvård. De ansvarar för sjukvård, undersökningar, hemvård och förebyggande vård, t.ex. familjeplanering, moderskapsvård, barnrådgivning och skolhälsovård. Sjukhusvården är kostnadsfri (Social- och hälsovårdsministeriet 2007).

I **NORGE** är hälso- och sjukvården liksom i övriga Norden skattefinansierad och täcker hela befolkningen. Hälso- och sjukvården är organiserad i tre nivåer: staten, landskapen och kommunerna. Kommunerna svarar för de hälso- och sjukvårdstjänster som enligt lagstiftningen inte sköts av staten eller länen. Till kommunernas uppgifter hör också att sörja för bland annat hälsostationerna, skolhälsovården, diagnostisering och behandling vid sjukdom, skador och olyckor samt för hjälp vid olyckor. Kommunerna svarar också för allmänläkartjänster, ordnandet av jour för öppenvården, sjukskötare- och barnmorsketjänster samt medicinsk akutvård. Kommunerna kan anskaffa hälso- och sjukvårdstjänster av privata leverantörer, ordna dem själva eller sköta serviceproduktionen tillsammans med andra kommuner eller län på basis av avtal. Den regionala nivån svarar för tandvården.

Inom primärvården är det möjligt att teckna sig som kund hos en valfri läkare som driver en allmänmedicinsk praktik. Valet av läkare är inte beroende av hemort eller någon annan geografisk omständighet. Läkarna är självständiga företagare. De står i avtalsförhållande till kommunen och bland annat allmänläkarnas verksamhet grundar sig på självständigt yrkesutövande.

Den norska hälso- och sjukvården genomgick en stor reform år 2002. Sjukhusen flyttades administrativt över från den regionala förvaltningen till centralförvaltningen. Staten är genom fem hälsoföretag ansvarig för sjukvården och de mest specialiserade hälsotjänsterna. Den offentliga hälso- och sjukvården övervakas av landets hälso- och socialministerium (Helse- og omsorgsdepartementet), som svarar för utarbetandet och uppföljningen av den nationella hälso- och sjukvårdspolitiken. På nationell nivå har ministeriet även helhetsansvaret för att systemet fungerar effektivt och för att de grundläggande målen uppnås. Reformen av sjukhus-systemet utgjorde en kombination av centralisering och decentralisering. Överföringen av sjukhusen till staten innebar en centralisering, medan organiseringen av enskilda sjukhus som privata företag medförde en decentralisering.

I **SVERIGE** är hälso- och sjukvården organiserad i tre nivåer: en nationell, en regional och en lokal nivå. Det svenska kommunsystemet består av två nivåer: kommunerna och landstingen. Båda nivåerna har beskattningsrätt. Ansvar för sjukhusen och merparten av primärvården ligger hos landstingen. Kommunerna svarar för socialtjänsterna, däribland hemtjänsten, hemsjukvården, barndagvården samt för ordnandet av service för unga, äldre och handikappade (NOSOSCO 2005). Kommunerna upprätthåller dessutom offentliga vårdhem och hemvårdstjänster. Sverige har en bred och multiprofessionell primärvård jämte hälsocentraler (vårdcentraler). Personalen är anställd av landstinget eller kommunen.

Den offentliga hälso- och sjukvården är i huvudsak skattefinansierad, med ett visst bidrag från användaravgifter. Utöver de offentliga hälsocentralerna, hälsostationerna och sjukhusen erbjuder även olika slags privata organisationer hälso- och sjukvårdstjänster (Nordiska ministerrådet 2005). Sedan 1993 har medborgarna haft möjlighet att själva välja läkare antingen inom den offentliga eller inom den privata sektorn. År 2003 utökades valmöjligheten genom att medborgarna gavs frihet att välja hälso- och sjukvårdsleverantör var som helst i landet.

De marknadsbaserade modellerna för äldreården, till exempel olika beställar-producent-modeller, har ökat avsevärt sedan 1990-talet. Ansvaret för servicetillgången och servicevolymen åligger fortfarande kommunerna, men produktionsansvaret har i hög grad lagts ut på privata organisationer. Det har i äldreården tagit sig uttryck i att några relativt stora företag har fått en accentuerad marknadsställning.

**FÄRÖARNA** hör till Danmark men har ett eget förvaltningsorgan och dessutom ett kommunsystem. Färöarna hade 34 kommuner år 2005. Hälso- och sjukården är i stora drag organiserad på samma sätt som i Danmark. Sjukhustjänsterna organiseras och finansieras av Färöarnas eget förvaltningsorgan (NOMESCO 2006).

**GRÖNLAND** hör till Danmark och har likaså ett eget förvaltningsorgan och ett kommunsystem med 18 kommuner. Hälso- och sjukården ordnas på liknande sätt som i Danmark. Hälso- och sjukvårdstjänsterna övervakas av ett oberoende förvaltningsorgan som har i uppgift att sprida information, ge handledning, övervaka verksamheten, samla in statistiska data och handlägga klagomål. Hälso- och sjukvårdstjänsterna har organiserats i 16 hälso- och sjukvårdsdistrikt som vart och ett har en hälsocentral. Hälsocentralerna erbjuder primärvårdstjänster och förebyggande vård. Hälso- och sjukvårdsdistrikten erbjuder tandvård. Grönland har inga apotek och ingen företagshälsovård (NOMESCO 2006).

På **ÅLAND** sköts hälso- och sjukvårdstjänsterna av ett särskilt förvaltningsorgan, Ålands hälso- och sjukvård (ÅHS). Den åländska regeringen har helhetsansvaret för hälso- och sjukården. Kommunernas roll är begränsad till finansiering av vissa specificerade vårdformer. Primärvården och specialsjukården, inklusive den psykiatriska vården, ligger på ÅHS:s ansvar. Hälso- och sjukvårdstjänster som inte kan produceras på Åland köps av privata serviceproducenter eller universitetssjukhus antingen i Finland eller i Sverige. Tandvården utgör en del av primärvården (NOMESCO 2006).

### **Sammanfattning**

De nationella hälso- och sjukvårdssystemen i de nordiska länderna har byggts upp under många decennier och har många likheter. Gemensamt för de nordiska länderna är det allmänna politiska åtagandet att upprätthålla en på inbördes solidaritet grundad hälso- och sjukvård som ser till det gemensamma bästa.

Den allmänna ståndpunkten har varit att hälso- och sjukvården bör styras och övervakas av demokratiskt valda förvaltningsorgan och inte vara alltför beroende av de kommersiella marknadskrafterna (Magnussen et al., 2006). Det beror delvis på att de nordiska länderna har haft alltför lite erfarenhet av hur marknaden fungerar och dess effekter på hälso- och sjukvården (Øvretveit 2003).

Den nordiska hälso- och sjukvården är i huvudsak skattefinansierad. Även om hälso- och sjukvården i alla nordiska länder allmänt sett uppfattats som tämligen likartad<sup>3</sup> i internationella jämförelser, skiljer de sig dock en del beträffande finansieringen av och kostnaderna för servicen.

År 2004 varierade de olika nordiska ländernas hälso- och sjukvårdskostnader mellan 7,5 och 10,2 procent av bruttonationalprodukten. Finland hade klart lägre hälso- och sjukvårdsutgifter i förhållande till bruttonationalprodukten än de övriga nordiska länderna. Island använde mest pengar på hälso- och sjukvård (se bilagetabell 2). Eftersom hälso- och sjukvården huvudsakligen finansieras med offentliga medel finns det inga större skillnader i förhållandet mellan offentlig och privat finansiering i de olika länderna. År 2004 var den offentliga finansieringen av hälso- och sjukvårdskostnaderna 77–85 procent, medan den privata finansieringens andel var 15–23 procent (se bilagetabell 2).

De klientavgifter som upp bärs av användarna av hälso- och sjukvårdstjänster har två centrala mål: att samla in avgiftsintäkter och att styra användningen av tjänsterna. Genom klientavgifterna kan användningen av tjänsterna i viss mån styras i önskad riktning. Sedan 1995 har hushållens klientavgifter stigit i Island och Norge men sjunkit i Danmark och Finland. I Norden är hushållens andel av finansieringen avsevärt lägre än i OECD-länderna i genomsnitt. I Finland fäste det nya regeringsprogrammet i april 2007 uppmärksamhet vid utnyttjande och justering av klientavgifter i utvecklingen av finansieringsbasen för hälso- och sjukvården.

---

<sup>3</sup> Denna uppfattning bygger på statsmaktens dominerande roll i fastställandet av välfärdspolitik och på att välfärdspolitikerna verkställs av en omfattande offentlig sektor. Detta har ofta kallats den skandinaviska eller nordiska modellen (t.ex. Esping-Andersen 1999). I enlighet med denna modell har alla nordiska länder ett obligatoriskt, skattefinansierat hälso- och sjukvårdssystem som producerar all service befolkningen behöver.

