

PM 2024:4

Strukturreformer i Norden

Analys av hälso- och sjukvårdssystemen
i Norge, Danmark och Finland

Vård- och omsorgsanalys PM-serie

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys produkter redovisas i olika serier. Vård- och omsorgsanalys analyser, slutsatser och rekommendationer publiceras i rapporter i myndighetens rapportserie. Promemorior, metodresonemang och liknande material som utgör underlag eller stöd för myndighetens rapporter samlas i myndighetens PM-serie.

De underlag som ingår i PM-serien anses vara av relevans för kunskapsbildningen på respektive ämnesområde. De kan exempelvis vara intressanta för en vidare läsarkrets men inte rymmas inom ramen för planerade eller utgivna rapporter. De kan vara mer tekniskt orienterade texter eller bidra med en fördjupning i ett ämne.

Syftet med varje promemoria framgår av respektive förord. I de fall myndigheten har anlitat externa författare står författarna själva för innehållet.

Promemorior i PM-serien går att ladda ner från www.vardanalys.se. Där kan även Vård- och omsorgsanalys övriga publikationer laddas ner.

Citera gärna ur Myndigheten för vård- och omsorgsanalys publikationer, men ange alltid källa.

© Myndigheten för vård- och omsorgsanalys
ISBN 978-91-89933-03-3
www.vardanalys.se

PM 2024:4

Strukturreformer i Norden

Analys av hälso- och sjukvårdssystemen
i Norge, Danmark och Finland

Beslut

Beslut om den här promemorian har fattats av ställföreträdande generaldirektören Catarina Eklundh Ahlgren. Utredaren Kerstin Gunnarsson har varit föredragande. Analyschefen Caroline Olgart Höglund och projektdirektören Marianne Svensson har deltagit i den slutliga handläggningen.

Stockholm 2024-09-04

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys

Catarina Eklundh Ahlgren

Ställföreträdande generaldirektör

Kerstin Gunnarsson

Föredragande

Förord

År 2014 presenterade vi rapporten *Strukturreformer i hälso- och sjukvårdssystem* där vi bland annat beskrev hur Norge och Danmark valt att reformera sina respektive hälso- och sjukvårdssystem. Motivet var att bidra med ett kunskapsunderlag till den då pågående diskussionen om hur hälso- och sjukvården ska styras och organiseras. Tio år senare är frågan åter aktuell: är dagens struktur den bästa för att möta vårdens och omsorgens utmaningar? I denna promemoria ger vi därför en fördjupad och kompletterande bild av erfarenheterna från strukturreformerna i Norge, Danmark och denna gång även Finland. Vi hoppas att denna promemoria ska utgöra ett kunskapsunderlag för fortsatta diskussioner om hur hälso- och sjukvården ska organiseras i Sverige framöver. Vår förhoppning är att resultatet ska ge en grund för vad som kan förväntas av större strukturreformer.

Arbetet har letts av projektledaren Kerstin Gunnarsson. Projektgruppen har bestått av utredarna Carl Lundgren och Daniel Zetterberg, analytikern Ida Hedenskog samt projektdirektör Marianne Svensson.

Vi vill rikta ett stort tack till Anders Anell (professor Lunds universitet), Caroline Blomberg-Ohlström (avdelningschef Stockholms stad, styrelseledamot i Vård- och omsorgsanalys styrelse), Clas Rehnberg (professor Karolinska institutet), Mats Brommels (professor emeritus Karolinska institutet) samt Mio Fredriksson (docent Uppsala universitet) för värdefulla synpunkter på rapporten.

Vi vill också tacka våra nationella experter som bistått med faktaunderlag och granskning: Ingrid Sperre Saunes (senior advisor Helsedirektoratet), Jon Magnussen (professor Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet), Karsten Vrangbæk (professor Köpenhamns universitet) och Siv Sandberg (lektor Åbo universitet).

De slutsatser som lämnas i promemorian står Myndigheten för vård- och omsorgsanalys själv för.

Stockholm september 2024

Catarina Eklundh Ahlgren
Ställföreträdande generaldirektör

Sammanfattning

Under 2000-talet genomfördes genomgripande strukturreformer av hälso- och sjukvårdssystemen i Norge (2002) och Danmark (2007), samt en primärvårdsreform i Norge (2001). Så sent som i januari 2023 genomfördes även en omfattande reform i Finland. I alla tre länderna har ansvaret för hälso- och sjukvården centraliserats och staten har tagit ett större ansvar.

Den här promemorian är ett kunskapsunderlag om de olika vägval som våra grannländer har prövat när det gäller den övergripande strukturen och ansvarsförhållandena i hälso- och sjukvården. Den beskriver också utvecklingen på områden som varit i fokus för reformerna och dagens utmaningar i länderna. Promemorian bygger på kunskapssammanställningar, forskningsartiklar, myndighetsrapporter och allmänt tillgänglig statistik samt intervjuer med experter i respektive land.

Länderna hade liknande motiv och mål med reformerna

I stora drag var det liknande utmaningar som ledde till strukturreformerna i Norge, Danmark och Finland: brister i tillgängligheten till vård, i vårdens kvalitet och i den geografiska jämlikheten. I samtliga fall ville man också få bättre kostnadskontroll och ett mer hanterligt och effektivt sjukvårdssystem.

Målen med reformerna var också ungefär desamma: ökad tillgänglighet, jämlikhet och kvalitet för patienterna. Några av målen handlar om produktivitet och effektivitet samt kostnadskontroll och kan knytas till systemperspektivet.

Länderna har gått mot ökad centralisering och mer statligt ansvar

Reformerna har inneburit en likartad förflyttning mot en centraliserad hälso- och sjukvård med betydligt färre aktörer med ansvar på regional nivå. Vi ser även att det övergripande politiska ansvaret och styrningen har flyttats till staten, från fylkena i Norge, amten i Danmark och kommunerna i Finland. I vår analys skiljer vi mellan olika former av ansvar för att tydliggöra vad ansvarsförflyttningen innebär:

- *Finansieringsansvaret* handlar om att, genom skatteintäkter och andra intäkter, se till att det finns tillräckliga ekonomiska medel för den vård som tillhandahålls.
- *Tillhandahållaransvaret* är det yttersta ansvaret för att se till att hälso- och sjukvård erbjuds eller tillhandahålls inom ett geografiskt område.
- *Planeringsansvaret* omfattar den sammantagna planering som krävs för att säkerställa att vården kan tillhandahållas.
- *Utföraransvaret* avser olika vårdgivares ansvar för att utföra hälso- och sjukvårdsinsatserna.

Reformerna innebar att den regionala nivån med ansvar för vården blev tydligt mindre. I Norge gick man från 19 fylken till 4 statligt ägda, regionalt förlagda hälsoföretag, i Danmark från 14 amt till 5 regioner, och i Finland från knappt 300 kommuner till 21 regionala välfärdsområden och Helsingfors stad. Den övergripande struktur- och ansvarsförändringen var likartad, men det finns skillnader i hur det regionala ansvaret organiseras efter reformerna: I Norge ligger ansvaret på statliga bolag som styrs av professionella styrelser (men de politiskt styrda fylkena finns kvar med ansvar för bland annat tandvård), och i Danmark och Finland styrs regionerna respektive välfärdsområdena av folkvalda politiker.

Staten tar större ansvar för finansiering och planering

Centraliseringen innebar ett ökat statligt ansvar för att finansiera och planera hälso- och sjukvården, vilket ledde till mer statlig styrning och samordning med olika regionala aktörer. I Norge flyttades finansieringsansvaret från fylken till staten när det gäller den specialiserade vården. Staten finansierar dessutom större delen av primärvården, som kommunerna är huvudmän för och också delfinansierar. I Danmark tog staten över finansieringsansvaret för all hälso- och sjukvård från amten, men kommunerna delfinansierar den regionala vården. I Finland tog staten över finansieringsansvaret för all hälso- och sjukvård från kommunerna.

