

# SJUKVÅRDSRESURSERNA MÅSTE STYRAS GEMENSAMT

Prioriteringar bör ske över huvudmannagränserna

**Var tionde krona skall vara borta från landstingens sjukvårdsbudget om fyra år. Samtidigt behöver kommunerna bygga ut äldreomsorgen med 7 procent. Nya lösningar krävs i samspellet mellan de båda huvudmännen för att tillgodose medborgarnas behov. Det vore värt att pröva gemensam prioritering, politisk styrning och förvaltning.**

Var tionde krona skall vara borta från landstingens sjukvårdsbudget om fyra år. Samtidigt behöver kommunerna bygga ut äldreomsorgen med 7 procent för att behålla standarden under samma period. Detta i en tid då hela den kommunala verksamheten måste begränsas för att uppnå långsiktigt sunda finanser.

Det är kommunerna som har sista handsansvaret. När vårdtider på sjukhus kortas, nya behandlingstekniker införs och avdelningar stängs – då är det kommunerna som får lov att ställa upp med en allt mer omfattande och kvalificerad vård och omsorg. Fler riktigt gamla och mindre landstingsvård till äldre ökar belastningen på kommuner och anhöriga.

När vi nu tycks gå in i en konjunktursvacka, med stagnerande tillväxt i ekonomin och därmed minskande inkomster för kommuner och landsting, måste prioriteringsfrågorna inom hälso- och sjukvård och socialtjänst behandlas samlat. Den statliga prioriteringsutredningen ville höja prioriteringen av vård och omsorg i livets slutskede och till dem som långvarigt är beroende av vård och omsorg.

Det är dessa insatser kommunerna svarar för. Med krympande resurser

måste därför landstingens akutsjukvård till människor som behöver vård för mindre svåra akuta och kroniska sjukdomar ges lägre prioritet och mindre resurser än idag. Hur skall detta gå till med två skilda finansieringskällor – kommun- och landstingsskatt – där båda har ont om pengar?

## Gemensamma prioriteringar

De politiska partierna har svårt att överbrygga de båda huvudmännens skilda budget- och styrprocesser. Vi menar att det behövs institutionella förändringar baserade på ett gemensamt ansvarstagande. En möjlighet kan vara att slå samman kommunens resurser för socialtjänst och hälso- och sjukvård med landstingets resurser för hälso- och sjukvård.

Politiker valda av landstinget och av kommunen skulle gemensamt kunna styra den sammanslagna verksamheten från en gemensam nämnd på kommunnivå. Prioriteringar skulle då kunna göras över nuvarande huvudmannagränser. Idag medger inte lagstiftningen en sådan lösning. En lagändring som medger försök i denna riktning är angelägen.

## Omfördela resurser

En invändning mot små befolkningsområden som grund för ett finansiellt ansvar för hälso- och sjukvård brukar vara att det ansvariga organet blir för känsligt för svängningar i behoven. Kritiker har också hävdats att möjligheterna att erbjuda befolkningen god vård på lika villkor skulle komma att begränsas av små sjukvårdshuvudmän.

Svenska kommunförbundet har i en nyligen publicerad rapport »Resursfördelning och riskspridning» (Kommentus) analyserat denna fråga. Vår slutsats är att även de minsta kommunerna i landet, från finansiella utgångspunkter, bör kunna fullgöra ansvaret för hälso- och sjukvården i dess helhet. Förutsättningen är dels att ekonomiska resurser omfördelas mellan kommuner efter de kriterier som nu tillämpas vid omfördelningen mellan landstingen, dels att de små och kanske även de medelstora kommunerna går samman i ett system

## DEBATT

**”Det finns väl beprövade metoder att ge en sjukvårdshuvudman på kommunnivå likvärdiga ekonomiska förutsättningar att bedriva god hälso- och sjukvård.”**

för att gemensamt finansiera mycket höga kostnader vid en viss vårdepisod för en medborgare på sjukhus.

## Behovskriterier

Möjligheterna att erbjuda en god vård på lika villkor är främst beroende av sjukvårdshuvudmannens ekonomi. Vi har tillämpat de kriterier för inkomst- och kostnadsutjämning som från och med i år gäller för utjämningen mellan landstingen på kommunerna i Malmöhus län och Bohus län. De omfattar befolkningens åldersstruktur, dess medellivslängd, andelen ensamboende samt ett glesbygdstillägg.

Våra beräkningar visar att en fördelning av sjukvårdsresurser till kommunerna i de båda länen ganska väl skulle motsvara kostnaderna för den sjukvård som respektive kommuns befolkning idag har inom landstinget. De redovisade variablerna, exklusive glesbygdsfaktorn, förklarar ca 80 procent av de faktiska kostnadsvariationerna mellan kommunerna i Malmöhus län och 86 procent i Bohus län.

Flera landsting använder idag någon form av behovskriterier för att fördela resurser mellan sjukvårdsområden inom landstinget. Våra beräkningar visar att en viss kommunbefolkning skulle få ungefär samma resurser som nu för hälso- och sjukvård om ett nationellt system för utjämning mellan kommuner tillämpades.

## Variationer över tiden

Men skulle då inte enskilda dyra vårdfall kunna spränga en liten kommuns sjukvårdsbudget? För att belysa denna fråga har vi jämfört de samlade

## Författare

GERT ALABY  
programchef

LENNART JONASSON  
direktör; båda vid Svenska kommunförbundet, Stockholm.

hälso- och sjukvårdskostnadernas förändring på kommunnivå mellan olika år i Malmöhus län och i Västerbottens län, som har några av landets minsta kommuner. Resultaten visar att kostnaderna kan variera med uppemot 10 procent från ett år till ett annat i extremfallen. Variationerna beror till mindre del på variationer i sjuklighet och till större del på förändringar i vårdstruktur och administrativa beslut. Dessa kan som regel förutses och därför beaktas i budgetarbetet.