**Tabell 2. Utveckling av hushållens andel av finansieringen av hälso- och sjukvården i olika länder.**

Land	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
Danmark	16,3	16,2	16,3	16,6	16,1	16,0	15,9	15,8	13,9	13,9
Finland	20,5	20,3	19,7	19,4	20,3	20,4	19,7	19,5	19,4	18,9
Island	16,1	16,7	17,9	18,1	16,4	17,4	17,3	16,8	16,5	16,6
Norge	15,2	15,3	17,8	17,0	16,6	16,7	15,7	15,8	15,5	15,7
OECD i medeltal	20,4	20,5	19,9	19,8	20,0	21,0	20,3	20,0	19,8	20,5

Källa: OECD Health Data 2006.

De nordiska länderna har decentraliserat beslutsfattande till lokal nivå till kommunerna eller regionerna med stark betoning på rättvisa. Kommunerna har i alla länder (med undantag av Danmark) en viktig roll i produktionen av primärvårdstjänster och i olika förebyggande, rehabiliterande och hälsofrämjande verksamheter (och i Finland även inom specialistsjukvården). Graden av decentralisering och de olika regionala nivåernas antal och uppgifter varierar i de olika nordiska länderna. I den senaste tidens reformer har strävan varit att öka de regionala enheternas (främst kommunernas och kommunsammanslutningarnas) storlek. Likaså ökar de olika medverkande parternas (produktion, finansiering och organisering) storlek.

En av skillnaderna mellan länderna anknyter till organiseringen av de olika nivåerna för hälso- och sjukvårdstjänsterna; även om det sagts att alla nordiska länder har relativt decentraliserade system, finns det betydande skillnader i antalet lokala nivåer och i den politiska och/eller administrativa nivåns strukturer. Efter sjukhusreformen i Norge 2002 fördelades ansvaret för primärvården och specialistsjukvården mellan kommunerna och fem hälsoföretag, och någon självständig regionnivå finns inte. I Finland är ansvaret för såväl primärvården som specialistsjukvården mycket decentraliserat till kommunerna. Kommunerna är dock medlemmar i det sjukvårdsdistrikt av vilket de köper specialistsjukvården.

Finansieringen av specialistsjukvården har ordnats på olika sätt i de olika nordiska länderna. I Danmark svarar sedan ingången av 2007 staten för 80 procent av kostnaderna för specialistsjukvården. I Norge svarar staten för finansieringen av specialistsjukvården via fem regionala hälsoföretag. I Finland finansieras sjukvårdsdistriktens specialistsjukvård av kommunerna, som i sin tur får statsandelar för finansieringen av hälso- och sjukvårds-

servicen. I Sverige finansieras specialsjukvården av landstinget och staten. I Island finansieras staten sjukhustjänsterna.

Antalet producenter av olika typ och organisation har ökat i Norden. Det har ökat medborgarnas valmöjligheter. Till exempel i Norge står privata serviceproducenter för cirka 10 procent av äldrevården. Den privata sektorn kompletterar den kommunala servicen. I Finland stod de av privata serviceproducenter köpta hälso- och sjukvårdstjänsterna för 7,6 procent av kommunernas samtliga hälso- och sjukvårdskostnader år 2004 (Kauppinen och Niskanen 2005).

En viktig trend i samtliga nordiska länder har varit att hälso- och sjukvårdens kunder fått ökade valmöjligheter. År 2002 införde Danmark till exempel en väntetidsgaranti. Patienter som inte får vård vid ett offentligt sjukhus inom två månader har rätt att på den offentliga sektorns bekostnad välja ett privat sjukhus. I oktober 2007 kommer den maximala väntetiden att sänkas till en månad. Sedan 1998 har Danmark haft en särskild lag om patientens rättigheter (Lov om patienters retsstilling), med bestämmelser om patientens självbestämmanderätt, patienthandlingar samt hälso- och sjukvårdspersonalens tystnadsplikt. I Danmark har patienterna sedan 1993 kunnat välja vilket offentligt sjukhus de skall vårdas på.

I Sverige har hälso- och sjukvårdens kunder mycket omfattande möjligheter att välja vårdplats och vårdande läkare (Svenska Kommunförbundet 2001). Sverige har också en riksomfattande vårdgaranti som grundar sig på ett avtal<sup>4</sup> mellan staten och landstingsförbundet. Kunden garanteras vård inom en viss tid. Sverige är det enda nordiska landet som inte har en lag om patientens rättigheter. I Norge har patientens rätt till vård tryggats genom en allmän lag som reglerar patientens rättsliga ställning, lagen om patienträttigheter (Lov om pasientrettigheter). Lagen om patienträttigheter, en lag om hälso- och sjukvårdspersonal samt en lag om den psykiatriska sjukvården trädde i kraft år 2001. I Finland trädde lagen om patientens ställning och rättigheter (785/1992) i kraft år 1992 och lagstiftningen om vårdgaranti vid ickebrådskande vård i mars 2005. I Island reglerades patientens rättigheter genom en lag år 1997 (Act on the Rights of Patients no. 74/1997).

I de nordiska länderna har "patienterna" blivit "kunder". Det förutsätter en motsvarande förändring i servicemodellerna. Servicesystemet

<sup>4</sup> Utöver den vårdgaranti som trädde i kraft i början av 2005 finns det i Sverige ett flertal lokala vårdgarantier med växlande innehåll.

borde i högre grad än tidigare flytta fokus från sjukdomsbehandling till främjande av hälsan under individens hela livslopp. Förhållandet mellan medborgaren och hälso- och sjukvården har förändrats på alla sätt. Globaliseringen medför nya, betydelsefulla konstellationer vars effekter på hälso- och sjukvården och servicebehovet är svåra att förutse; till exempel har i alla de nordiska länderna det ökande antalet kunder med bakgrund i andra kulturer skapat helt nya servicebehov.

Samtliga ovan nämnda alternativa lösningarna kan och bör bedömas utifrån hur väl de motsvarar grundprinciperna i den nordiska modellen, det vill säga hur rättvisa, effektiva och kundorienterade de är. Huruvida hälso- och sjukvården är rättvis eller inte beror på om patienterna får vård som motsvarar deras faktiska behov eller om vården är avgörande av patientens ekonomiska ställning eller hemort. Hälso- och sjukvårdens effektivitet kan bedömas enligt många olika mätare. Den vanligaste indikatorn för kundorienteringen är befolkningens nöjdhet med den erhållna servicen.

**Tabell 3. Sammanfattning av de viktigaste skillnaderna mellan de nordiska hälso- och sjukvårdssystemen.**

- Grad av decentralisering/förstatligande
- Antal administrativa nivåer
- Ansvar för primärvårdens och specialsjukvårdens tjänster
- Kundens ställning och rättigheter
- Resurser riktade till hälso- och sjukvården i förhållande till bruttonationalprodukten och invånarantalet

**Frågor inför framtiden**

Den europeiska och nordiska debatten om hälsopolitiken har gällt bland annat följande ämnen: hälso- och sjukvårdssystemens ekonomiska hållbarhet, decentraliseringsprocesser och grad av decentralisering, de politiskt-administrativa strukturerna, marknaden, den offentliga och den privata sektorns roller och patientens rättigheter.

I dag håller samtliga nordiska länder på att reformerna strukturerna för förvaltningen av hälso- och sjukvården. I samtliga nordiska länder hänvisar motiveringarna till reformerna till likartade yttre förhållanden: den offentliga ekonomins hållbarhet och möjligheterna att hantera ekonomin, ökat servicebehov och nya förväntningar på servicen till följd av den åldrande befolkningen samt den minskande andelen skattebetalare av hela befolkningen. Strukturreformerna motiveras även politiskt. Reformförslagen är i varje land knutna till de rådande politiska styrkeförhållandena och särdragen. Dessutom präglas reformerna av en periodicitet, där vissa problem och lösningarna på dem, t.ex. omfattande strukturreform, återkommer med långa mellanrum. Vid planeringen av reformer tittar man också nära på andra länders modeller i motsvarande situationer. Förra gången en lika stor reformvåg omstöpte strukturerna i alla nordiska länder var för cirka 40 år sedan.

## **Centrala utmaningar i de nordiska länderna**

### *1. Förenkling av hälso- och sjukvårdens finansieringssystem samt systemets hållbarhet*

Hälso- och sjukvårdskostnaderna har ökat i alla nordiska länder under de senaste åren (OECD 2006)<sup>5</sup>. I synnerhet ökar läkemedelskostnaderna kraftigt. Finansieringssystemen borde vara stabila och hållbara och erbjuda mer ändamålsenliga incitament för de olika medverkande aktörerna.

### *2. Förändringar i behov, förväntningar och konsumtionsvanor hos användarna av hälso- och sjukvårdstjänster*

En viktig utvecklingstrend i den nordiska hälso- och sjukvården är förändringarna i demografin och i befolkningens hälsoprofil. Den åldrande befolkningen, den urbana livsstilen och välfärdssjukdomarna<sup>6</sup> påverkar vårdbehovet och därigenom serviceutbudet och den systematiska utvecklingen av servicekvaliteten. Medborgarnas inställning till hälso- och sjukvårdstjänster har förändrats; tidigare var de användare, medan de i dag är konsumenter.