I alla tre länderna tar staten också ett större ansvar för att planera hälso- och sjukvården. I både Norge och Finland finns nu en långsiktig planering i form av fyraårsplaner för hälso- och sjukvården. I Danmark fastställdes 2016 åtta gemensamma mål genom en bred överenskommelse och målen följs upp varje år. I Danmark tog staten också ett mer långtgående planeringsansvar för den specialiserade vården.

Staten tillhandahåller vård i Norge, men förflyttningen är mindre tydlig i Danmark och Finland

I Norge har staten numera ett tydligt tillhandahållansvar för den specialiserade vården. I Danmark och Finland är bilden något mer otydlig. Vår tolkning är att tillhandahållansvaret vilar på regionerna respektive välfärdsområdena men samtidigt är det svårt för dessa regionala aktörer att ta ett fullt ansvar för tillhandahållandet utan större möjligheter att påverka finansiering och övergripande planering.

Det finns fortfarande skillnader i struktur och ansvarsfördelning mellan länderna

De reformer som beskrivs här präglas av hälso- och sjukvårdssystemens framväxt och strukturella förutsättningar. Reformerna har inneburit likartade förändringar, men det finns stora skillnader mellan ländernas olika system och det är svårt att på en mer detaljerad nivå jämföra genomförandet eller resultaten. Det finns också skillnader i hur stort ansvar staten tar för till exempel den övergripande planeringen och för investeringsbeslut som rör hälso- och sjukvården.

Utvecklingen är delvis positiv men svår att koppla till reformerna

Vi ser en långsiktig positiv utveckling av hälso- och sjukvården på flera av de områden som var i fokus för reformerna i Norge och Danmark. Men det är svårt att direkt koppla utvecklingen till reformerna, bland annat för att det finns megatrender i form av till exempel demografisk och medicinsk utveckling som påverkar förutsättningarna för alla länders hälso- och sjukvårdssystem på ett likartat sätt. Reformerna har även följts av andra reformer och justeringar av styrningen. Vidare är målen övergripande och har inte omsatts i konkreta insatser, vilket gör det svårt att följa effekterna. I vissa delar saknas även nationella uppföljningar och utvärderingar. Den finska reformen genomfördes nyligen och det är därför för tidigt att uttala sig om utvecklingen i Finland.

Vår studie visar dock klart bättre tillgänglighet i Norge och Danmark efter reformerna. Även produktiviteten har ökat i Norge och Danmark efter reformerna, och vi ser överlag en positiv utveckling för indikatorer som speglar kvalitet i form av överlevnad i olika sjukdomar och undvikbar sjukvårdsrelaterad dödlighet. Vi saknar underlag för att bedöma reformernas bidrag till en mer jämlik vård, men det finns fortfarande ojämlikheter i vården i både Norge, Danmark och Finland utifrån både geografi och socioekonomi.

Hälso- och sjukvården har delvis samma utmaningar som före reformerna

Norge, Danmark och Finland har ungefär samma utmaningar i vården, och till viss del handlar det om de problem som reformerna skulle lösa. Det gäller brister i effektivitet och produktivitet, tillgänglighet, kvalitet och jämlikhet – utmaningar som troligen alltid kommer att finnas kvar i någon utsträckning, även om vi ser vissa förbättringar. Länderna har även andra gemensamma utmaningar, till exempel när det gäller finansiering och kompetensförsörjning. I alla tre länderna diskuteras också primärvårdens uppdrag, trots att primärvårdssystemen skiljer sig mycket åt mellan länderna. Alla länderna har problem med bristande samordning mellan olika aktörer och vårdnivåer i hälso- och sjukvårdssystemet. Efter reformerna har både Norge och Danmark initierat flera andra reformer och justeringar av systemet för att förbättra samordningen men problemen tycks finnas kvar.

Viktigt att ha tydliga mål och insatser men även rimliga förväntningar på reformer

Vi har i denna promemoria belyst både likheter och skillnader i de nuvarande systemen och de reformer som genomförts i Norge, Danmark och Finland. Vår analys visar att det finns flera gemensamma erfarenheter av strukturreformerna, och lärdomarna kan användas i framtida reformer.

Lärdomar inför framtida strukturreformer

Erfarenheterna från de studerade reformerna visar sammantaget att det inför framtida reformer behöver vara tydligt

- vilka problem som reformen ska lösa och vilka för- och nackdelar som finns med olika alternativ för hälso- och sjukvårdens struktur och ansvarsförhållanden
- vilka konkreta mål som finns för reformen och vilka mekanismer i den som ska bidra till målluppfyllelse
- hur reformen ska följas upp och utvärderas för att anpassa styrningen om det behövs.

Ökad centralisering kan bidra till att stärka förmågan att möta utmaningar men har också nackdelar

Det är svårt att dra skarpa slutsatser om reformerna i Norge, Danmark och Finland, men vår uppfattning är att en centraliserad struktur och ett mer nationellt beslutsfattande kan öka hälso- och sjukvårdssystemens förmåga att hantera framtida utmaningar. Vi har i tidigare rapporter pekat på behovet av en ökad centralisering och statlig styrning inom flera områden av den svenska hälso- och sjukvården. De övergripande motiven till det har varit en ökad likvärdighet och effektivitet, till exempel när det gäller informationsdelning av patientdata.

Samtidigt kan vi konstatera att centraliseringen i Norge och Danmark i sig inte verkar ha stärkt eller förenklat samordningen mellan olika aktörer. Och i takt med en ökad förflyttning mot ”nära vård” där primärvården och den kommunala hälso- och sjukvården och omsorgen får en allt mer betydelsefull roll kan decentralisering och förmåga till lokal anpassning istället vara viktigare.

En centraliserad hälso- och sjukvård kan också innebära att besluten tas längre bort från patienterna och verksamheterna, vilket kan minska graden av involvering och delaktighet i beslut jämfört med ett mer decentraliserat beslutsfattande.

Erfarenheterna visar att det behövs rimliga förväntningar på en reform

Det saknas vetenskaplig evidens för de faktiska effekterna av centralisering kontra decentralisering inom exempelvis hälso- och sjukvårdssystem. Och ytterst är det ett politiskt avgörande hur den framtida hälso- och sjukvårdsorganisationen ska vara utformad. Vår analys visar att det är viktigt att ha rimliga förväntningar på strukturreformer. Även om reformerna vi studerat haft mycket breda mål har de inte kunnat greppa över alla problem i hälso- och sjukvården, och de har följts av många andra mindre reformer och initiativ. Vi ser dessutom att dessa länder och Sverige har ungefär samma utmaningar som tidigare, även om förutsättningarna för att hantera dem kan skilja sig åt.

Innehåll

1	Inledning	12
1.1	Syfte och frågeställningar	13
1.2	Mer om promemorians fokus och avgränsningar	14
1.3	Vi har strukturerat vår analys med stöd av ett analysramverk	14
1.4	Datakällor och kvalitetssäkring	17
1.5	Promemorians disposition	17
2	Strukturreform och primärvårdsreform i Norge	18
2.1	Delat ansvar för hälso- och sjukvården	18
2.2	Två reformer utformade dagens system	19
2.3	Motiven till reformerna	23
2.4	Starkare statlig styrning och övergripande ansvar för planering och finansiering	25
2.5	Centrala reformer och initiativ efter fastlege- och sjukhusreformerna	28
3	Strukturreform i Danmark	30
3.1	Delat ansvar för hälso- och sjukvården	30
3.2	Kommunalreformen ändrade ansvarsförhållanden i hälso- och sjukvården	31
3.3	Motiven till reformen	33
3.4	Reformen innebar ett övergripande statligt ansvar för planering och finansiering	34
3.5	Centrala reformer och initiativ efter kommunalreformen	38
4	Strukturreform i Finland	40
4.1	Ansvar för hälso- och sjukvården delas mellan staten och regionala välfärdsområden	40
4.2	Social- och hälsovårdsreformen i Finland 2023	41
4.3	Motiven till reformen	43
4.4	Reformen innebar ett övergripande statligt ansvar för planering och finansiering	44
4.5	Genomförandet av reformen	46
5	Utvecklingen i förhållande till målen för reformerna	50
5.1	Målen om ökad produktivitet	50
5.2	Målen om högre medicinsk kvalitet	56
5.3	Målen om ökad tillgänglighet till vården	60

