

DEBATT

Sju år med ekonomer i sjukvården – vad kan vi lära?

AV ROLF Å GUSTAFSSON OCH HELENA JOHANSON

Studieförbundet Näringsliv och Samhälle startade 1990 projektet ”*Nya spelregler för hälso- och sjukvården*”, som snabbt blev ett inflytelserikt idéforum för de marknadsorienterade förändringar som präglade svensk sjukvård under 1990-talet (se Dahlgren 1994). Projektet avslutades formellt 1997 med skriften *Politik och marknad i framtidens sjukvård*, författad av Göran Arvidsson (projektledare vid SNS och docent i företagsekonomi) och Bengt Jönsson (vetenskapligt huvudansvarig och professor i hälsoekonomi vid Handelshögskolan i Stockholm). Tretton böcker och nio uppsatser har publicerats inom projektet och flera större konferenser har arrangerats där bemärkta internationella hälsoekonomer gett sin syn på behovet av förändringar inom den svenska hälso- och sjukvården. I slutrapportens bilaga har den svenska hälsoekonomen Åke Blomqvist, verksam i Kanada, inbjudits att skriva en översikt över projektet. Den utmynnar i en hyllning och hänvisar till den ”pragmatiska kompromissanda” som tjänat det svenska samhället under större delen av 1900-talet:

...En annan anmärkningsvärd aspekt av SNS-projektet är den utsträckning i vilken det stöddes av privata företag i sjukvårds- och försäkringsbranschen. Dessa företags villighet att delta i debatten på ett konstruktivt sätt kontrasterar starkt mot t ex den privata försäkringsindustrins agerande i den amerikanska debatten om vårdreformer (Blomqvist i Arvidsson & Jönsson 1997:146).

Är det rimligt att se SNS-projektet som ett slags svenskt ”lagom” vad gäller ekonomisering, marknadsstyrning och privatisering av vården? Vilka risker och möjligheter ligger inbyggda i ansatsen? Även om denna artikel inte fullt ut kan besvara dessa frågor, vill vi här ge en kritisk introduktion till SNS-projektets idévärld för de samhällsvetare som intresserar sig för offentlig hälso- och sjukvård som en del av den svenska välfärdsstaten.¹

Vi jämför syften, visioner och förslag i den bok som utgjorde startskottet för

ROLF Å GUSTAFSSON är docent i medicinsk sociologi, lektor vid Mälardalens högskola och forskningsledare vid FoU-enheten, Stockholms stad.

HELENA JOHANSON är sjuksköterska och fackligt förtroendevald inom vårdförbundet.

SNSs marknadsöverskott inom hälso- och sjukvården med centrala resonemang i den sammanfattande bok som publicerades 1997.² Inledningsvis fastslår vi att båda skrifterna hävdar att det är nödvändigt att minska den offentligt finansierade vårdens andel av BNP. Därefter redovisar vi SNS-projektets konkreta förslag för en reformerad sjukvård, som bör ses mot denna bakgrund. I artikeln granskar vi sedan argumentationen för beställar-utförarmodeller 1991 respektive 1997 och vilken roll man tillskrivit vårdpersonalen under olika faser av förändringsprocessen. Avslutningsvis diskuteras de teoretiska och empiriska grunderna för idén att politikernas roll bör avgränsas till att företräda konsumentintressen.

Offentliga nedskärningar är nödvändigt

Behovet av nedskärningar, eller minskningar i tillväxttakten av den offentliga sektorns andel av BNP, är en viktig utgångspunkt för SNSs engagemang för förändringar (Arvidsson & Jönsson, red 1991:51). Att situationen redan 1990 karakteriserades av att vårdens tillväxttakt (mätt som andel av BNP) började avta och att hälso- och sjukvården 1997 genomgått en period av absoluta nedskärningar (Ringqvist 1996: 229ff), har inte påverkat författarnas uppfattning på denna punkt. I slutrapporten hävdas visserligen att sannolikt kommer anspråken och därmed kostnaderna att öka på sikt, ”men vi är samtidigt övertygade om att ‘mer pengar’ inte är vad som just nu är viktigast för sjukvården” (Arvidsson & Jönsson 1997: 22).