<sup>5</sup> Enligt OECD Health Data 2006 ökade hälso- och sjukvårdskostnader snabbare än bruttonationalprodukten i samtliga nordiska länder utom Finland under perioden 1990–2004. År 2004 var hälso- och sjukvårdskostnadernas andel av BNP 7,5 procent i Finland, medan medelvärdet för de nordiska länderna var 9 (OECD 2006).

<sup>6</sup> I bilagetabeller 3, 4 och 6 samt i bilagefigur 1 återges vissa indikatorer för Nordens del.



### 3. *Förhållandet mellan decentralisering och förstatligande*

Att förhållandet mellan stat och kommun har behandlats ingående åter speglas i den pågående reformvågen i hela Norden. Dessa reformer eftersträvar en verksamhetsmässig och ekonomiskt hållbar struktur för finansieringen av hälso- och sjukvården. Ur användarnas synvinkel är det också en fråga om jämlikhet och rättvis behandling samt om i vilken grad man lyssnar på befolkningens önskemål

### 4. *Hälso- och sjukvårdens förmåga att svara på medborgarnas nya förväntningar och tryggheten av hälso- och sjukvårdens legitimitet*

Hälso- och sjukvårdens förmåga och möjligheter att svara på medborgarnas nya förväntningar och att trygga systemets legitimitet beror på många olika faktorer. Bland dessa återfinns utvecklingen av finansieringen av hälso- och sjukvården, förhållandet mellan tillgång och efterfrågan på tjänster samt förhållandet mellan de offentliga och de privata hälso- och sjukvårdsproducenterna.

### 5. *Tillgången på yrkeskunnig hälso- och sjukvårdspersonal*

Då de äldre och pensionerade utgör en allt större del av befolkningen medför detta ett tryck på rekrytering och utbildning av ny arbetskraft och på rörlighet för arbetskraften över de nationella gränserna (SHM)<sup>7</sup>. Liksom befolkningens förväntningar på hälso- och sjukvården har förändrats, så har också de nya generationerna av hälso- och sjukvårdspersonalen förändrade förväntningar på hälso- och sjukvårdssektorn som arbetsplats. En hotbild är att den offentliga sektorn får ett arbetskraftsunderskott, medan den privata sektorn blir allt mer lockande.

### 6. *Förhållandet mellan den offentliga och den privata hälso- och sjukvården*

I samband med hälso- och sjukvårdsreformerna i Norden har den offentliga och den privata sektorns roller diskuterats på bred front. I huvudsak har

---

<sup>7</sup> I Finland har problemen med tillgång på personal inom primärvården och specialistsjukvården ökat snabbt. Det yttrar sig bland annat som en ökande läkarbrist i vissa regioner och specialiteter. År 2006 sköttes endast 84,1 procent av hälsocentralernas läkartjänster av kommunala tjänsteinnehavare. I slutet av 2006 var läkarunderskottet i hela landet 8,9 procent, och 7 procent av tjänsterna och befattningarna sköttes genom köptjänster (Parjanne och Vänskä 2006). För den övriga vårdpersonalens del har man försökt förbättra situationen genom att fastanställa personal med tidsbundna anställningar samt genom att utveckla arbets- och ansvarsfördelningen mellan personalgrupperna (Eronen et al. 2006). Antalet läkare har i Finland ökat i samma takt som i Norden i genomsnitt (OECD 2006).

följande alternativ utmålats: ett som bygger på att centralförvaltningen planerar och styr verksamheten, ett system som bygger på marknadskrafter och konkurrens, nätverksbaserade blandmodeller där den offentliga sektorn ansvarar för finansiering och styrning, men serviceproduktionen är mångformig antingen beträffande sektorerna (offentlig, privat, tredje sektorn) eller beträffande de administrativa strukturerna (kommun/regioner). Det har blivit vanligare med partnerskapsmodeller där såväl den offentliga som den privata sektorn medverkar.

#### 7. *Tillämpningar inom och användning av IT, medicinteknik och biomedicin*

Den informationstekniska utvecklingen är kraftig och användningen av IT kommer att medföra att en stor del av rutinfrågorna sköts elektroniskt (bl.a. tidsbeställning, laboratoriesvar, recepthantering, expertkonsultationer).

Läkarvetenskapen utvecklas i svindlande fart, vilket torde leda till nya undersöknings- och behandlingsalternativ. Den medicinska utvecklingen har gett upphov till en debatt om insamling av data om befolkningen i bioregister och om utnyttjandet av dessa register (Räikkä & Rossi 2001). Den informationsmassa som lagras i olika register är ofantligt stor, och det krävs klara bestämmelser om dess användning och om hur informationen kan tillämpas i hälso- och sjukvårdstjänster, forskning, kommersiella ändamål etc.

#### 8. *Medborgarnas, kundernas och patienternas rättigheter, valmöjligheter och eget ansvar för tryggheten av hälsan*

Hälso- och sjukvården finns till för medborgarna. Hälso- och sjukvården kan dock inte lösa alla hälsoproblem eller behandla eller förebygga alla sjukdomar. De nordiska hälso- och sjukvårdssystemen har utsatts för bred kritik för att de är inflexibla och ger patienterna små valmöjligheter.

Alla nordiska länder har under de senaste decennierna likväl lagstiftningsvägen gjort en hel del för att stärka patientens rättigheter. Det väsentliga beträffande valfriheten är vad man kan välja: läkare, vårdplats (kommun, region), sjukhus, behandling, kommunal primärvård/företagshälsovård/privat vård eller något annat. Eller – är det kommunerna som ges frihet att bestämma till vilket sjukhus patienterna skall skickas?

Valfriheten förutsätter också mer information om alternativen, så att medborgarna eller de som gör valen kan verkligen fatta motiverade beslut. Medborgarna, producenterna och beställarna måste få tillgång till

mer information om verksamheten, kvaliteten, priserna och kostnaderna etc. Valfriheten är också nära förbunden med frågan om medborgarnas, kundernas och patienternas roll och ansvar för den egna hälsan och frågan om vilka incitament som kan utnyttjas för att styra serviceanvändningen i den mest ändamålsenliga riktningen.

#### 9. *Samarbete över sektorgränserna för kundernas servicekedjor*

Huvudtema för Finlands ordförandeskap i Nordiska ministerrådet 2007 är vid sidan av den åldrande befolkningen särskilt barnen och de unga samt främjandet av dessa gruppers välfärd och uppbyggandet av en sund utvecklingsmiljö. Antalet patienter med välfärdssjukdomar, långtidssjuka och multisjuka patienter ökar, och därmed även servicebehovet. Det förutsätter ett samarbete över sektorgränserna (social-, utbildnings- och hälso- och sjukvårdstjänster) inom servicekedjorna för dessa kunder.

Sammanfattningsvis kan man konstatera att de frågor som hälso- och sjukvården i de nordiska länderna inom kort måste ta ställning till i hög grad karakteriseras av följande tre principer: rättvisa, effektivitet och kundorientering. Beträffande till exempel rättvisan söker man lösningar genom att förändra förhållandet mellan centralisering och decentralisering, utveckla arbetsfördelningen och partnerskapet mellan den offentliga och den privata sektorn, utnyttja nya IT-tillämpningar samt genom att bygga upp obrutna servicekedjor som överskrider sektorgränserna.

**Tabell 4. De viktigaste nordiska hälso- och sjukvårdsfrågorna inom hälso- och sjukvårdens tre nivåer och med avseende på de tre grundprinciperna.**