6	De största utmaningarna 2024	64
6.1	Höga och stigande kostnader för vård	65
6.2	Problem med bemanning och kompetensförsörjning	69
6.3	Få vårdplatser	71
6.4	Primärvårdens attraktionskraft och arbetsmiljö utmanar	73
6.5	Samordning – ett kvarstående behov att förbättra i alla länder	75
6.6	Jämlikheten är en fortsatt utmaning	76
7	Slutsatser.....	79
7.1	Länderna hade liknande motiv och mål med reformerna	80
7.2	Länderna har gått mot ökad centralisering och mer statligt ansvar	81
7.3	Utvecklingen är positiv på flera områden men svår att koppla till reformerna	85
7.4	Hälso- och sjukvårdssystemen har delvis samma utmaningar som före reformerna	87
7.5	Viktigt att ha tydliga mål och insatser men även rimliga förväntningar på reformer	88
	Referenser	91
	Bilaga – Intervjupersoner	100

1 Inledning

Sverige har goda medicinska resultat i internationella jämförelser. Överlevnaden i hjärt- och kärlsjukdomar och cancer är hög, den medicinska kvaliteten är god och arbetet med digitalisering inom hälso- och sjukvården och införandet av dagkirurgi har kommit långt. Samtidigt finns det brister i samordning, effektivitet och jämlikhet. Styrningen av den svenska välfärden är i stor utsträckning decentraliserad, men allt oftare beskrivs en ökad centralisering eller ett ökat statligt ansvarstagande som en lösning på den svenska hälso- och sjukvårdens utmaningar. Det har bland annat lyfts i flera statliga utredningar (SOU 2016:2; SOU 2021:71; SOU 2022:10; SOU 2022:41) och i den politiska debatten. Redan nu pågår en rad initiativ för att öka den statliga styrningen av vården, till exempel nationell läkemedelslista och nationell högspecialiserad vård. I juni 2023 gav regeringen i uppdrag till en parlamentariskt sammansatt kommitté (Vårdansvarskommittén S 2023:04) att ta fram beslutsunderlag som gör det möjligt att stegvis och långsiktigt införa ett helt eller delvis statligt huvudmannaskap för hälso- och sjukvården (dir. 2023:73).

I denna publikation studerar vi några grannländers sätt att omorganisera och styra en skattefinansierad hälso- och sjukvård. Utifrån en liknande övergripande problembild som finns i Sverige har både Norge (2002) och Danmark (2007) genomfört strukturreformer och Norge har i nära anslutning också genomfört en primärvårdsreform (2001). I januari 2023 genomfördes även en omfattande reform av hälso- och sjukvården i Finland. Med strukturreformer menar vi genomgripande förändringar av sättet att styra och organisera sjukvården. Reformerna har inneburit en mer centraliserad styrning av vårdens organisering, finansiering och planering. De specifika angreppssätten skiljer sig samtidigt åt mellan länderna. Vi har analyserat följande reformer:

Norge:

- Sjukhusreformen 2002 – ändrat huvudmannaskap för den specialiserade vården, från fylken till staten och regionala hälsoföretag.
- Fastlegereformen 2001 – ändrade former för primärvården.

Danmark:

- Kommunalreformen 2007 – ändrade antalet kommuner och ersatte 14 amt med 5 regioner. Ökat statligt ansvar.

Finland:

- Social- och hälsovårdsreformen 2023 – ansvaret för hälso- och sjukvården och socialtjänsten och räddningsväsendet överfördes från kommunerna till 21 nyinrättade välfärdsområden och Helsingfors stad. Ökat statligt ansvar.

Vi har tidigare i rapporten *Strukturreformer i hälso- och sjukvårdssystem* (2014) belyst de dittillsvarande erfarenheterna från Danmarks och Norges reformer. I den här promemorian (PM) fördjupar vi analysen från 2014 med en omfattande dokumentstudie och intervjuer. Vi belyser också motiven bakom och genomförandet av reformen i Finland, och jämför genomförande och mål för reformerna i våra tre grannländer. Vi knyter vidare reformernas mål till de utmaningar som finns i dessa länder i dag, hur utmaningarna hanteras, samt diskuterar likheter med de utmaningar som finns i den svenska hälso- och sjukvården. Det har gått tio år sedan den förra rapporten publicerades, vilket innebär att vi nu kan studera reformerna i Norge och Danmark från ett längre tidsperspektiv. Reformen i Finland genomfördes under 2023, så det är för tidigt att dra några slutsatser om utvecklingen där.

1.1 Syfte och frågeställningar

Vårt övergripande syfte med denna promemoria är att beskriva erfarenheterna av de strukturreformer som har genomförts i våra grannländer när det gäller att styra och organisera hälso- och sjukvården. En del i arbetet är att kartlägga hur reformerna genomfördes i Norge, Danmark och Finland och vilka förändringar som de givit upphov till. Studien syftar också till att beskriva de mätbara eller förväntade effekter som reformerna haft på centrala dimensioner av vården såsom effektivitet, kvalitet och tillgänglighet, jämlikhet och samordning. Det är dimensioner som vi tidigare fastställt som centrala för uppföljning av hälso- och sjukvårdssystem och som avspeglar hälsoutfall, personcentrerade och effektiva arbetssätt samt vård efter behov och på lika villkor (Vård- och omsorgsanalys 2022). Dimensionerna har, med undantag för samordning, även utgjort uttalade mål för reformerna. Vår promemoria omfattar även en beskrivning av de centrala utmaningarna inom hälso- och sjukvården i respektive land i dag.

Målet med promemorian är att ge beslutsfattare i Sverige ett kunskapsunderlag om de vägval som prövats i Norden när det gäller hälso- och sjukvårdens övergripande styrning. Resultaten ska ge en bild av vad man kan förvänta sig av större strukturreformer, både positiva, negativa och uteblivna effekter. Vi lämnar inga rekommendationer om hur det svenska hälso- och sjukvårdssystemet bör styras eller organiseras.

Figur 1. Våra övergripande frågeställningar.



1.2 Mer om promemorians fokus och avgränsningar

Strukturreformerna har gemensamt att de går mot en högre grad av centralisering. Länderna som vi har studerat har en välfärdsmodell som i hög utsträckning är jämförbar med Sveriges när det gäller den historiska utvecklingen av hälso- och sjukvården men även förvaltningsstrukturen. Den gemensamma historien anges som den huvudsakliga förklaringen till att länderna har ett liknande förhållningssätt till välfärdsstaten, där staten dominerar bildandet av välfärdens ramar (Lundberg m.fl. 2008). Detta kallas ofta för den nordiska modellen. Utöver det har länderna en geografisk närhet till varandra och liknande befolkningsstruktur.

Vår analys utgörs av fallstudier för Norge, Danmark och Finland. En startpunkt för analysen är motiven till reformerna och hur strukturer, ansvarsfördelning, finansiering och planering har förändrats. I vår tidigare rapport (Vård- och omsorgsanalys 2014b) analyserade vi även den politiska processen bakom genomförandet av reformerna. Vi berör politiska aspekter i den här promemorian, men det är inte vår huvudfokus.