En viktig byggsten i denna argumentation är att Arvidsson & Jönsson (fortsättningsvis A&J) tonar ner sambandet mellan vårdens kostnader och dess omfattning, kvalitet och fördelning. Författarna hävdar utan närmare empiriska belägg att personalens lösning på den förvärrade vårdkrisen mot 1990-talets slut heter mera pengar (Arvidsson & Jönsson 1997:9). A&J för istället fram uppfattningen att ...”det föreligger ett komplicerat samband mellan vårdens kostnader och dess effekter. Det är inte så enkelt att högre kostnader betyder bättre effekter eller, för den delen, att låga vårdkostnader tyder på hög effektivitet”(Arvidsson & Jönsson 1997:21).

Det är naturligtvis teoretiskt sett riktigt att både produktivitet och effektivitet kan öka, även om kostnads- och utgiftsnivån är konstant eller minskar. Detta är en sjukvårdspolitisk idealsituation. A&J antyder att just detta nu lyckligtvis inträffat och att konkurrens, marknadsstyrning och en ny roll för politikerna starkt bidragit till detta. Granskar man boken från 1997 upptäcker man dock att det som A&J verkligen kan fastställa genom de studier som gjorts, är *att en viss produktivitetshöjning sannolikt inträffat samtidigt som en minskning av resurserna till sektorn skett*.³ Vi skall återkomma till detta. Läsaren bör dock redan här fästa uppmärk-

samhet på det långa och osäkra steget; från att konstatera vad som empiriskt inträffat, till A&Js *antagande* att konkurrens bidrar till produktivitetssökning oberoende av om resurstillflödet stryps, hålls konstant eller ökar.

Hur vill SNS-ekonomerna ha vården?

Hur ser då de konkreta förslag ut som SNS-ekonomerna lanserar efter sju års arbete? Man börjar med att slå fast ett antal allmänt hållna kriterier för ett bra vårdssystem, som knappast någon kan ha invändningar mot: Hög vårdkvalitet, totalkostnadskontroll, samverkan mellan olika system, kostnadseffektivitet, patientinflytande, allmän tillgänglighet och förnyelseförmåga (Arvidsson & Jönsson 1997: 114). Enligt vår mening är det dock viktigt att också vara observant på vilka kriterier A&J inte lägger till grund för sitt förslag: Här saknas krav på ”allas rätt till vård på lika villkor” (en rätt som idag slås fast i Hälso- och sjukvårdslagens portalparagraf) och att vårdproduktionen ska vara demokratiskt styrd till innehåll och form. Ser man närmare på de tre principer för en reformerad sjukvård som presenteras, är det följdriktigt att de två senare kriterierna saknas:⁴

1) *Offentlig finansiering genom öronmärkta pengar*. Författarna föreslår en ”inkomstrelaterad” skatt som förs till en statlig fond. Till denna förs också inkomsterna från sjukersättnings-, arbetsskade- och förtidspensioneringsavgift. Avsättningarna bestäms för rullande treårsperioder. Fonden ska finansiera vård, inkomstkompensation p.g.a. ohälsa, utgifter för folkhälsoarbete, utvärdering, kvalitetskontroll och medicinsk forskning och utbildning. Riksdagen ansvarar därmed för den övergripande prioriteringen mellan olika offentliga ändamål och för det totala skattetrycket. Landstingens beskattningsrätt föreslås utgå i och med detta.

2) *Landstingen (eller nya regionala enheter) ansvarar för hälsomål och ekonomisk förvaltning*. Landstingen tilldelas medel från den statliga fonden, som fördelas regionalt efter kartläggningar och beräkningar av befolkningens demografiska och medicinska behov. Staten utformar regelsystemet och har ett övergripande tillsynsansvar.