### Ett finskt system

I detta sammanhang är det finska systemet för finansiering av hälso- och sjukvården värt att studera. Sedan 1993 betalar varje kommun i Finland all hälso- och sjukvård – öppenvård som slutenvård. Vid en jämförelse med Sverige bör noteras att hela 75 procent av kommunerna i Finland har färre än 10 000 invånare. I Sverige tillhör 65 av 288 kommuner denna kategori.

För att reducera risken för oväntat höga sjukvårdskostnader för kommunerna i Finland går kommunerna samman inom ett område och avsätter en mindre del av sjukvårdsbudgeten till en gemensam pott. När en enskild kommun får en sjukvårdskostnad för en vårdepisod som överstiger mellan 200 000 och 350 000 mark, beroende på lokala variationer, finansieras kostnaden över den överenskomna gränsen från den gemensamma potten. Det är alltså fråga om ett högkostnadsskydd för kommunen. En analys av utfallet i ett sjukvårdsdistrikt 1994 visar att 35 av 59 kommuner fick resurser från den gemensamma fonden. För sex av kommunerna stod ersättningarna för mellan 10 och 20 procent av respektive kommuns kostnader för den specialiserade vården.

I en brittisk studie (Crump BJ et al. Fundholding in general practice and financial risk. *BMJ* 1991; 302: 1582-4) har variationer i slutenvårdskostnader för en definierad befolkning av olika storlek belysts. Det finska utvecklingsinstitutet STAKES har tillämpat det brittiska materialet på finska förhållanden. Vi har översatt utfallet till svenska kommuner. De nio minsta kommunerna med mellan 2 800 och 5 000 invånare skulle löpa en 5-procentig risk att deras årskostnad för specialiserad slutenvård överstiger ett genomsnitt över tiden med mer än motsvarande 25–30 öre på skatten. För de något större kommunerna är risken mindre.

### Lokalt sjukvårdsansvar

Sammantaget konstaterar vi att oförutsedda variationer i sjukvårdskostnader för små kommuner kan vara besvärande, men problemet skall inte över-

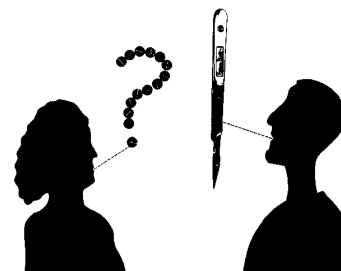
skattas. Det finns också praktiskt tillämpade metoder att utjämna riskerna för oväntat höga kostnader. En möjlighet är att inom varje kommun fondera medel för att hantera variationer över tiden. En annan möjlighet är att tillämpa ett högkostnadsskydd på samma sätt som i Finland. För övrigt tillämpas även ett liknande fondsystem för att utjämna kostnader för regionsjukvård mellan sjukvårdsområdena i Dalarna, vilka geografiskt motsvarar kommunerna.

Vår slutsats är att det finns väl beprövade metoder att ge en sjukvårdshuvudman på kommunnivå likvärdiga ekonomiska förutsättningar att bedriva god hälso- och sjukvård på lika villkor. En utjämning av kostnader och inkomster tillsammans med en fondering eller utjämning mellan kommuner för höga kostnader i enskilda fall bör kunna ge ett godtagbart utfall.

### Kräver nya lösningar

Självfallet finns många andra frågeställningar som bör belysas i en diskussion om att samordna kommunernas och landstingens verksamhet på kommunnivå. Hur kan behovet av specialiserad kompetens tillgodoses i små kommunområden? Hur kan sjukhusstrukturen förändras i ett system med decentraliserat politiskt och finansiellt ansvar? Dessa och andra frågor har vi berört i vår skrift »Hur ska vi ha't?» (Kommentus).

Det är vår övertygelse att sambanden mellan kommunernas vård och omsorg samt landstingens hälso- och sjukvård kommer att få ökad betydelse. Det gäller beträffande informationsutbyte, kompetens, ledning och utveckling. De båda huvudmännens verksamheter är kommunicerande kärn. En smidig förändring av vårdresurserna utifrån de behov människor har och de gemensamma resurser som står till buds kräver nya lösningar i samspelet mellan kommun och landsting. Därför vore det värt att pröva om en gemensam finansiering, politisk styrning och förvaltning kunde ge bättre förutsättningar för personalen att utveckla sitt arbete till än bättre nytta för medborgarna. •



## MEDICINENS SPRÅK

### Särtryck ur Läkartidningen 1990–93

Läkartidningens språkspalt innehåller både stort och smått, både dagsländor och "eviga" sanningar – om nu sådana över huvud taget finns i språket och medicinen.

Ett urval mer översiktliga artiklar från fyra år har samlats i detta 32-sidiga särtryck, som togs fram i anslutning till arbetet med "Förslag till skrivregler för medicinska termer".

Pris 48 kr. Vid 11-50 ex 43 kr, vid högre upplagor 40 kr/ex.

Beställ här

..... ex Medicinens språk

.....  
Namn

.....  
Adress

.....  
Postnummer/Postadress

Sändes till Läkartidningen, Box 5603, 114 86 Stockholm

Märk gärna kuvertet "Medicinens språk".

Beställning per fax:  
08-20 76 19