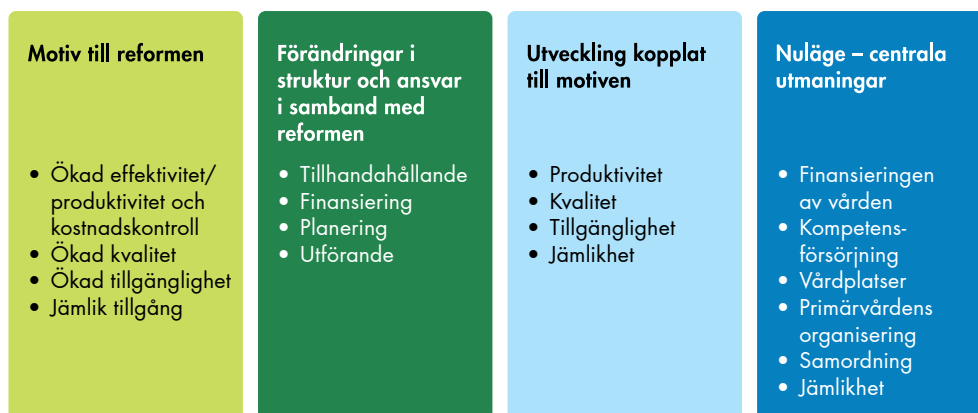
Vi analyserar utvecklingen i respektive land med utgångspunkt i målen för reformerna. Det ger oss en möjlighet att resonera om vad som kan förväntas av större strukturreformer när det gäller tillgänglighet, produktivitet och kvalitet. Vi analyserar även förutsättningar och omvärldsfaktorer som var aktuella vid reformernas genomförande och hur de påverkar ländernas hälso- och sjukvårdssystem i dag. Det gäller exempelvis kompetensförsörjning, finansiering samt den demografiska och medicinska utvecklingen.

Det är svårt att koppla utvecklingen i länderna till de specifika reformerna. Till exempel har reformerna följts av flera andra utvecklingsinitiativ, och utvecklingen av hälso- och sjukvårdssystemen sker löpande. Globalt sett har det även skett stora förändringar i utvecklingen av diagnostik, behandling och arbetssätt under den 20-årsperiod som vi studerar. De skillnader som finns mellan hälso- och sjukvårdssystemen och reformerna gör det svårt att göra direkta jämförelser mellan länderna och att dra slutsatser om överförbarheten till svenska förhållanden. Sverige ingår inte som en referenspunkt i analysen även om vi gör några övergripande reflektioner om utvecklingen i Sverige i slutsatskapitlet. Jämförande data om Norge, Danmark, Finland och Sverige finns i vår tidigare rapport Nationell uppföljning av hälso- och sjukvården 2022 (Vård- och omsorgsanalys 2022).

1.3 Vi har strukturerat vår analys med stöd av ett analysramverk

Som stöd för datainsamling och analys har vi använt ett analytiskt ramverk. Figur 2 beskriver de olika delarna i analysramverket: motiven och målen med reformerna, förändringar av styrningen i samband med reformerna, utvecklingen i hälso- och sjukvården kopplat till motiven och en nulägesbild av centrala utmaningar. I slutsatskapitlet kopplar vi ihop de olika delarna av ramverket med en sammanfattande analys och ett antal slutsatser.

Figur 2. Analysramverk.



1.3.1 Vi analyserar reformerna med utgångspunkt i förändringar i struktur och ansvar

I vår analys av strukturreformerna fokuserar vi på förändringar i hälso- och sjukvårdssystemets struktur och ansvar. Vår beskrivning av olika typer av ansvar utgår från förarbetena till hälso- och sjukvårdslagen och den uttolkning av dessa som bland annat Ansvarskommittén gjorde (SOU 2007:10). Genom analysen vill vi tydliggöra att det finns olika former av ansvar som kan förflyttas inom strukturen för hälso- och sjukvården.

När det gäller hälso- och sjukvårdssystemets *struktur* avser vi främst de aktörer som verkar inom systemet och deras inbördes relationer, men också till exempel vårdnivåer och nivåstrukturer, det vill säga vilka vårdenheter som ska finnas och hur arbetet med de olika insatserna i vårdprocessen fördelas mellan olika vårdenheter (se till exempel SOU 2015:98).

Diskussioner om ansvarsförhållanden i den svenska hälso- och sjukvården brukar utgå från huvudmannaskapet. Den som är huvudman för hälso- och sjukvården har i nuläget främst ansvar för att tillhandahålla, planera, organisera och finansiera hälso- och sjukvård i enlighet med gällande lagstiftning. Detta ansvar har huvudmannen inom ett visst geografiskt område – i Sverige inom en region eller kommun. Huvudmannen har ett helhetsansvar för verksamheten och förväntas därför ha mandat och förmåga att agera, prioritera och styra med helheten i fokus inom det geografiska området. Huvudmannen behöver däremot inte bedriva hälso- och sjukvården i egen regi, utan ansvaret för att utföra vården kan överlåtas till andra aktörer.

Övergripande diskuteras ibland ett *systemansvar* för hälso- och sjukvården (se till exempel Papanicolas m. fl. 2022), det vill säga ett ansvar för den grundläggande strukturen, ansvarsfördelningen och de formella relationerna mellan olika aktörer i systemet. Systemansvaret i Sverige vilar på staten, i enlighet med normgivningsmakten (8 kap. Regeringsformen). Vi kommer inte att närmare analysera detta ansvar eftersom det inte förändrats i de länder vi undersökt.

Ansvarskommittén beskrev i sitt slutbetänkande olika former av ansvar: tillhandahållandeansvar, finansieringsansvar och utföransvar (SOU 2007:10). Kommittén

konstaterade att *tillhandahållaransvaret* innebär ansvar för att en verksamhet tillhandahålls, men att det inte är detsamma som ansvaret för att också utföra verksamheten. Ansvarskommittén diskuterade också förstatligande av hälso- och sjukvården och framhöll vikten av att hålla ihop tillhandahållaransvar och finansieringsansvar. Såvitt vi kunnat se finns ingen definition av tillhandahållaransvar i förarbetena, men vi uppfattar att det är kärnan i huvudmannaskapet enligt till exempel hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), HSL:

// Med huvudman avses i denna lag den region eller den kommun som enligt lagen ansvarar för att erbjuda hälso- och sjukvård. Inom en huvudmans geografiska område kan en eller flera vårdgivare bedriva verksamhet. (1 kap. 2 § HSL)

Huvudmannen har inte någon skyldighet att bedriva vården i egen regi utan utförandet av vården kan överlåtas på någon annan. Huvudmannen har dock alltid kvar det yttersta ansvaret för att se till att hälso- och sjukvård erbjuds eller tillhandahålls inom sitt geografiska område (prop. 2016/17:43).

Med *finansieringsansvar* avser vi ansvaret för att genom skatteintäkter och andra intäkter, till exempel avgifter, se till att det finns tillräckliga ekonomiska medel för den vård som tillhandahålls. I regeringsformen kopplas huvudmannaskapet och finansieringsansvaret ihop genom bestämmelser om att kommuner och regioner sköter lokala och regionala angelägenheter av allmänt intresse på den kommunala självstyrelsens grund, att närmare bestämmelser om detta finns i lag och att kommuner och regioner får ta ut skatt för att sköta sådana uppgifter (se 14 kap. 2 och 4 § regeringsformen).

Vi menar att det också går att urskilja ett *planeringsansvar*, som ligger nära men inte nödvändigtvis är en del av tillhandahållaransvaret. Av avdelning III i HSL framgår att regionen som huvudman har ansvar för att organisera och planera hälso- och sjukvårdsverksamheten, och då beakta de insatser som ges av alla vårdgivare inom regionens geografiska område. Regionen ska vidare samverka med andra aktörer i planeringen och utvecklingen av hälso- och sjukvården. I planeringsansvaret ligger alltså den sammantagna planeringen som krävs för att säkerställa att vården kan tillhandahållas.

Slutligen finns ett *utföraransvar*, som antingen kan tas av huvudmannen själv eller läggas på annan genom avtal:

// Regioner och kommuner får med bibehållet huvudmannaskap sluta avtal med någon annan om att utföra de uppgifter som landstinget eller kommunen ansvarar för enligt denna lag. (15 kap. 1 § HSL)

Ett sådant avtal medför inte att regionens eller kommunens huvudmannaskap för vården övergår på den andra vårdgivaren. Regionen eller kommunen har alltså kvar det övergripande ansvaret för att dess befolkning får en god vård, vilket kan säkerställas genom att bland annat ställa tillräckliga och relevanta krav i avtalen med de externa utförarna (prop. 2016/17:43).