Den övergripande styrningen av landstingen föreslås ske genom en politiskt vald styrelse, som har att administrera de medel man tilldelas av regering och riksdag. Hur ansvaret inför medborgarna skall se ut för dessa nya politiker utan beskattningsrätt, är en öppen fråga i den modell som föreslås. Inom landstingen separeras dessutom beställare/köpare och producenter. Vården utförs av professionellt ledda, offentligt eller privat ägda vårdproducenter, som erbjuder vård enligt kontrakt med beställaren.

Invånarna ges således möjlighet att välja vårdprogram, men inte den regionala nivån på skatteuttag för verksamheten. Medborgarnas möjligheter att via landstingspolitikerna utöva inflytande över utförarnas organisation och uppläggningsen av vårdverksamhet begränsas starkt. Den enskilde vårdkonsumenten kan däremot välja beställare och utförare. ”Modesta patientavgifter ” kan tas ut precis som idag, men även avgifter för vad A&J benämner ”*icke-medicinska tilläggstjänster*”. Vad detta är definieras inte närmare av författarna, men de skall betalas direkt av patienten. Här öppnas således en kanal för att rikta privat köpkraft till de privata och offentliga vårdproducenterna. Vårdens svåra prioriteringsfrågor riskerar här att få en praktisk ”lösning” genom köp och sälj av ”*icke-medicinska tilläggstjänster*”, där den individuella vårdkonsumenten och entreprenören suveränt avgör pris, innehåll och kvantitet, samtidigt som medborgarna och politikerna blir åskådare.

3) *Ett högkvalificerat institut för medicinsk, teknologisk och ekonomisk utvärdering skapas med basfinansiering från staten.* Projektmedel söks från forskningsfinansierande organ, vårdfinansierare och vårdproducenter, patientföreningar m fl intressenter. Detta institut föreslås organiseras i form av ett privaträttsligt aktieföretag, vilket enligt A&J, utan närmare forskningspolitiska preciseringar, är att föredra framför myndighetsformen.

Här föreslås något som måste betraktas som en permanentning av det avslutade SNS-projektet. De statsvetare, psykologer, sociologer, historiker, socialmedicinare och andra icke-ekonomer, som endast undantagsvis bjudits in att delta i SNS-projektet skulle, om förslaget genomfördes, även fortsättningsvis riskera att ställas utanför den välfinansierade hälsoekonomiska forskningsektorn.⁵ I det långa loppet är det inte troligt att forskning, idéutveckling och utredningsverksamhet på det sjukvårdspolitiska området gynnas av en sådan utveckling.

A&J avslutar sin bok med vad man kallar en positiv vision, som sammanfattas i förslaget att Hälso- och sjukvårdslagets portalparagraf ändras från ”det passiva och svårtolkade mottot” - en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen - till ”hälso- och sjukvård i världsklass enligt befolkningens önskemål”. Lagen skall således inte verka bindande vare sig på fördelningen av samhällets resurser för vård eller på vårdproducentens karaktär. *Efterfrågestyrning ställs i centrum både vad gäller vårdverksamheten och dess idé- och kunskapsutveckling.* Med kännedom om jämförande socialpolitisk forskning, finns det enligt vår mening all anledning att befara att en förändring av svensk sjukvård i riktning mot ”världsklass” de facto kommer att medföra en anpassning neråt i ambitionsnivå för de breda befolkningslagren; för dem som kanske har stora vårdbehov, men saknar pengar och konsumtionspreferenser som resulterar i vårdefterfrågan (Evans 1995, Ham 1997, Saltman 1997).

Berättelsen om nödvändigheten av att skilja på beställare och utförare

Det ovanstående förslaget från 1997 bygger i allt väsentligt vidare på de principer som presenterades redan 1991. Vi ska i de följande avsnitten visa hur A&J lyckas bibehålla sina ursprungliga intentioner, trots bristande eller motsägelsefulla studier av hur reformprojektet fungerat i praktiken.