Princip Område	Rättvisa	Effektivitet	Kundorientering
<b>Produktion</b>	Förhållandet mellan decentralisering och förstatligande Förhållandet mellan den offentliga och den privata hälso- och sjukvården Tillämpningar inom och användning av IT, medicinteknik och biomedicin Samarbete över sektorgränserna för kundernas servicekedjor	Förhållandet mellan decentralisering och förstatligande Förhållandet mellan den offentliga och den privata hälso- och sjukvården Tillämpningar inom och användning av IT, medicinteknik och biomedicin Samarbete över sektorgränserna för kundernas servicekedjor	Förhållandet mellan decentralisering och förstatligande Förhållandet mellan den offentliga och den privata hälso- och sjukvården Tillämpningar inom och användning av IT, medicinteknik och biomedicin Medborgarnas, kundernas och patienternas rättigheter, valmöjligheter och eget ansvar för tryggheten av hälsan Samarbete över sektorgränserna för kundernas servicekedjor
<b>Finansiering</b>	Förenkling av hälso- och sjukvårdens finansieringssystem samt systemets hållbarhet Medborgarnas, kundernas och patienternas rättigheter, valmöjligheter och eget ansvar för tryggheten av hälsan Samarbete över sektorgränserna för kundernas servicekedjor	Förenkling av hälso- och sjukvårdens finansieringssystem samt systemets hållbarhet Effekterna av de nordiska ländernas hälso- och sjukvårdspolitiska linjedragningar på utvecklingen av EU:s hälsopolitik	Förenkling av hälso- och sjukvårdens finansieringssystem samt systemets hållbarhet Effekterna av de nordiska ländernas hälso- och sjukvårdspolitiska linjedragningar på utvecklingen av EU:s hälsopolitik
<b>Kompetens/ Arbetskraft</b>	Tillgången på yrkeskunnig hälso- och sjukvårdspersonal Medborgarnas, kundernas och patienternas rättigheter, valmöjligheter och eget ansvar för tryggheten av hälsan	Tillgången på yrkeskunnig hälso- och sjukvårdspersonal Tillämpningar inom och användning av IT, medicinteknik och biomedicin	Tillgången på yrkeskunnig hälso- och sjukvårdspersonal Medborgarnas, kundernas och patienternas rättigheter, valmöjligheter och eget ansvar för tryggheten av hälsan Samarbete över sektorgränserna för kundernas servicekedjor
<b>Lednings- systemets funktion</b>	Förändringar i behov, förväntningar och konsumtionsvanor med avseende på hälso- och sjukvården Förhållandet mellan decentralisering och förstatligande Hälso- och sjukvårdens förmåga att svara på medborgarnas nya förväntningar och tryggheten av systemets legitimitet Medborgarnas, kundernas och patienternas rättigheter, valmöjligheter och eget ansvar för tryggheten av hälsan	Förändringar i behov, förväntningar och konsumtionsvanor med avseende på hälso- och sjukvården Hälso- och sjukvårdens förmåga att svara på medborgarnas nya förväntningar och tryggheten av systemets legitimitet Tillämpningar inom och användning av IT, medicinteknik och biomedicin	Förändringar i behov, förväntningar och konsumtionsvanor med avseende på hälso- och sjukvården Förhållandet mellan decentralisering och förstatligande Hälso- och sjukvårdens förmåga att svara på medborgarnas nya förväntningar och tryggheten av systemets legitimitet Tillämpningar inom och användning av IT, medicinteknik och biomedicin Medborgarnas, kundernas och patienternas rättigheter, valmöjligheter och eget ansvar för tryggheten av hälsan Samarbete över sektorgränserna för kundernas servicekedjor

### **3 HÄLSO- OCH SJUKVÅRDENS MEDEL ATT SVARA PÅ UTMANINGARNA**

Utvecklingen av hälso- och sjukvårdens finansiering och tjänster utgör en vidsträckt och mångformig utmaning som anknyter till utvecklingen av hälso- och sjukvården och samhället i stort. Därför medför också de allmänna samhällsliga utvecklingstrenderna ett tryck på finansieringen och organiseringen av hälso- och sjukvården. Den åldrande befolkningen, som debatterats flitigt, är inte den enda förändringstrenden. Globaliseringen och den kraftiga ekonomiska strukturförändringen ses av en del som ett hot mot och av andra som en möjlighet för den nordiska välfärdsstatsmodellen. I stället för ett omfattande sammandrag lyfter detta kapitel fram några medel som i olika länder tillämpats för att svara på de centrala utmaningarna för hälso- och sjukvården.

**Tabell 5. Framtida frågor att lösa: exempel på olika lösningar.**

Frågor	Danmark	Finland	Island	Norge	Sverige
Förenkling av hälso- och sjukvårdens finansieringssystem samt systemets hållbarhet	Ökande av kommunstorlek/befolkningsbas Upprättande av större regioner	Ökande av kommunstorlek/befolkningsbas Sammanslagning av regioner, 'Partnership' Samarbetsområden	Ökande av kommunstorlek/befolkningsbas	Sjukhusreformen Statens roll	Reform av ansvarsfördelningen mellan olika nivåer och sektorer
Förändringar i behov, förväntningar och konsumtionsvanor med avseende på hälso- och sjukvården	Kvalitetsreform för den offentliga servicen Vårdgaranti Kundens/medborgarens eget ansvar	Vårdgaranti Kvalitetsrekommendationer 'Partnership' Klientavgifter Politikprogram för hälsofrämjande	Lag om patientens rättigheter	Kundens/medborgarens eget ansvar	Vårdgaranti
Förhållandet mellan decentralisering och förstatligande	Ökande av kommunstorlek/befolkningsbas	Ökande av kommunstorlek/befolkningsbas	Ökande av kommunstorlek/befolkningsbas	Sjukhusreformen Statens roll	'Ansvarskommittén'
Hälso- och sjukvårdens förmåga att svara på medborgarnas nya förväntningar och tryggheten av systemets legitimitet	Valfrihet Lag om patientens rättigheter	Vårdgaranti Lag om patientens rättigheter	Lag om patientens rättigheter	Valfrihet Lag om patientens rättigheter	Kundens valfrihet (vårdighetsgaranti)
Tillgången på yrkeskunnig hälso- och sjukvårdspersonal	Utökad utbildning	Outsourcing, köptjänster Offentliga sektorns flexibilitet som arbetsgivare Arbetsfördelningen mellan olika yrkesgrupper		Sjukhusreformen	Arbetsfördelningen mellan olika yrkesgrupper
Förhållandet mellan den offentliga och den privata hälso- och sjukvården	Utvidgandet av möjlighet att välja sjukhus	Utläggning av hälso- och sjukvårdstjänster till privata sektorn 'Partnership'		Sjukhusreformen	Beställarproducentmodell 'Partnership'
Tillämpningar inom och användning av IT, medicinteknik och biomedicin	Hälsportal	Utveckling av datasektorn Byte av läkemedel Tillämpning av telemedicin	Genbank	Hälsportal	
Medborgarnas, kundernas och patienternas rättigheter, valmöjligheter och eget ansvar för tryggheten av hälsan	Lagar om patientens rättigheter Servicesedel	Lagar om patientens rättigheter Servicesedel Elektronisk hantering av patientdata	Lagar om patientens rättigheter	Lagar om patientens rättigheter	Planering av patientlag
Samarbete över sektorgränserna för kundernas servicekedjor	Sjukhusens finansiering	Försök med smidiga servicekedjor Elektronisk hantering av patientdata		Sjukhusreformen	'Ansvarskommittén'

## **Danmark**

### *Case: Hälsoportal (Sundhed)*

I Danmark har särskild uppmärksamhet fästs vid att utveckla hälso- och sjukvårdstjänsternas kvalitet och öka kundens valfrihet. Hit hör också frågor om användarnas delaktighet och det personaliga ansvaret för den egna hälsan och vården. (Inderigs- og Sundhedsministeriet 2007.) Strävan är att patienterna skall delta som partners i den egna vården. Det förutsätter bland annat att de är medvetna om de tillgängliga alternativen och om sitt eget ansvar för behandlingarna. Med hänsyn till detta hör information om hälsa, sjukdomar och deras behandling intimt samman.

I Danmark har information och tjänster sammanförts i en portal (<http://www.sundhed.dk/>) som betjänar medborgarna. Hälsoportalen öppnade år 2003. Hälsoportalen erbjuder information i realtid till medborgarna och tjänster till yrkespersoner inom hälso- och sjukvården. Portalen har information bland annat om behandling av sjukdomar. Den erbjuder dessutom information om väntetider till undersökning och behandling beträffande ett flertal sjukdomar, till exempel bröstcancer. Uppgifterna presenteras sjukhusvis, så patienten kan jämföra olika sjukhus med varandra. Uppgifterna uppdateras med täta mellanrum, i bästa fall varje vecka. Det är också möjligt att jämföra den producerade vårdens effektivitet och kvalitet. Till exempel kan kvaliteten på höftoperationer bestämmas genom jämförelse av dödligheten en månad efter operation för patienter som opererats på olika sjukhus. Portalen erbjuder också information om tidsbeställning av hälso- och sjukvårdstjänster, förnyelse av recept och väntetider till sjukhus. Användarna har dessutom möjlighet att kontrollera sina egna uppgifter i portalen. Den danska hälsokunskapsportalen är ett exempel på effektivt utnyttjande av datatekniken. Insamlingen av uppgifter om verksamheten är rutinmässig och uppgifterna i portalen är så aktuella som möjligt.

Hälsoportalen är inte enbart avsedd för dem som utnyttjar hälso- och sjukvårdens tjänster. Också hälso- och sjukvårdsprofessionella kan använda portalen för att leta fram bland annat fackinformation och vårdanvisningar. Härigenom strävar man efter att förbättra hälso- och sjukvårdstjänsternas kvalitet och samarbetet mellan olika grenar av hälso- och sjukvården.

## **Finland**

### *Case: Tammerfors*

I Finland har man under de senaste decennierna lagt fram många förslag till förändringar i hälso- och sjukvårdens finansierings- och servicesystem. Gemensamt för alla reformförslag har varit att de haft som mål att skapa en finansieringsbas som är tillräckligt bred för att trygga en flexibel organisering av tjänsterna, minska skillnaderna mellan kommunerna och öka kundernas valfrihet. Det finns dock inga planer på att frånga grundprincipen för de offentliga tjänsterna, nämligen kommunens ansvar som främsta finansiär av hälso- och sjukvården.