1.4 Datakällor och kvalitetssäkring

För att få en så bred och samtidigt djup förståelse för reformerna som möjligt har vi valt att använda olika metoder och datakällor. Vi har utgått från kunskapssammanställningar, forskningsartiklar och allmänt tillgänglig statistik från ländernas myndigheter och internationella aktörer såsom OECD, Eurostat och WHO. Information från departement och ansvariga myndigheter i de aktuella länderna har vi hämtat från deras webbsidor. Dessutom har experter i respektive land bidragit med underlag och besvarat frågor samt faktagranskat beskrivningen av "sitt" land. Våra resultat har även kvalitetssäkrats av svenska forskare vid ett expertseminarium.

1.5 Promemorians disposition

Promemorians disposition utgår från vårt analysramverk och inleds därför med en beskrivning av målen och motiven med reformerna i Norge, Danmark och Finland samt de förändringar av styrningen som genomfördes i samband med reformerna (kapitel 2–4). I kapitel 5 utgår vi från de huvudsakliga målen och beskriver utvecklingen på dessa områden i Norge och Danmark. I kapitel 6 beskriver vi de utmaningar som länderna står inför i dag. Kapitel 7 innehåller vår samlade analys och våra slutsatser när det gäller reformerna och nuläget i länderna samt motsvarande situation i Sverige.

2 Strukturreform och primärvårdsreform i Norge

Det norska hälso- och sjukvårdssystemet kännetecknas av att huvudmannaskapet för hälso- och sjukvården är delat mellan staten som ansvarar för den specialiserade vården, och kommunerna som ansvarar för primärvården. Grunderna för det nuvarande systemet lades genom två reformer. *Fastlegereformen* infördes 2001 och ändrade formerna för primärvården, med målet att bland annat öka kontinuiteten och tillgängligheten till primärvården. Genom *sjukhusreformen* 2002 ändrades huvudmannaskapet för sjukhusvården, med målet att förtydliga ansvaret inom sjukhusvården och bland annat göra vården mer jämlik, tillgänglig och effektiv.

I det här kapitlet beskriver vi det nuvarande hälso- och sjukvårdssystemet i Norge, utifrån de förändringar som dessa två reformer innebar, samt varför reformerna genomfördes och vad målen var.

2.1 Delat ansvar för hälso- och sjukvården

I Norge är ansvaret för vården delat mellan staten och de 357 kommunerna. Det är staten, genom stortingset och regeringen, som ansvarar för den specialiserade hälso- och sjukvård som ges på sjukhus och andra specialiserade vårdmottagningar. Staten äger fyra regionala hälsoföretag (RHF): Helse Nord RHF, Helse Midt-Norge RHF, Helse Vest RHF och Helse Sør-øst RHF. De ansvarar för att tillhandahålla specialiserad vård till invånarna i det aktuella geografiska området. Varje regionalt företag leds av en styrelse som utses av regeringen.

De regionala hälsoföretagen äger i sin tur lokala hälsoföretag (HF) som kan bestå av ett eller flera sjukhus. Dessa lokala hälsoföretag, men också privat ägda sjukhus, utför specialiserad vård på uppdrag av de regionala hälsoföretagen. De lokala hälsoföretagen ansvarar självständigt för att driva och finansiera sjukhusen.

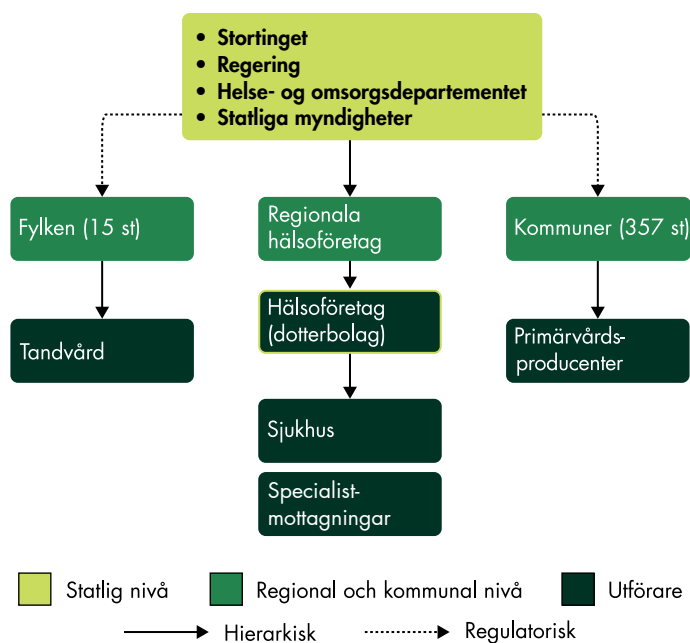
Kommunerna ansvarar för att tillhandahålla ”nödvändiga vård- och omsorgstjänster” till alla som är bosatta i kommunen.¹ Ansvaret omfattar en rad olika tjänster, bland annat fastläkartjänst och akutmottagning samt läkaruppgifter i skolhälsovård, på äldreboenden och på asylmottagningar. De tjänster som kommunen ansvarar för kan utföras av kommunen själv eller av andra offentliga eller privata tjänsteleverantörer som kommunen har avtal med. Primärvården bedrivs i allmänhet av privatpraktiserande läkare, så kallade fastläkare (fastlege), som har ett avtal med kommunen. År 2023 var drygt 81 procent av landets fastläkare egenföretagare, och resten hade anställning i en kommun. Kommunalt anställda fastläkare har varit särskilt aktuellt i kommuner där det

¹ 3.2 § vård- och omsorgslagen.

inte finns underlag för ren näringsverksamhet, exempelvis på grund av liten befolkning, men omfattningen av kommunalt anställda fastläkare ökar nu även i större kommuner (Helse- og omsorgsdepartementet 2023).

Ansvar för tandvården ligger på fylkena, som är motsvarigheten till Sveriges regioner.

Figur 3. Det norska hälso- och sjukvårdssystemet.



Källa: Saunes m. fl. 2020, Vård- och omsorgsanalys bearbetning.

2.2 Två reformer utformade dagens system

Grunderna för det nuvarande systemet lades genom två reformer: fastlegereformen 2001, som ändrade formerna för primärvården, följt av sjukhusreformen 2002, som ändrade huvudmannaskapet för sjukhusvården. Fastlegereformen innebar en förändrad primärvårdssektor, men ansvaret för primärvården låg hos kommunerna redan före reformen. Sjukhusreformen var en strukturreform som innebar ansvarsflyttningar (se tabell 1).

Tabell 1. Den norska sjukhusreformen medförde en ny ansvarsfördelning mellan den regionala nivån och staten och fastlegereformen förtydligade kommunernas huvudmannaskap för primärvård.

	Kommun	Region	Stat	Statliga bolag
Struktur	Oförändrat antal kommuner.	Oförändrat antal fylken.	Oförändrad statlig nivå.	Fem (senare fyra) statligt ägda regionala hälsoföretag inrättas.
Ansvarsfördelning	Oförändrat ansvar för primärvård.	Fylkena har inte längre ansvar för specialistvården. Oförändrat ansvar för tandvård.	Staten tar övergripande ansvaret för specialistvården.	De regionala hälsoföretagen ansvarar för driften av sjukhus, genom sina lokala hälsoföretag (dotterbolag).
Finansiering	Oförändrad kommunal finansiering av primärvården genom delfinansiering från kommunal skatt.	Fylkena finansierar inte längre specialistvården. Oförändrad regional finansiering av offentlig tandvård.	Staten finansierar specialistvården genom basanslag och verksamhetsbaserad finansiering till de regionala hälsoföretagen. Oförändrad statlig delfinansiering av primärvården genom basanslag till kommunerna.	De regionala hälsoföretagen ansvarar för att finansiera specialistvården inom sina respektive områden.
Planering	Oförändrat ansvar för att planera primärvården.	Fylkena har inte längre ansvar för att planera hälso- och sjukvården.	Staten tar ett tydligare grepp om den långsiktiga och övergripande planeringen av hälso- och sjukvården.	De regionala hälsoföretagen ansvarar för att planera den specialiserade vården inom sina respektive områden.