1991 är A&J övertygade om att politikernas inflytande inom sjukvården måste minskas, till förmån för konsumentstyrning genom marknadsliknande mekanismer.

Det är nödvändigt att stärka konsumentinflytandet, både individuellt och kollektivt. I Sverige har landstingspolitikerna mandat att företräda konsumentintresset; de skall avväga skatter mot vårdutbud. Landstingen är emellertid också den största vårdgivaren. Många som studerat sjukvården har observerat att detta skapat en situation där producentperspektivet dominerar politiken. Genom att klart separera landstingens roll som konsument och producent skulle konsumentinflytandet öka (Arvidsson & Jönsson, red. 1991:58).

Som huvudskäl för att det blir bättre om var och en sköter sitt, ungefär som på en marknad, anges kort och gott att: "Okklarheter om ansvarsförhållanden är en vanlig orsak till ineffektivitet." (Arvidsson & Jönsson 1991:52-53, 61) Det innebär att det är dags för politikerna... "att koncentrera sig på uppgiften att företräda konsumentintresset och att driva kravet på förnyelse och effektivitet genom att bli uppmuntra nya vårdgivare att etablera sig på marknaden" (Arvidsson & Jönsson 1991:58).

Historisk och sociologisk forskning om hur "producentintresset" inom välfärdstaten i realiteten formats genom konflikter mellan socialpolitiska reformambitioner och professionella "producentintressen" (läkare, sjuksköterskor, socialarbetare, psykologer) - och hur olika professionella intressen (ibland också professionella yrkeskategoriers affärsintressen) stått mot varandra; hela denna komplexa process som format svensk vård förbigås med total tystnad.⁶ A & J förlorar därmed möjligheterna att urskilja *olika* "producentintressen" och att identifiera *olika* drivkrafter inom "utförarorganisationer" och *olika* politiska handlingslinjer. För läsaren presenteras en argumentation där "politikerna" i den offentliga sektorn blir till en del av en hotbild; politiker av olika partipolitisk färg och med olika socialpolitiska ambitioner tillskrivs rollen som representanter för ett odifferentierat "producentintresse" som ställs mot de "konsumentintressen" A&J vill stärka.

1997 har uppenbarligen en del problem uppstått med konkurrensmodellerna. Nu hävdas att det inte är lätt att förutsäga beställar-utförarmodellernas framtid och att ... "i retoriken är de lika mycket 'ute' nu som de var 'inne' i början av decenniet" (Arvidsson & Jönsson 1997: 55). Som huvudförklaring till de problem som uppstått anges att man inte följt rådet från 1991 att renodla rollerna och att man måste räkna med inkörningssvårigheter:

Erfarenheterna av beställar/utförarmodeller inom de svenska landstingen har visat att denna grundidé kan leda till den önskade effekten, även om det finns anledning att sätta en mängd frågetecken i kanten för hur denna separering genomförts i praktiken. Det är inte förvånande om man inte hittar den perfekta lösningen från början. Det vanligaste problemet har varit att rollerna inte klart avgränsats (Arvidsson & Jönsson 1997:50).

Den som letar efter en redovisning av forskningsresultat om modellernas social-politiska och arbetsorganisatoriska följder – vilka ju skulle kunna vara alternativa förklaringar till att beställar-utförarmodeller råkat i vanrykte på sina håll – letar dock förgäves i den bok som summerar projektet. Det är inte så förvånande. Man har helt enkelt inte genomfört några sådana studier. Nu hävdar A&J dessutom att de alltid ansett att samverkan också kan vara bra, trots att samarbetets betydelse för vårdarbetets planering och utförande förbigås med tystnad i 1991-års skrift. Nu vill de ge politikerna i uppdrag att skapa *både* samverkan och konkurrens (Arvidsson & Jönsson 1997:34).