Den offentliga maktens medel att styra medborgarnas konsumtionsvanor och efterfrågan är begränsade. En viktig modell som utnyttjats i reformeringen av produktionsstrukturerna är separeringen av beställarens och producentens roller (TILTU-modellen); en modell som rekommenderas också i ramlagen för den nya kommun- och servicestrukturreformen. TILTU-modellen är ett servicestyrningssystem och form av offentlig förvaltning där en klar skillnad görs mellan beställare och producent. Relationen mellan dessa styrs genom avtal (avtalsstyrning). Inom kommunen skapas en virtuell marknad och steg för steg går man vidare mot konkurrensutsättning och utläggning på entreprenad. I denna modell produktifieras alla tjänster, vilket skall främja tillämpningen av marknadsmekanismen, konkurrensutsättningen av tjänster och uppkomsten av en fungerande marknad för tjänster.

Tammerfors stad tog den 1 januari 2007 i bruk en beställare-producent-modell för ordnandet av stadens välfärdstjänster. Ett väsentligt inslag i reformen var reformeringen av hela organisationsstrukturen och den strategiska servicestyrningen samt tillämpningen av en beställare-producent-modell i produktionen av välfärdstjänster. En central utgångspunkt var betoningen på kundorienteringen. Tyngdpunkten för reformen ligger på övergången till avtalsbaserade arrangemang som grundar sig på strategiskt partnerskap mellan beställaren och producenten och där man genom strategiska avtal styr och sporrar producenterna så att deras tjänster i än högre grad tillfredsställer befolkningens behov.

I denna modell definieras de köpta tjänsterna på ett nytt sätt. Beställaren köper inte bara prestationer (t.ex. läkarbesök), utan större helheter, såsom befolkningsansvar, effektivitet och kvalitet. Effektiviteten inom till



exempel äldreården kan bland annat mätas genom hur länge en åldring kan bo hemma.

Modellen överskrider sektorgränserna. Ur kundens synvinkel är det centralt att sektorgränserna (mellan hälso- och sjukvården och socialtjänsterna och motionstjänsterna etc.) kan överskridas. Till exempel kan nämnden för barn- och ungdomsservice svara för ordnandet och anskaffningen av alla tjänster för barn och unga, oberoende av om tjänsterna överskrider sektorgränserna. Kunden ställs i högre grad än tidigare i centrum, och de nämnder som ansvarar för beställning av tjänsterna organiseras utifrån ett kundperspektiv, samtidigt som kommuninvånarnas möjligheter att delta och påverka utökas<sup>8</sup>.

Den nya verksamhetsmodellen påverkar olika aktörers ansvarstagande och deras möjligheter att utveckla servicen. Strävan är att få kommunens politiker, särskilt fullmäktige, att ta mer ansvar för stadens verksamhet. Verksamhetsmodellen förbättrar kommuninvånarnas möjligheter att påverka planeringen av servicen och miljön. Modellen förutsätter att alla tjänster produktifieras, dvs. att de prissätts och att kvalitetskraven definieras. Ur serviceproducentens synvinkel garanterar modellen att betalningen för tjänsterna sker enligt såld servicevolym. Ur kommunens synvinkel är det en fördel att den egna serviceproduktionens effektivitet kan utvecklas, då den kan jämföras med tjänster från andra producenter. Ett centralt element i modellen är konkurrensutsättningen av de tjänster som behövs. Härigenom utökas såväl serviceproducenternas verksamhetsmöjligheter och ansvar för den egna verksamheten som samarbetet med olika aktörer (<http://www.tampere.fi/>).

---

<sup>8</sup> Ett försök att utöka möjligheterna att delta och påverka är Alvari, en modell för regionalt deltagande. Alvari omfattar ett flertal deltagandeformer. Alue-Alvari är en regional arbetsgrupp som bildas av invånare i området eller av representanter för föreningar och organisationer. Arbetsgruppen behandlar på vid basis frågor som gäller området. Netti-Alvari fungerar via internet och är ett råd som består av invånare från området. Staden kan vända sig till rådet med olika enkäter om området och dess service. Andra former av växelverkan ordnas vid behov. Den regionala verksamheten samordnas av en interaktionsplanerare som arbetar vid stadens koncernförvaltning. Verksamheten planeras, genomförs och utvecklas i samråd mellan invånarna och staden. Alvari testas i västra Tammerfors åren 2007–2008. Efter försöksperioden beslutas om modellen skall byggas ut till hela staden (<http://www.tampere.fi/osallistuminen/alvari/index.html>).

## **Island**

### *Case: Genbank*

I Island föreslogs år 1998 att hälso- och sjukvården skulle bygga upp en genetisk databas över befolkningen. Bildandet av en genbank syftade primärt till att utveckla den genetiska befolkningsforskningen, men även till att främja forskningen i sambandet mellan gener, livsstil och miljö. Genom en år 1999 stiftad lag (Act on Biobanks no. 110/2000) gavs ett privat företag rätt att samla in och utnyttja gen-, släkt- och hälsodata om islänningarna. Genbanken innehåller bland annat dna-prover och medicinska uppgifter samt uppgifter om släkthistorien för en stor del av befolkningen. Över 100 000 islänningar har hittills lämnat dna-prov och hälsouppgifter till genbanken.

I många länder har komplexiteten i dessa uppgifter gett upphov till en livlig debatt bland annat om användningen och ägandet av uppgifterna; hör den genetiska informationen endast till individen själv och har individen rätt att själv bestämma som skall få tillgång till information om henne? Man har också diskuterat huruvida medborgarnas genom överhuvudtaget bör registreras. Gentekniken i sig väcker många frågor som anknyter till datasekretessen.

Många parter, däribland social- och hälsovårdsmyndigheterna, forskningsinstitutet och de dem närstående läkemedelsföretagen, läroinrättningarna och försäkringsbolagen är intresserade av enstaka medborgares arvs massa och defekter i denna. Ett register över resultaten från gentester hjälper fackmänniskorna inom hälso- och sjukvården att diagnostisera sjukdomar och fatta vårdbeslut. Forskningsinstitutet och de närstående läkemedelsföretagen vill ha tillgång till databaser som innehåller data om arvs massan för vissa mänskopopulationer. Dessa data har ett stort medicinskt värde då man forskar i uppkomsten och utvecklingen av ärftliga sjukdomar. Informationen kan konkret leda till produktion av ett nytt läkemedel.

Frågan om de genetiska dataregistrens existens förutsätter en bredare debatt om hur man skall betrakta informationen, vilken typ av nyttighet den är och i vilken mening informationen kan samlas in, ägas och utnyttjas.

## **Norge**

### *Case: sjukhusreformen*

Norge är ett av de västliga länder som investerar mest i befolkningens hälso- och sjukvård. Likväl har man upplevt att det finns brister också i det norska hälso- och sjukvårdssystemet. Sjukhusreformen år 2002 var ett svar på dessa utmaningar. Reformen omfattade två huvudsakliga element. Staten övertog ägandet av sjukhusen och verksamheten organiserades som företag i hälso- och sjukvårdsbranschen. Det innebar för det första att sjukhusen organiserades under fem regionala hälso- och sjukvårdsföretag. Företagen ansvarar för ett varierande antal sjukhus, som antingen ensamma eller tillsammans med andra sjukhus bildar egna hälso- och sjukvårdsföretag. Företaget har en direktion och en ledning som i högre grad än i det tidigare systemet svarar för den dagliga verksamheten. Hälso- och sjukvårdsministeriet svarar för den övergripande styrningen av sektorn, dock med beaktande av de lokala kraven. Utöver denna s.k. externa reform gjordes interna reformer av organisationen, arbetsformerna och samarbetet.

Reformen strävade till att hitta lösningar på de regionala kvalitetskillnaderna, de ökande köerna och de stigande kostnaderna. Hälso- och sjukvården finansieras direkt ur statsbudgeten, vilket gör att medborgarna är i en jämlik ställning oberoende av hemkommun. Tidigare styrdes finansieringen av sjukhusen till kommunerna via statsandelar.

## Sverige

### Case: Ansvarskommittén

Sveriges nuvarande regering vill ha fler serviceproducenter i hälso- och sjukvården för att öka valmöjligheterna och ge kunderna större makt i frågor som rör dem själva. Det reformförslag som lagts fram av en parlamentarisk kommitté (Ansvarskommittén, SOU 2003:123 och SOU 2007:10) som tillsattes år 2003 berör många områden inom den offentliga sektorn. Målet är att på lång sikt utveckla en hållbar offentlig förvaltning. Ett centralt element i reformförslaget är att ersätta de nuvarande 21 lands- tingen med 6–9 regionkommuner. Förslaget omfattar alltså skapandet av en ny regional och samhällelig organisation. Denna borde ha regionala gränser som sammanfaller med den statliga regionindelningen och kommunindelningen. Regionkommunerna skulle ansvara för den regionala utvecklingen samt för hälso- och sjukvården. Modellen strävar till ett utvecklat samarbete mellan staten och regionkommunerna och vill erbjuda medborgarna den bästa möjliga nytta som kan erbjudas med de offentliga resurserna.

Tidsplanen för reformen är snabb. Enligt det snabbaste scenariot kan reformerna verkställas efter valet 2010. Dagens 21 län och landsting ersätts dock senast efter valet 2014.