Källa: Vård- och omsorgsanalys 2014b, egen bearbetning.

2.2.1 Fastlegereformen 2001

Fastlegereformen 2001 har präglat det norska hälso- och sjukvårdssystemet. Den medförde att alla patienter fick rätt till en namngiven fast läkarkontakt och möjliggjorde även för privata läkare att verka inom primärvården på kommunens uppdrag. Kommunerna hade tidigare ansvaret för att utföra primärvårdsläkartjänster, och varje enskild kommun skulle tillgodose tillgången till allmänläkare. Genom reformen fick de i stället ansvar för att träffa avtal om utförandet med privat verksamma läkare, så kallade fastläkare (fastlege).

Invånarna fick rätt till en fastläkare och läkarna fick en ny etablerings- och ersättningsform

Reformen innebar en rad förändringar i skyldigheter och rättigheter för kommuner, allmänläkare och medborgare. Samtliga medborgare fick en lagstadgad rätt att själva välja fastläkare, även utanför sin egen hemkommun. Både egenanställda allmänläkare och läkare på grupp-mottagning kunde väljas. Patienter kunde lista om sig upp till två gånger per år och fick rätt till ny bedömning av annan än sin fastläkare (Norges forskningsråd 2006).

För allmänläkarnas del förändrades ersättningssystemet och man införde en finansiering som delvis bygger på kapitering. Tidigare betalade kommunerna ut ett driftsbidrag till varje läkare i form av en fast summa, primärt baserat på antalet anställda vid mottagningen. Med fastlegereformen bestämdes denna summa i stället utifrån antalet patienter på läkarens lista. En fastläkare rekommenderades då att ha 500–2 500 patienter på sin lista (EY & Vista Analyse 2019).

De allmänläkare som tidigare varit anställda hos kommunen med fast lön erbjöds möjligheten till fortsatt anställning med fast lönesättning (Norges forskningsråd 2006). Samtliga allmänläkare fick även erbjudande om att ingå fastläkaravtal med kommunen genom en egen mottagning eller en grupp-mottagning (EY & Vista Analyse 2019). Detta ledde till att fler fastläkare skaffade avtal med kommunen, enligt våra intervjuer. I och med reformen blev allmänläkarna skyldiga att prioritera personer på sin egen lista och att medverka i andra uppgifter som följer av fastläkaravtalet med kommunen (EY & Vista Analyse 2019).

Enligt våra intervjuer gjorde den nya avtalsformen rollen som fastläkare mer attraktiv, vilket bidrog till att öka läkartäckningen i primärvården.

I samband med fastlegereformen skärptes också remissystemet; det blev krav på remiss från en allmänläkare för att få ersättning från socialförsäkringen för behandling i den specialiserade vården (Norges Forskningsråd 2006).

Genomförandet av reformen

Systemet infördes på prov i fyra kommuner 1993–1996. Erfarenheterna från försöket var positiva och 1997 beslutade stortinget att introducera fastläkarsystemet nationellt. Den slutgiltiga propositionen för fastlegereformen godkändes av regeringen i september 1999 (Helse- og omsorgsdepartementet 1999). Under 2000 reviderades detaljerna i reformen och förhandlingar hölls med det norska läkarförbundet och fastläkarna, och 2001 infördes det nya fastläkarsystemet fullt ut (Norges forskningsråd 2006).

2.2.2 Sjukhusreformen 2002

Den norska sjukhusreformen genomfördes 2002 och medförde att staten tog över huvudmannskapet för den specialiserade vården, det vill säga både finansierings-, tillhandahållar- och planeringsansvaret. Huvudmannskapet låg tidigare hos den regionala nivån, fylkena. Samtidigt inrättades fem (senare ändrat till fyra) statligt ägda regionala hälsoföretag (helseforetak) med ansvar för att beställa specialiserad hälso- och sjukvård till befolkningen. Hälsoföretagen utgick från de storregioner som bildades på 1970-talet, och de omformades för att få en företagsliknande form. De regionala hälsoföretagen är rent administrativa, men de äger ett antal lokala hälsoföretag i respektive region som producerar hälso- och sjukvårdstjänsterna. Ett lokalt hälsoföretag kan bestå av ett eller flera sjukhus. De regionala hälsoföretagen kan också köpa vård från privata utförare.

Sjukhusreformen innebar även ökad patient- och brukarmedverkan i sjukhusvården. Med hälsoföretagen skapades brukarråd, det vill säga organisatoriska kanaler för brukarrepresentanter. Samtidigt ställdes krav på hälsoföretagen att involvera brukarråden i sina arbetsprocesser och rådfråga brukarrepresentanter i samband med verksamhetsplanering (Norges forskningsråd 2007; Vård- och omsorgsanalys 2014b).

Efter reformen behöll fylkena ansvaret för tandvården (se tabell 1).

Reformen innebar viss nivåstrukturering av sjukhusvården

En central organisatorisk del av sjukhusreformen var att slå samman fler sjukhus till färre och större vårdinstitutioner för att underlätta fördelning av funktioner och uppgifter. När reformen genomfördes fanns det 81 sjukhus och sjukhusenheter, som fem år efter reformen hade reducerats till 33 organisatoriska enheter (Norges forskningsråd 2007). Nivåstruktureringen syftade till att centralisera specialistbehandlingar till färre sjukhus, men samtidigt decentralisera behandlingstjänster vid stora patientvolymmer. Funktions- och arbetsfördelningen samordnades både inom och mellan hälsoföretagen i samband med att reformen infördes. Exempelvis omstrukturerades och centraliserades cancerkirurgin (NOU 2016:25). Men den samlade bilden några år efter reformen var att den endast i viss mån bidragit till centralisering, och då särskilt av mer specialiserade behandlingar. En samtidig utveckling var också att allt fler behandlingar utfördes på privata kommersiella sjukhus på uppdrag av hälsoföretagen. Dessa sjukhus var belägna i tätorter, vilket också innebar en geografisk centralisering av behandlingsutbudet (Norges forskningsråd 2007).

De regionala hälsoföretagens genomförande av strukturförändringar i enlighet med reformens intentioner var en politiskt känslig fråga (jämför Vård- och omsorgsanalys 2014b). Flera av dessa förändringar innebar motsättningar mellan lokalsamhället och regionala hälsoföretag, och demonstrationer och folkrörelser mot strukturförändringarna följde på en rad platser i Norge. I statsbudgeten för 2005 fick närsjukhusen särskild uppmärksamhet, och det påpekades att de var viktiga för att förverkliga hälsopolitiska mål om samspel mellan den kommunala hälso- och sjukvården och den specialiserade vården. De fick även ökade resurser, och i beställningsdokumentet från Helse- og omsorgsdepartementet till de regionala hälsoföretagen för 2006 står det i klartext att inget närsjukhus ska läggas ner (Norges forskningsråd 2007).

Enligt våra intervjuer har modellen med regionala hälsoföretag kritiserats för att ge bristande demokratiskt inflytande i centrala beslutsprocesser, till exempel om var vårdenheter ska lokaliseras och ifall nya läkemedel ska införas. Modellen har också kritiserats för att den lett till för mycket marknadstänkande i hälso- och sjukvården. Detta bekräftas även i en statlig utredning, där kritiken som framkommit i den offentliga debatten om hälsoföretagsmodellen sammanfattas i tre övergripande teman: att modellen är för marknadsdriven, att den är odemokratisk och att den skapar onödig byråkrati (NOU 2016:25).