Sammanfattningsvis kan vi konstatera att A&Js argumentation börjar med fokus på konsumentintresset och behovet av ökad valfrihet. Stegvis betonas sedan alltmer konkurrens mellan offentliga *och* privata vårdproducenter. 1991 framförs idéerna med en ton av ett prövande och ödmjukt förhållningssätt... ”Kunskapsöverföring, diskussion och kritisk prövning är (således) nödvändiga inslag i reformer av det slag som hälso- och sjukvården står inför” (Arvidsson & Jönsson, red., 1991:11). Sex år senare är man - trots den ökade pessimism och villrådighet som man hävdar råder inom sjukvården (Arvidsson & Jönsson 1997:8) - allt mer säker på sin sak och utnämner de egna ansatserna till standardmodell för förbättringar (Arvidsson & Jönsson 1997:111). Man går så långt att man hävdar att modellerna, trots kritik och svårigheter, inte avvecklats i praktiken. Det är en sanning med stora modifieringar.⁷

Varken 1991 eller 1997 redovisas någon forskning som stödjer tesen att politiker-nas uppgifter inom hälso- och sjukvården borde renodlas till just rollen som konsumentföreträdare. Statsvetarna i den kommunala förnyelsekommittén har dock analyserat beställar-utförarmodellers risker för den politiska styrningens legitimitet. Man tar då sin utgångspunkt i bl a begreppet ”servicedemokrati”, som Jörgen Westerståhl myntade redan vid mitten av 1950-talet:

Med start i 1930-talets socialdemokratiska reformpolitik utvecklade samtliga partier en inriktning mot att tillgodose behoven hos flertalet samhällsgrupper. Partiernas legitimitet kom allt mer att baseras på viljan och förmågan att skapa sociala reformer snarare än att locka väljare med ’de rätta’ partiideologiska ståndpunkterna (SOU 1996:169, bilaga 1:39).

En renodling av rollen som konsumentföreträdare innebär sannolikt att tenden-

serna till "servicedemokrati" stärks. I tider av nedskärningar kan då rollen som konsumentföreträdare visa sig vara en fälla, inte bara för politikerna personligen, utan för det demokratiska systemets legitimitet i vidare bemärkelse. Den kommunala förnyelsekommittén drar en viktig slutsats:

Utrymmet för sociala reformer har således minskat betydligt under senare år och därmed har partiernas legitimitetskälla också försvagats. Partierna har därmed hamnat i en situation där det ställs nya krav på legitimering bland medborgarna/väljarna som ersättning för servicedemokratin som legitimeringskälla (SOU 1996:169, bilaga 1: 40).

Berättelsen om nödvändigheten av effektivt resursutnyttjande och personalens roll i detta

1991 hävdar som vi sett A&J att ett av de viktigaste skälen till att produktiviteten och effektiviteten bör ökas är att det är orealistiskt och kanske t o m omöjligt med fortsatt expansion av den skattefinansierade sjukvården. Genom att frigöra sjukvårdens resurser från den nuvarande "inlåsnings" i sjukhusens och primärvårdens budgetar, hoppas man kunna skapa möjligheter till stimulerande konkurrens, som bidrar till ökad flexibilitet. Ett understödjande argument är att konkurrensen också kan bidra med förbättringar för personalen:

För de anställda inom sjukvården skulle det innebära en större variation i arbetsmöjligheterna och större möjligheter att påverka den egna situationen. Många är naturligtvis rädda för att följden istället skulle bli kaos. Denna rädsla är överdriven (Arvidsson & Jönsson, red., 1991:60).

1997 gör dock A&J bedömningen att vårdpersonalen tvingats arbeta hårdare genom kraftiga personalminskningar, främst vad gäller sjukvårdsbiträden, minskad sjukfrånvaro och ökad arbetstid för den personal som är kvar. Man hävdar även att överföringen av sjukhemsvården och ansvaret för färdigbehandlade (s k klinikfärdiga) patienter till kommunerna medfört ökad belastning på akutsjukvården och...

Vidare har vårdproduktionen på många håll i sjukhussektorn ökat kraftigt under denna tid utan samtidigt tillskott av resurser. Man har presterat mer vård för pengarna. Den ökade produktiviteten har naturligtvis inte tillkommit utan ansträngning (Arvidsson & Jönsson 1997:15).