Kommunregionernas uppgifter anknyter till utvecklingen av ett flertal sektorer. Regionkommunerna får i uppgift att styra och utöka regionens funktionalitet genom att till exempel utveckla näringslivet, infrastrukturen, regionplaneringen, folkhälsoarbetet och naturskyddet samt att utveckla en god miljö, vilket omfattar bland annat kollektivtrafiken, regionplaneringen, kulturen och jämställdheten. Inom hälso- och sjukvården stärks och förtydligas medborgarnas ställning med hjälp av en nationell patientlag. En högklassig och jämlik vård tryggas genom att skapa större klarhet i och utveckla den statliga styrningen och uppföljningen av hälso- och sjukvårdens resultat. Socialstyrelsen svarar för samordningen av informationsstyrningen. Reformen syftar till att få till stånd färre men större och kraftfullare regionkommuner med förutsättning att ständigt förbättra vårdresultaten med hjälp av de senast tillgängliga rönen.

## **Sammanfattning**

De nordiska ländernas reformiver ser ut att förenas av uppfattningen att dagens decentraliserade ekonomiska och administrativa strukturer inte är tillräckligt känsliga i en ny situation, där människornas levnadsvanor har förändrats, servicebehov och förväntningarna står under ett förändringstryck och globaliseringens effekter allt mer konkret riktar sig mot den offentliga ekonomins hållbarhet. Reformerna visar på åtminstone två olika synsätt beträffande centralisering och decentralisering: dels motiveras en decentralisering till den lokala nivån med att modellen är känsligare för förändringar i medborgarnas behov (reflexivitet) på den lokala nivån, dels förespråkas att ett centralt system lättare kan leda förenhetligande och därigenom minska de regionala och lokala skillnaderna.

De analyser som gjorts kring den offentliga sektorns tillstånd pekar mot samma håll i alla nordiska länder: Norden står inför en situation där den offentliga sektorns reformer framskrider snabbare från initiativ till verkställande än under tidigare årtionden. De praktiska slutledningarna reformåtgärderna varierar dock i de olika länderna.

I de nordiska länderna har den offentliga makten i uppgift att ordna tillräckliga och ändamålsenliga hälso- och sjukvårdstjänster för hela befolkningen. Reformpolitiken för hälso- och sjukvårdens servicesystem i de nordiska länderna rör sig i hög grad kring begreppen rättvisa, kundorientering samt principerna och målen för effektiviteten. Prioriteringen av dessa mål varierar i de olika länderna. Om det primära målet är att trygga effektiviteten, kan rättviseaspekten eller kundorienteringen hamna i skuggan av den tekniska eller ekonomiska effektiviseringen. Den tekniska utvecklingen inom hälso- och sjukvården och den därtill anknyttande medikaliseringen skapar nya möjligheter och utmaningar. Det blir allt mer komplicerat att utveckla en rättvis och kundorienterad verksamhet.

Beträffande utvecklingen av hälso- och sjukvårdstjänsterna lokaliserar denna utredning utmaningarna och lyfter fram vissa utvecklingstrender i de nordiska länderna. I utvecklingstrenderna accentueras i många sammanhang behovet av strategisk styrning. Den långsiktiga utvecklingen av hälso- och sjukvårdens servicesystem som en helhet kräver en bred värdebatt. Den politiska debatten bör bidra till lösa upp de spänningar som råder i fältet mellan hälso- och sjukvårdspolitiken och samhällspolitiken i övrigt.

Det ser ut att finnas betydande utmaningar inom planeringen och genomförandet av hälso- och sjukvårdspolitiken. Det är då inte längre en fråga bara om planering och verkställande av hälso- och sjukvårdspolitiken på nationell nivå, utan frågan gäller i vilken grad det överhuvudtaget är möjligt att föra en nationell hälso- och sjukvårdspolitik. Hälso- och sjukvården måste beakta också de internationella aspekterna för att kunna motstå trycket från globaliseringen. Genom att sträva efter att bli model-länder beträffande ordnandet av hälso- och sjukvården kan de nordiska länderna få en viktig roll i vidareutvecklingen av ett sameuropeiskt servicesystem för hälso- och sjukvården.

## 4 DISKUSSIONSÄMNINGEN

Rapporten lyfter fram följande diskussionsämnen:

- 1) Förändringarna i medborgarnas konsumtionsvanor.** I samtliga nordiska länder har det skett och sker det förändringar i medborgarnas inställning till hälso- och sjukvårdstjänster. Medborgarna övergår från att vara mottagare av service till att vara aktiva och medvetna kunder. Samtidigt står det klart att medborgarnas eget beteende och egna levnadsvanor har en mycket stor effekt på hälsan och välfärden. Den sociala ojämlikheten håller eventuellt på att öka i Norden. Hälso- och sjukvården måste kunna svara på dessa förändringar.
- 2) Den offentliga maktens medel att styra utvecklingen av hälso- och sjukvården.** Produktionen av hälso- och sjukvårdstjänster och möjligen delvis även finansieringen av dem tar sig allt fler former efter att tidigare i huvudsak ha skötts av den offentliga sektorn. Denna förändring, liksom förändringarna i konsumtionsvanor samt den ekonomiska integrationen och globaliseringen, gör det ännu svårare att styra ordnandet och produktionen av service. Utformningen av den nationella hälso- och sjukvårdspolitikerna förutsätter därför nya politiska grepp och nya styrmedel.
- 3) De nordiska ländernas förutsättningar att utgöra modeller för en europeisk hälso- och sjukvård.** De nordiska hälso- och sjukvårdstjänsterna är trots behovet av reformer väl fungerande i många avseenden. Formerna för ordnandet av servicen är i medborgarnas ögon legitima och grundar sig på inbördes solidaritet. Hälso- och sjukvårdstjänsterna kan utgöra en viktig faktor i skapandet och upprätthållandet av bilden av de nordiska länderna som ”goda samhällen”.

## HVUDSAKLIGA KÄLLOR

- Ansvarskommittén (2007). Ansvarskommitténs slutbetänkande. Hållbar samhällsorganisation med utvecklingskraft SOU 2007:10. Tillgänglig i webbformat. <URL: <http://www.regeringen.se/content/1/c6/07/75/20/a50fe36e.pdf>. [23.4.2007]
- Färkkilä, Niilo (2005). Selvitys terveys- ja sosiaalitoimen asiakasmaksuista eräissä maissa. SHM. Tillgänglig i webbformat. <URL: <http://www.stm.fi/Resource.phx/vastt/tervh/thpal/maksutr-linkit.htx.i1188.pdf>.
- Indenrig- og Sundhedsministeriet (2006). The local government reform – In brief. Tillgänglig i webbformat. <URL: [http://www.im.dk/publikationer/government\\_reform\\_in\\_brief/index.htm](http://www.im.dk/publikationer/government_reform_in_brief/index.htm). [23.4.2007]
- Indenrigs- og Sundhedsministeriet (2007). Det behovsafhængige medicintilskudssystem 2007. Tillgänglig i webbformat. <URL: <http://www.im.dk/im/site.aspx?p=391&ArticleID=4128>. [28.4.2007]
- Magnussen, Jon & Vrangbæk, Karsten & Saltman, Richard B. & Martinussen, Pål (eds.) (2006). Nordic Health Reform (study proposal). European Observatory on Health Systems and Policies. [http://www.euro.who.int/observatory/Studies/20061218\\_2?language=Ru](http://www.euro.who.int/observatory/Studies/20061218_2?language=Ru)
- Ministry of Health and Social Security (2007). Iceland. Tillgänglig i webbformat. <URL: <http://ministryofhealth.is/Information/nr/677>. [23.4.2007]
- NOMESCO (2006). Tillgänglig i webbformat. <URL: <http://www.nom-nos.dk/NOS-STATS/stattext.htm>. [23.4.2007]
- Nordic Council of Ministers (2005). Welfare and Health Services in the Nordic Countries (2005): Consumer Choice. TemaNord 575: 2005, Copenhagen.
- Nordiska Rådet (2004). Nordiska Rådets årsbok 2004. Hur mår den nordiska välfärden.
- NOSOSCO (2005). Social Protection in the Nordic Countries 2003. Scope, Expenditure and Financing. Nordic Social Statistical Committee, Copenhagen.
- Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus (2007). Etuudet ja maksut 2007. Tillgänglig i webbformat. <URL: <http://www.stm.fi/Resource.phx/ajank/etuud/etuudet06.htx>. [25.4.2007]
- SOU (2007). Hållbar samhällsorganisation med utvecklingskraft. Slutbetänkande av Ansvarskommittén. SOU 2007:10. Stockholm.
- Statsrådets kansli (2007). Statsminister Matti Vanhanens II regerings program 19.4.2007. Tillgänglig i webbformat. <URL: <http://www.valtioneuvosto.fi/hallitus/hallitusohjelma/sv.jsp>. [20.4.2007]
- Øvretveit, J. (2003). Nordic privatization and private healthcare. International Journal of Health Planning and Management 18, 233–246.