Genomförandet av reformen

Reformen genomfördes på mycket kort tid och har beskrivits som en ”big bang”-reform (Vård- och omsorgsanalys 2014b). Det tog bara ett år från lansering av den politiska idén till beslutet om den nya lagen om hälsoföretag fattades (lov om helseforetak m.m.), och därefter ytterligare ett halvår tills lagen trädde i kraft den 1 januari 2002, då staten övertog tillhandahållaransvaret för specialiserad vård i Norge.

Reformen föregicks av en lång utredningstid med två offentliga utredningar om ägarskapsmodeller (NOU 1996:5 och NOU 1999:15), men därefter kom ett reformförslag som skiljde sig från de tidigare utredningarna (Helse- og omsorgsdepartementet 2001). Processen för genomförande av reformen kännetecknades av snabb utredning av det slutliga reformförslaget och kort remisstid, och man gjorde inga konsekvensanalyser,

utredde inga andra alternativ och frångick den vanliga förankringen i en vitbok från stortinget (ett policydokument som lägger fram idéer eller ambitioner).

Reformen genomfördes huvudsakligen genom lagstiftning men var också förknippad med en form av resurstillförsel. Den innebar också att sjukhusens skulder skrevs av och att fylkena fick en engångskompensation för bortfallet av sjukhusen. I vår tidigare rapport beskriver vi närmare den politiska reformprocessen när det gäller sjukhusreformen (Vård- och omsorgsanalys 2014b).

2.3 Motiven till reformerna

I Norge såg man i början av 2000-talet ett ökat antal personer med kroniska sjukdomar samt svårigheter i primärvården med kompetensförsörjningen och bristande kontinuitet och tillgänglighet. I den specialiserade vården såg man ökade utgifter och en oklar ansvarsfördelning mellan nationell och regional nivå.

2.3.1 Fastlegereformen – öka kontinuiteten och tillgängligheten samt stärka kompetensförsörjningen i primärvården

Fastlegereformens mål var att:

- öka kontinuiteten, särskilt för patienter med kroniska sjukdomar och psykiatriska diagnoser, och därigenom öka kvaliteten hos fastläkartjänsten
- öka tillgängligheten
- förbättra relationen mellan husläkare och patient
- nyttja läkarresurserna i landet på ett mer rationellt och effektivt sätt, exempelvis inom jourverksamheten och specialistsjukvården.

(Helse- og omsorgsdepartementet 1999; EY & Vista Analyse 2019; Norges forskningsråd 2006).

Av motiven till reformen kan också utläsas att ett mål var att minska skillnaderna i tjänsteutbudet och skapa ett mer transparent och hanterbart system (EY & Vista Analyse 2019).

Vid slutet av 1990-talet fanns det flera problem med primärvården i Norge. Många läkartjänster var vakanta, särskilt i kommuner på landsbygden. Patienterna klagade på bristande tillgänglighet, för kort läkartid per besök och bristande kontinuitet. Patienter med stora och komplexa behov prioriterades inte och de fick en otillräcklig samordning av sin vård (EY & Vista Analyse 2019). I vår intervjustudie beskrivs systemet före fastlegereformen som oöverskådligt, med särskilda problem med kontinuitet i läkartäckningen.

Primärvården i Norge hade gradvis byggts ut, och betoningen hade växlande legat på offentligt anställda läkare och egenföretagare. Tidigare var egenanställning den vanligaste driftformen, men efter en lagändring 1984 tog kommunerna över ansvaret för att tillhandahålla medborgarnas allmänna sjukvård och samhällssjukvård från den statliga nivån. Kommunerna fick dock själva bestämma driftformen för allmänläkarna, och olika avtal ingicks mellan allmänläkarna och kommunen beroende på driftsform (EY & Vista Analyse 2019). Systemet med olika anställningsformer ledde till att myndigheterna

hade dålig överblick över läkarnas arbetsmarknad och dålig kontroll över utgifterna. I och med lagändringen 1984 fick kommunerna lättare att rekrytera läkare, men så småningom uppstod återigen utmaningar med rekrytering på grund av stark tillväxt inom specialistsjukvården. Fler fast anställda läkare ändrade också anslutningsform till att bli egenanställda eftersom det ansågs vara mer fördelaktigt ekonomiskt och ge ett friare arbetssätt än med kommunal styrning (Norges forskningsråd 2006).

Fastlegereformen var inspirerad av det danska systemet och baserades på ett listnings-system där patienter väljer sin fasta läkare. Patientlistans storlek och sammansättning samt ersättningen reglerades med nationell standard (Martinussen & Magnussen 2009).

2.3.2 Sjukhusreformen – förtydliga rollfördelningen och prioriteringen av resurser i sjukhusvården

Målen med sjukhusreformen var att:

- tydliggöra ansvarsfördelningen mellan sjukhusen och deras ägare
- minska de geografiska skillnaderna i medicinsk kvalitet och i tillgången till hälso- och sjukvård
- höja den medicinska kvaliteten
- korta väntetiderna
- förbättra sjukhusens organisering
- öka produktiviteten och effektiviteten.

(Helse- og omsorgsdepartementet 2001; Aasland 2007; Pedersen 2002).

Den utvärdering som föregick reformen pekade på flera brister i den specialiserade vården i Norge, bland annat långa väntetider, geografiska variationer i tillgänglighet och behandling, samt oklar ansvars- och rollfördelning mellan stat och fylken. Den sammantagna bilden var att sjukhussektorn befann sig i kris (NOU 1996:5).

Den oklara ansvars- och rollfördelningen mellan staten och fylkena lyftes fram som ett särskilt betydelsefullt motiv till reformen, då den ansågs leda till svag kostnadskontroll. Antalet behandlingar ökade på sjukhusen vilket ledde till ökade underskott hos sjukhusen som staten fick gå in och täcka. Höga utgiftsnivåer hos fylkena tydde på att de inte kunde kontrollera utgifterna tillräckligt bra (Vård- och omsorgsanalys 2014b). I en intervju beskrivs den dåvarande rollfördelningen mellan fylken och staten som ett "blame game" om vilken av vårdnivåerna som hade ansvar för underskotten i sjukhusvården.

Genom reformen ville man ge staten totalt ansvar för specialistsjukvården genom att lägga tillhandahållaransvar, finansieringsansvar och ägarskap på samma administrativa nivå (Martinussen & Magnussen 2009). Idén bakom de regionala hälsoföretagen var att skapa administrativt självständiga organisationer för den specialiserade hälso- och sjukvården, med tydligare incitament att öka hälso- och sjukvårdens effektivitet, kvalitet och förtroende hos befolkningen (Byrkjeflot & Neby 2008). Och genom att efterlikna en privat företagsstruktur ville man uppnå en mer effektiv ekonomisk förvaltning och decentraliserad beslutskedja (Vård- och omsorgsanalys 2014b).

Det fanns också förväntningar på att man med färre regionala aktörer skulle få bättre samordning och en mer enhetlig fördelning av vårdutbudet, bättre koordinering av utbyggnad och renoveringar av sjukhus, bättre kapacitetsutnyttjande och nationella it-system (Pedersen 2002). Ett mindre antal regionala hälsoföretag förväntades bli betydligt mer robusta enheter än de 19 fylkena. Regeringen menade att den organisationsmodellen skulle kunna bidra till ett bättre utnyttjande av den totala behandlingsskapaciteten och minskade regionala skillnader i vårdutbudet (Helse- og omsorgsdepartementet 2001).

2.4 Starkare statlig styrning och övergripande ansvar för planering och finansiering

Genom sjukhusreformen tog staten ansvar för finansieringen av den specialiserade vården och ett övergripande ansvar för planering inom hälso- och sjukvården.

2.4.1 Nationella hälsoplaner för fyra år i taget

Sedan 2006 tar den norska regeringen fram nationella hälsoplaner. Nationella hälsoplaner förekom dock redan innan sjukhusreformen genomfördes, liksom inslag av centraliserad planering i det norska hälso- och sjukvårdssystemet. Exempelvis behövde de regionala hälsoplanerna godkännas av Helse- og omsorgsdepartementet (WHO 2000). Men i förarbetena till sjukhusreformen lyfte regeringen fram att det fanns brister i vårdens styrning när det gällde övergripande prioriteringar och struktur. Regeringen föreslog därför att staten, som ägare av de regionala hälsoföretagen, skulle inhämta planer från alla företag och använda dem som grund för att ta fram omfattande hälsoplaner till stortinget, så att utvecklingen hamnade under nationell politisk kontroll (Helse- og omsorgsdepartementet 2001).