Att öka ansträngningarna är dock - både begreppsmässigt och praktiskt - något annat än att arbeta mer produktivt/effektivt. Hade marknadsmodellernas konkurrens ökat produktiviteten/effektiviteten så som förutspåddes 1991, hade personalen inte behövt arbeta så mycket hårdare.

Politikerna förpassas till åskådarläktaren

A&J hävdar att beställar-utförarmodeller erbjuder politikerna ett fritt val mellan alternativen ”mer vård för pengarna” eller ”mindre pengar för vården.”

Om vårdbehovet är eftersatt, köerna långa och ekonomin god, väljer man rimligen den första strategin. Om vårdnivån är god eller i vart fall acceptabel, medan ekonomin är överansträngd, väljer man rimligen den andra (Arvidsson & Jönsson 1997:57).

I sin iver att anpassa vården till ett krympande finansiellt utrymme riskerar A&J att bidra till en process som kan leda till avdemokratisering av välfärdssystemens styrmekanismer. De vill begränsa politikernas roll och ger dem alltmer precisa råd om hur, varför och när marknadsstyrningen skall sättas in i kombination med nerdragningar av de offentliga utgifterna för vård.⁸ Resonemanget kulminerar när författarna hävdar att sjukvårdspolitikerna har en omfattande men svag roll och i stället föreslår ”en begränsad och stark.”

Rollen som företrädare för det allmänna patientintresset och för skattebetalarintresset spelas bäst utanför scenen. *Det är nog 'teaterstyrelseledamoten' som är den lämpligaste politikerrollen* (Arvidsson & Jönsson 1997:104, vår kursiv).

Mot detta står den kommunala förnyelsekommitténs demokratisyn där man vill ... ”framhålla nödvändigheten av att demokratifrågorna får en betydligt starkare roll i det fortsatta förnyelsearbetet” (SOU 1996:169, s 125). De empiriska undersökningar som där gjorts av hur beställar/utförar modeller uppfattas av politikerna själva sammanfattas på följande sätt:

De [politikerna] kritiserar reformerna för brist på möjligheter till inflytande över, insyn i och kunskap om själva verksamheten, även om också en del av dem gärna fokuserar förvaltningsfrågorna. Fastän det finns exempel på landsting där politiker ser t. ex. de nya informationssystemen som ändamålsenliga instrument för demokratisk styrning, är den allmänna uppfattningen bland fritidspolitikerna i landstingen att de har förlorat meningsfulla funktioner utan att ha erhållit något i utbyte. De beskriver utvecklingen som att de har förpassats till åskådarläktaren. (SOU 1996:169, s 40, vår parentes)

I slutbetänkandet från kommittén redovisas studier som indikerar att politikerna är starkt skeptiska till de beställar- utförarmodeller och marknadsmekanismer som SNS-projektet bidragit till att lansera. Man hävdar att många politiker anser ... ”uppdelningen mellan olika funktioner konstlad och främmande och ser risken för att det politiska helhetsansvaret skall förloras ur sikte” (SOU 1996:169, s 40).

Var går smärtgränsen?

De styrmedel som A&J skisserat syftar till att åstadkomma en process av nära nog ständiga produktivitets- och effektivitetshöjningar. ”Missnöjd personal, låga löner och ett ökat antal klagomål från allmänheten är snarare ett tecken på ineffektivitet än på att resurserna är för små” (Arvidsson & Jönsson 1991:51-52). Var går då gränsen för möjligheterna till produktivitetshöjningar? Det får vi inte något svar på. Det enda vi får veta är att A&J själva bedömer att kombinationen hårt arbetande vårdpersonal och nya ekonomiska styrmodeller avslöjat överskottskapacitet.