## STATISTISKA KÄLLOR

OECD:s och WHO:s statistik



# BILAGOR

**Bilagetabell 1. Jämförelse av förvaltningen och finansieringen av samt storleken hos sjukhusen i de nordiska länderna**

		Danmark	Finland	Norge	Sverige
Administration	Beställare/producent	Region	Kommun	Sjukhus-administration	Landsting
	Antal av beställare/producenter	5	416	5	20
	Ägandet av sjukhus	Regioner	Sjukvårds-distrikt	Staten	Landsting
Finansiering	Finansieringskällor	Stat och kommuner	Kommun, patientavgifter	Staten, sjukförsäkring	Landsting, patientavgifter
	Ersättningsmetod	Aktivitetsbaserad och "bloktillskud"/grundbidrag	Aktivitetsbaserad	Aktivitetsbaserad	Aktivitetsbaserad kontrakt
Storlek	Antal akutsjukhus	60	50	50	70

**Bilagetabell 2. Hälsa- och sjukvårdskostnaderna i de nordiska länderna 2004**

	Danmark	Finland	Norge	Sverige	Island
Hälsa- och sjukvårdskostnadernas andel av BNP (%)	8,9	7,5	9,7	9,1	10,2
Hälsa- och sjukvårdskostnader per capita USD PPP)	2881	2235	3966	2825	3331
Det offentliga andelen av finansieringen av hälsa- och sjukvårdskostnaderna (%)	85	77	84	85	83
Läkemedelskostnadernas andel av hälsa- och sjukvårdskostnaderna (%)	9	16	10	12	15
Ökningen av läkemedelskostnadernas andel 1990–2007 (%)	1,5	6,6	2,8	4,0	1,3

Källa: OECD Health Data 2006.

### Bilagetabell 3. Befolkningsstatistik för de nordiska länderna 2004

	Danmark	Färöarna	Grönland	Finland	Åland	Island	Norge	Sverige
Befolkning	23	28	32 <sup>10</sup>	22	22 <sup>11</sup>	27	24	21
0-17 år % <sup>9</sup>								
Befolkning över 65 år % <sup>12</sup>	15	14	5 <sup>13</sup>	16	17 <sup>14</sup>	12	15	17
Förväntad livslängd m/k (år) <sup>15</sup>	75,0/80,0	76,9/81,4	..	75,0/82,0	..	79,0/83,0	70,4/73,6	71,9/74,8

### Bilagetabell 4. Befolkningens åldersstruktur i Norden år 2005 och FN:s befolkningsprognos för år 2050.

	Danmark	Finland	Island	Norge	Sverige
Befolkning 60+ år 2005 (%)	21,2	21,4	15,8	19,7	23,4
Befolkning 60+ år 2050 (%)	29,4	31,5	31,3	29,6	30,3
Befolkning 80+ år 2005 (%)	4,1	4,0	3,0	4,6	5,3
Befolkning 80+ år 2050 (%)	9,2	10,0	9,6	9,0	9,3
Försörjningstal per 100 invånare år 2002 <sup>1</sup>	50	49	53	54	55

Källa: Förenta nationerna 2007.

<sup>1</sup>År 2002. Källa WHO 2004.

<sup>9</sup> Källa: NOMESCO 2006.

<sup>10</sup> Källa: Greenland in figures 2005.

<sup>11</sup> Källa: ÅSUB 2005.

<sup>12</sup> Källa: NOMESCO 2006.

<sup>13</sup> Befolkning 67 år och äldre. År 2005. Källa: Greenland in figures 2005.

<sup>14</sup> Källa: ÅSUB 2005.

<sup>15</sup> Källa: WHO The world health report 2006.

### Bilagetabell 5. Hälsa- och sjukvårdens resurser i Norden 2004.

	Danmark	Finland	Norge	Sverige	Island
Läkare/1000 invånare	3 (2003)	2,4	3,5	3,3 (2003)	3,5
år 1990 (förändring 1990-2004)	2,5 (+0,5)	2 (+0,4)	2,5 (1987) (+1,0)	2,9 (+0,4)	2,8 (+0,7)
Sjukskötare/1000 invånare	7,0 (2003)	7,6	14,9	10,3 (2003)	13,7
år 1990 (förändring 1990-2004)	5,7 (+1,3)	4,4 (+3,2)	9,6 (1997) (+5,3)	9,2 (+1,1)	12,5 (+1,2)
Akutvårdspplatser/1000 invånare	3,3 (2003)	3,0	3,1	2,2	3,8 (1995)
år 1990 (förändring 1990-2004)	4,1 (-0,8)	4,3 (-1,3)	3,8 (-0,7)	4,1 (-1,9)	4,3 (-0,5)
Vårdperiodens längd i medeltal, dagar	5,7 (2003)	12,3	5,2	6,5 (2003)	5,3
år 1990 (förändring 1990-2004)	6,1 (2000) (-0,4)	12,1 (+0,2)	7,5 (-2,3)	6,8 (-0,3)	7 (1,7)
Antal läkarkonsultationer per person	7,5	4,2	..	2,9 (2001)	5,6 (2001)

Källa: OECD Health Data 2006.

### Bilagetabell 6. Hälsoundikatorer i Norden.

	Danmark	Finland	Norge	Sverige	Island
Förväntad livslängd, kvinnor år 2004	79,9	82,3	82,3	82,7	82,7
år 1990 (förändring i år)	77,7 (+2,2)	78,9 (+3,4)	79,8 (+2,5)	80,4 (+2,3)	80,5 (+2,2)
Förväntad livslängd, män år 2004	75,2	75,3	77,5	78,4	79,2
år 1990 (förändring i år)	72 (+3,2)	70,9 (+4,4)	73,4 (+4,1)	74,8 (+3,6)	75,4 (+3,8)
Barndödlighet (‰) år 2004	4,4	3,3	3,2	3,1	2,8
år 1990 (förändring)	7,5 (-3,1)	5,6 (-2,3)	6,9 (-3,7)	6,0 (-2,9)	5,8 (-3)
Andelen överviktiga eller feta av hela befolkningen (%)	41,7 (2000)	45,3 (2002)	42,7 (2002)	44,4 (2002)	48,8 (2002)
Dödlighet i hjärt- och blodkärlssjuk- domar per 100 000 invånare	56,9 (2001)	53,7 (2004)	47,6 (2003)	53,1 (2002)	43,8 (2003)

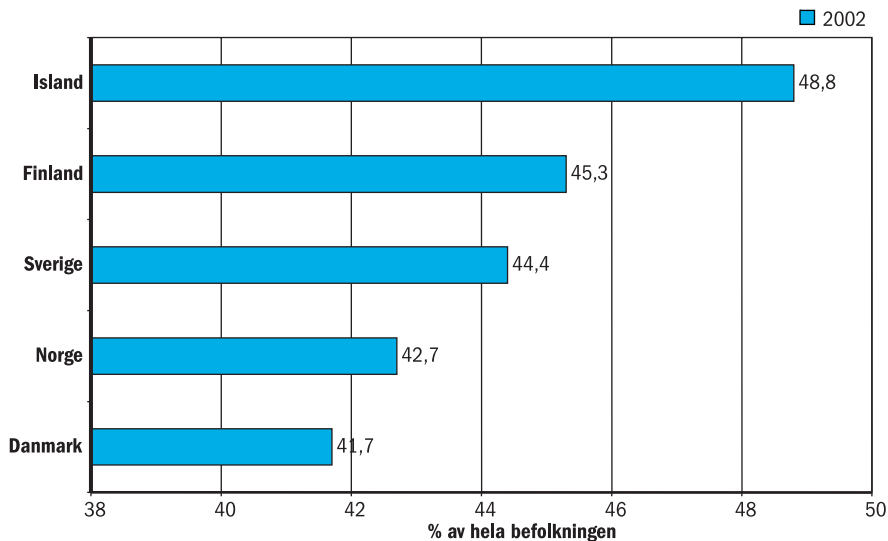
Källa: OECD Health Data 2006.

**Bilagetabell 7. Befolkningsmängder och befolkningstillväxt i de nordiska länderna 1995–2004.**

Män och kvinnor (1000)	Danmark	Färöarna	Grönland	Finland	varav Ålands andel	Island	Norge	Sverige
1995	5229	44	56	5108	25	267	4359	8827
2000	5340	46	56	5176	26	281	4491	8872
2001	5355	47	56	5188	26	285	4503	8896
2002	5374	47	57	5201	26	288	4538	8925
2003	5387	48	57	5220	26	289	4565	8958
2004	5401	48	57	5228	26	293	4592	8993
Befolkningsökning 1995-2004	3,3	9,1	1,8	2,3	4,0	9,7	5,3	1,9

Källa: NOMESCO 2004, 2006.

**Bilagefigur 1 Andelen överviktiga och feta (BMI>25) av hela befolkningen (%) år 2002 (Danmark år 2000).**



Källa: OECD Health Data 2006.