Påtagliga produktivetsökningar i sjukvården de senaste åren, bland annat som resultat av nya incitament till vårdproducenterna, avslöjade att det fanns överskottskapacitet i systemet som helhet, speciellt i sjukhusvården (Arvidsson & Jönsson 1997:57).

Vi får också veta att det finns ”kunniga bedömare” (icke namngivna) som tror att det fortfarande går att pressa fram mer produktivitetshöjningar.

Om det idag finns en, kanske till stora delar dold, överkapacitet är svårt att veta, men flera kunniga bedömare i vården anser detta. Det gäller exempelvis dem som inte vill ha mer resurser till vården med hänvisning till att omvandlingstrycket då skulle minska. Om de har rätt är läget inte alls så dystert som bilden av vårdgapet målar upp. (Arvidsson & Jönsson 1997:40)

Den öppna och intellektuellt prövande attityden som inledningsvis karakteriserade SNS-projektet har ersatts med uppfattningen att beställar-utförarmodeller, marknadsstyrning, ökad konkurrens och större inslag av privata lösningar är standardlösningen på vårdens ekonomiska och politiska problem. Argumentationen utgår också från antagandet att den offentliga vårdens totala resurser inte bör eller inte kan ökas utöver nuvarande nivå. Vad man fokuserat på är alltså den övre gränsen för den offentliga vårdens andel av BNP. Möjligen kan också de styrprinciper som föreslås uppfylla kraven på att hålla den *offentliga* sjukvårdens kostnader under kontroll. Frågan om hur den undre gränsen skall fastställas har dock lämnats obesvarad: målnåret har flyttats framåt eller snarare neråt under de sju år ekonomerna dominerat debatten.

Sveriges medlemskap i EU innebär sannolikt att det inte räcker med att den offentligt finansierade hälso- och sjukvården anpassas till det statsfinansiella läget som gällde 1991 eller som gäller 1997. Konvergenskravens hårda ramar kommer att påverka oss varje år framöver. De blir dessutom ännu hårdare om Sverige går med i EMU. I kombination med fortsatt hög arbetslöshet kommer detta sannolikt innebära inskränkningar av det finansiella utrymmet för den generella välfärdspolitiken och den offentliga sektorn.

Den privata vårdens expansionsutrymme bestäms dock av efterfrågan på ”icke-

medicinska tilläggstjänster”, av effektiviteten i de privata vårdproducenternas marknadsföring och ytterst av den individuella vårdkonsumentens plånbok. Ett avgörande problem i SNS-ekonomernas argumentation hänför sig till det faktum att det är mycket svårt att finna någon argumentation och analys av var den nedre gränsen för den offentliga vårdens finansiering går och framförallt vilka demokratiska och vetenskapliga principer som kan komma till användning för att bevaka denna undre gräns. Detta snarare motverkar, än ökar våra politikers framtida möjligheter att följa Hälso- och sjukvårdslagens krav på ”allas rätt till vård på lika villkor”.■

Noter

¹ Författarna tackar Agneta Hugemark, Seppo Sinimaa och Malin Wreder för värdefull hjälp med synpunkter på denna artikel.

² I antologin Arvidsson & Jönsson, red., (1991) har nämnda författare bidragit med en introduktion och sammanfattande kommentarer. Jönsson har dessutom ensam författat kapitlet "Styrd konkurrens inom hälso- och sjukvård". Det är enbart dessa delar av 1991-års antologi som ställs mot 1997-års bok; Arvidsson & Jönsson (1997), vars explicita syfte är att utgöra en sammanfattning av projektet.

³ Detta är också den bild av förloppet som ges av Whitehead mfl 1997 utifrån data från Stockholms läns landsting.