## SOCIAL- OCH HÄLSOVÅRDSMINISTERIETS RAPPORTER ISSN 1236-2115

- 2007: 1 Mikael Fogelholm, Olavi Paronen, Mari Miettinen. Liikunta – hyvinvointipoliittinen mahdollisuus. Suomalaisen terveystiliikunnan tila ja kehittyminen 2006.  
ISBN 978-952-00-2232-7 (nid.)  
ISBN 978-952-00-2233-4 (PDF)
- 2 Jussi Huttunen. Lääkkeiden kustannusvastuun ongelmat ja ehdotuksia ongelmien ratkaisemiseksi. Selvityshenkilön raportti. (Moniste)  
ISBN 978-952-00-2237-2 (nid.)  
ISBN 978-952-00-2238-9 (PDF)
- 3 Salme Kallinen-Kräkin, Tero Meltti. Sosiaalipalvelut toimiviksi. Sosiaalialan kehittämishankkeen arviointikierroksen raportti. (Moniste)  
ISBN 978-952-00-2245-7 (nid.)  
ISBN 978-952-00-2246-4 (PDF)
- 4 Simo Salminen, Riikka Ruotsala, Jarmo Vorne, Jorma Saari. Työturvallisuuslain toimeenpano työpaikoilla Selvitys uudistetun työturvallisuuslain vaikutuksista työpaikkojen turvallisuustoimintaan.  
ISBN 978-952-00-2247-1 (nid.)  
ISBN 978-952-00-2248-8 (PDF)
- 5 Perhepäivähoidon kehittämisen suuntia. (Moniste)  
ISBN 978-952-00-2255-6 (nid.)  
ISBN 978-952-00-2139-9 (PDF)
- 6 Varhaiskasvatustutkimus ja varhaiskasvatuksen kansainvälinen kehitys. (Moniste)  
ISBN 978-952-00-2259-4 (nid.)  
ISBN 978-952-00-2260-0 (PDF)
- 7 Varhaiskasvatuksen henkilöstön koulutus ja osaaminen. Nykytila ja kehittämistarpeet. (Moniste)  
ISBN 978-952-00-2261-7 (nid.)  
ISBN 978-952-00-2262-4 (PDF)
- 8 Markku Lehto. Tie hyvään vanhuuteen. Vanhusten hoidon ja palvelujen linjat vuoteen 2015. (Moniste)  
ISBN 978-952-00-2263-1 (nid.)  
ISBN 978-952-00-2264-8 (PDF)
- 9 Sosiaali- ja terveysministeriön hallinnonalan tulossopimukset kaudelle 2004-2007.  
Tarkistusvuosi 2007. (Moniste)  
ISBN 978-952-00-2265-5 (nid.)  
ISBN 978-952-00-2266-2 (PDF)

- 2007: 10 Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriön toimintasuunnitelma vuodelle 2007.  
(Moniste)  
ISBN 978-952-00-2267-9 (nid.)  
ISBN 978-952-00-2268-6 (PDF)
- 11 Samapalkkaisuohjelma. (Moniste)  
ISBN 978-952-00-2273-0 (nid.)  
ISBN 978-952-00-2274-7 (PDF)
- 12 Sosiaalihuollon kehittämistoiminnan arvioinnin loppuraportti. Toim. Jaana Kaakinen, Jarmo Nieminen, Jukka Ohtonen.  
ISBN 978-952-00-2279-2 (nid.)  
ISBN 978-952-00-2280-8 (PDF)
- 13 Varhaiskasvatuksen kehittämisen suuntaviivoja lähivuosille. Väliraportti varhaiskasvatuksen neuvottelukunnan työstä. (Moniste)  
ISBN 978-952-00-2281-5 (nid.)  
ISBN 978-952-00-2282-2 (PDF)
- 14 Annakaisa livari, Pekka Ruotsalainen. Suomen eTerveys -tiekartta.  
(Moniste)  
ISBN 978-952-00-2283-9 (nid.)  
ISBN 978-952-00-2284-6 (PDF)
- 15 Annakaisa livari, Pekka Ruotsalainen. eHealth roadmap - Finland.  
(Stencil)  
ISBN 978-952-00-2285-3 (pb)  
ISBN 978-952-00-2286-0 (PDF)
- 16 Opportunities to reconcile family and work. Ed. by Rolf Myhrman, Riitta Sääntti.  
ISBN 978-952-00-2287-7 (pb)  
ISBN 978-952-00-2288-4 (PDF)
- 17 Tomi Hussi, Guy Ahonen. Business-oriented maintenance of work ability.  
(Stencil)  
ISBN 978-952-00-2289-1 (pb)  
ISBN 978-952-00-2290-7 (PDF)
- 18 Anita Haataja. Viisikymppisten työllisten työssä jatkamista ennakoivat tekijät.  
ISBN 978-952-00-2292-1 (nid.)  
ISBN 978-952-00-2293-8 (PDF)
- 19 Sanna Parrila. Perhepäivähoidon ohjauksen kehitysvaihtoehtoja.  
ISBN 978-952-00-2294-5 (nid.)  
ISBN 978-952-00-2295-2 (PDF)
- 20 Elina Renko. ”Alkoholinkäyttö ei ole yksityisasia”. Alkoholiohjelmaan ja alkoholipolitiikkaan liittyvä lehdistökirjoittelu 2004–2006.  
ISBN 978-952-00-2296-9 (nid.)  
ISBN 978-952-00-2297-6 (PDF)

- 2007: 21 Nikitiinivalmisteiden seurantatyöryhmän muistio. (Moniste)  
ISBN 978-952-00-2304-1 (nid.)  
ISBN 978-952-00-2305-8 (PDF)
- 22 Leena Tamminen-Peter. Ergonomiaopetuksen kehittäminen sosiaali- ja terveydenhoitoalan oppilaitoksissa. (Julkaistaan ainoastaan verkossa [www.stm.fi](http://www.stm.fi))  
ISBN 978-952-00-2306-5 (PDF)
- 23 Sosiaali- ja terveysministeriön taloussääntö 1.3.2007.  
ISBN 978-952-00-2315-7 (nid.)  
ISBN 978-952-00-2316-4 (PDF)
- 24 Kansallisen terveydenhuollon hankkeen seurantaryhmän raportti. Vuoden 2006 toiminta. (Moniste)  
ISBN 978-952-00-2321-8 (nid.)  
ISBN 978-952-00-2322-5 (PDF)
- 25 Erityisryhmien asumisturvallisuuden parantaminen. (Moniste)  
ISBN 978-952-00-2327-0 (nid.)  
ISBN 978-952-00-2328-7 (PDF)
- 26 Markku Kuisma. Ensihoito- ja sairaankuljetuspalvelujen kehittäminen. Selvityshenkilön raportti.  
ISBN 978-952-00-2332-4 (nid.)  
ISBN 978-952-00-2333-1 (PDF)
- 27 Koko perhe kierteessä. Lähisuhdeväkivalta ja alkoholi.  
ISBN 978-952-00-2342-3 (nid.)  
ISBN 978-952-00-2343-0 (PDF)
- 28 Päivi Voutilainen, Eija Kattainen, Reija Heinola. Omaishoidon tuki sosiaalipalveluna. Selvitys omaishoidon tuesta ja sen vaihtelusta 1994–2006.  
ISBN 978-952-00-2344-7 (nid.)  
ISBN 978-952-00-2345-4 (PDF)
- 29 Terveysalan opettajan ammatillisen osaamisen ylläpitäminen ja kehittäminen. (Moniste)  
ISBN 978-952-00-2352-2 (nid.)  
ISBN 978-952-00-2353-9 (PDF)
- 30 Aila Kumpulainen. Kehitysvammapalvelut vuonna 2004.  
ISBN 978-952-00-2356-0 (nid.)  
ISBN 978-952-00-2357-7 (PDF)
- 31 Stefan Ehrstedt. Työelämän kehittämishankkeet ja -ohjelmat valituissa OECD-maissa sekä kansainvälisissä järjestöissä.  
ISBN 978-952-00-2362-1 (nid.)  
ISBN 978-952-00-2363-8 (PDF)

- 2007: 32 Samapalkkaisuohjelman seurantaryhmän (2006-2007) loppuraportti.  
ISBN 978-952-00-2370-6 (nid.)  
ISBN 978-952-00-2371-3 (PDF)
- 33 Lapsiasiavaltuutetun toimintakertomus vuodelta 2006.  
ISBN 978-952-00-2374-4 (nid.)  
ISBN 978-952-00-2375-1 (PDF)
- 34 Sairaanhoidovakuutuksen kehittäminen. Sairausvakuutuksen sairaanhoidovakuutuksen kehittämistyöryhmän muistio. (Moniste)  
ISBN 978-952-00-2378-2 (nid.)  
ISBN 978-952-00-2379-9 (PDF)
- 35 Palveluksessanne STM.  
ISBN 978-952-00-2390-5 (nid.)  
ISBN 978-952-00-2391-2 (PDF)
- 36 Mirja Willberg, Hannu Valtonen. Pohjoismaiden terveydenhuollon rahoitus- ja palvelujärjestelmien vertailu.  
ISBN 978-952-00-2386-7 (nid.)  
ISBN 978-952-00-2387-4 (PDF)
- 37 Mirja Willberg, Hannu Valtonen. Jämförelse av finansierings- och servicesystemen inom hälso- och sjukvården.  
ISBN 978-952-00-2388-1 (inh.)  
ISBN 978-952-00-2389-8 (PDF)