⁴ Vi följer här Arvidsson & Jönsson 1997, s 111-118

⁵ Av Arvidsson & Jönsson 1997:122 framgår att sammanlagt 13 böcker publicerades inom SNS-projektet. De 61 författare som mobiliserades för att ge skriftliga bidrag, fördelar sig på följande professionella och vetenskapliga identiteter: 20 ekonomer med doktorsexamen, professor eller motsvarande, 7 företagsledare, 7 läkare och professorer i medicinska discipliner, 6 sjukhus- och landstingsdirektörer, 5 doktorander och forskare från Jönssons gamla "heminstitution" vid Tema-H i Linköping, 2 statsvetare, 2 höga tjänstemän från Socialstyrelsen, 2 personalrepresentanter (Läkarförbundet och SHSTF), 2 politiker, 1 representant från Konkurrensverket, 1 filosof (professor), 1 sociolog (professor), samt ytterligare fem med svårklassificerad yrkesidentitet enligt böcker-nas författarpresentationer.

⁶ En aktuell översikt och introduktion till svensk forskning på detta tema kan erhållas genom Evertsson (1998) och Johansson (1998).

⁷ Se Socialstyrelsen (1995:7), s 11, 44 och 120, där det framgår att två sjukvårdshuvudmän faktiskt övergett beställar/utförarmodellen och att dessa "bara" prövats i ca hälften av de svenska landstingen. Denna rapport indikerar dessutom tydligt att både planering och uppföljning av modellernas implementation varit bristfällig.

⁸ Se speciellt Arvidsson & Jönsson 1997, s. 54, där man hävdar att problem uppstod vid Stockholmsmodellens implementation, därför att politikerna skar ner resurserna till den prestationsersatta vården *efter* det att modellen införts, trots att "...med facit i hand skulle kapaciteten reducerats samtidigt som modellen infördes, men detta var inte helt lätt att förutse."

Referenser

Arvidsson, G & Jönsson, B, red., (1991) *Valfrihet och konkurrens i sjukvården*. Stockholm: SNS förlag.

Arvidsson, G & Jönsson, B (1997) *Politik och marknad i framtidens sjukvård*. Stockholm: SNS förlag.

Dahlgren, G (1994) *Framtidens sjukvårdsmarknader - vinnare och förlorare*. Stockholm: Natur och Kultur.

Evans, R.G. (1995) "Reflektioner om revolutionen i Sverige", s 122-169 i Culyer, A.J. & Evans, R.G. m fl (red) *Svensk sjukvård - bäst i världen?* Stockholm: SNS förlag.

Evertsson, L. (1998) "Välfärdsolitik och kvinnoyrken", s 127-156 i Lindqvist R. (red) *Organisation och välfärdsstat*. Lund: Studentlitteratur.

Ham, C. (1997) "Lessons and conclusions" s 119-140 i Ham, C. (red) *Health Care Reform Learning from International Experience*. Buckingham. Open University Press.

Johansson, R. (1998) "Forskning om välfärdsstatens organisation", s 27-59 i Lindqvist, R. (red) *Organisation och välfärdsstat*. Lund: Studentlitteratur.

Ringqvist, M (1996) *Om den offentliga sektorn -Vad den ger och vad den tar*. Stockholm:Publica.

Saltman, R. B. (1997) "Equity and distributive justice in European health care reform", *International Journal of Health Services* 27(3):443-453.

Socialstyrelsen (1995) *Den planerade marknaden -Om nya styrformer inom hälso- och sjukvården*. Stockholm: Socialstyrelsen följer upp och utvärderar 1995:7.

SOU 1996:169 Förnyelse av kommuner och i kommuner och landsting. (Slutbetänkande av Kommunala förnyelsekommittén) Stockholm:Fritzes.

SOU 1996:169 Kommunala förnyelseproblem -En statsvetenskaplig betraktelse av Stig Montin (Bilaga I till slutbetänkande av Kommunala förnyelsekommittén) Stockholm:Fritzes.

SOU 1996:169 Förändringsmodeller och förändringsprocesser i kommuner och landsting (Bilaga V till slutbetänkande av Kommunala förnyelsekommittén) Stockholm:Fritzes.

Whitehead, M & Gustafsson, R Å & Diderichsen, F (1997) "Why is Sweden rethinking its NHS style reforms?" *British Medical Journal* 315:935-939.