De nationella hälsoplanerna blev sedan aktuella igen 2006 när regeringen i regeringsförklaringen angav att stortinget ska behandla en nationell hälsoplan vart fjärde år (Helse- og omsorgsdepartementet 2009a), och sedan dess har nationella hälsoplaner (med varierande inriktningar) tagits fram vart fjärde år. Planerna tas fram av Helse- og omsorgsdepartementet, i dialog med centrala intressenter såsom kommuner, KS (kommunsektorns intresseorganisation) och brukarorganisationer. Hälsoplanerna innehåller beskrivningar av hälso- och sjukvårdens nuvarande status och de viktigaste utmaningarna framåt samt förslag på politiska mål och åtgärder som syftar till att uppnå dem (Ringard m.fl. 2013). Planeringshorisonten för hälsoplanerna är fyra år, medan sjukvårdsbudgeten är årlig. Planerna fungerar som policydokument snarare än detaljerade planer, och blir inte formellt utvärderade (Saunes m.fl. 2020). Den övergripande utformningen har också kritiserats för att inte säkerställa tillräcklig statlig styrning av de regionala hälsoföretagen (se t.ex. Jensen 2021; Sjøli & Lønning 2009). I den senaste planen från 2024 presenterar regeringen fem övergripande mål för hälso- och sjukvården och sex huvudåtgärder för de kommande fyra åren (Helse- og omsorgsdepartementet 2024).

2.4.2 Ökad statlig styrning genom de regionala hälsoföretagen och en ny sjukvårdsmyndighet

Helse- og omsorgsdepartementet är också involverat i de regionala hälsoföretagens styrning genom lagstiftning, årliga budgetförhandlingar och årliga instruktionsbrev. En viktig del i styrningen är de så kallade företagsmötena, som motsvarar bolagsstämmor i privata aktiebolag och är det högsta beslutande organet i styrningskedjan. Ägaren, det vill säga staten, kan kalla till företagsmöte för att ge anvisningar till styrelseordföranden i de regionala hälsoföretagen. Enbart ägaren har rösträtt vid företagsmötena (Vård- och omsorgsanalys 2014b).

I anslutning till sjukhusreformen stärktes också den statliga styrningen genom en förändrad myndighetsstruktur. En större sjukvårdsmyndighet (Sosial- og helsedirektoratet) inrättades, bland annat mot bakgrund av sjukhusreformen, och regeringen betonade att flera av uppgifterna inom specialistsjukvården inte kommer att utövas genom en ägarfunktion utan genom myndighetsutövning. Det nya direktoratet ansågs också kunna bidra till en bättre samordning av regeringens åtgärder när det gäller specialistvården. Helse- og omsorgsdepartementet inrättade vidare en egen avdelning för att samordna statens ägaruppgifter gentemot de regionala hälsoföretagen (Helse- og omsorgsdepartementet 2001).

2.4.3 Staten planerar kompetensförsörjning

Helse- og omsorgsdepartementet ansvarar för övergripande planering av kompetensförsörjning inom hälso- och sjukvården (Ringard m.fl. 2013) medan de lokala hälsoföretagen och kommunerna har ansvar för att planera, rekrytera och behålla personal inom sina respektive områden (Saunes m.fl. 2020). Norge har länge haft statlig reglering av läkarnas arbetsmarknad för att underlätta rekrytering av läkare till glesbygdsområden och för att säkerställa ett tillräckligt antal läkare inom respektive specialitet (Johnsen 2006).

Helse- og omsorgsdepartementet kommer även med synpunkter om behovet av personal och specialisering till Utbildningsdepartementet, som beslutar om dimensionering av utbildningen inom hälso- och sjukvårdssektorn. Läroplanerna för de medicinska fakulteterna detaljregleras inte på nationell nivå, men regeringen kan ge signaler om det exempelvis behövs särskild kompetens (Saunes m.fl. 2020).

2.4.4 Renodlad statlig finansiering inom specialiserad vård men kommunerna finansierar fortsatt primärvården

I och med sjukhusreformen tog staten över finansieringen av den specialiserade vården från den regionala nivån.

Finansieringen bestäms nu av stortinget som en del av budgetprocessen, med beslut om ersättningen från staten till de regionala hälsoföretagen. Sjukhusvården, den öppna specialistvården och missbruksvården finansieras främst genom basanslag som bland annat bygger på antal invånare, socioekonomiska och geografiska faktorer och verksamhetsbaserad finansiering (aktivitetsbaserad och baserad på klassificering utifrån

diagnosrelaterade grupper, DRG-poäng) och viss ersättning per besök inom öppen specialiserad vård (Saunes m.fl. 2020).

Till och med 2002 stod staten för 70–80 procent av kostnaderna för den specialiserade vården, och fylkena för merparten av resten. Fylketingen styrde prioriteringar och investeringar i sina områden utifrån givna finansieringsramar och nationella mål. Staten stod alltså för en tydlig majoritet av finansieringen men hade samtidigt begränsat inflytande över driftsfrågor och långsiktig strategisk planering (Vård- och omsorgsanalys 2014b).

Efter reformen har de regionala hälsoföretagen mindre övergripande finansiellt handlingsutrymme än vad fylkena hade (Vård- och omsorgsanalys 2014b). Men samtidigt beslutar de regionala hälsoföretagen om finansieringen för de lokala hälsoföretagen som i sin tur har ett självständigt ansvar för att driva och finansiera sjukhusen.

Kommunal medfinansiering av sjukhusvården infördes under en period i samband med samhandlingsreformen men avskaffades sedan (se avsnitt 2.5).

Primärvårdens finansiering är oförändrad

Finansieringsansvaret för primärvården förändrades inte till följd av fastlege- eller sjukhusreformen. Staten står för största delen (knappt 70 procent) genom både bidrag till kommunerna och en rörlig ersättning direkt till de fastläkare som har avtal med kommunerna, enligt ett system med taxor (takster). Resten finansieras av kommunerna genom kommunalskatten (cirka 30 procent) och fasta patientavgifter.

2.4.5 Decentraliserat investeringsansvar med nationell samordning

Det huvudsakliga ansvaret för att planera infrastruktur och investera i offentliga fastigheter ligger hos de regionala hälsoföretagen för specialistvård och hos kommunerna för primärvård (Saunes m.fl. 2020). Kommunerna ansvarar för fastigheter inom primärvården och annan vård som tillhandahålls på den kommunala nivån. De regionala hälsoföretagen äger formellt de lokala hälsoföretagen som består av fysiska sjukhusbyggnader, avdelningar och kliniker, och ansvarar för de fastigheterna. Staten, genom Helse- og omsorgsdepartementet, ansvarar för att granska investeringar inom specialistvården. År 2015 grundade de regionala hälsoföretagen Sykehusbygg HF, som tillhandahåller expertis om sjukhusplanering och konstruktion och kan assistera de regionala hälsoföretagen när de ska förvärva eller sälja fastigheter. Sykehusbygg finansieras av de regionala hälsoföretagen och regeringen (Saunes m.fl. 2020).

Dagens modell för att finansiera investeringar bygger på principen att det hälsoföretag som genomför en investering måste stå för hela kostnaden. Upplägget innebär att stortinget beviljar ett enhetligt ramverk för specialistvården som ska täcka de regionala hälsoföretagens kostnader för personal, läkemedel, utrustning och byggnader. Kostnader för utrustning och byggnader fördelas under hela livslängden och synliggörs i sjukhusens räkenskaper som avskrivningar. Investeringar finansieras av avskrivningar, lån från staten, sparande eller bidrag från drift, försäljning av fastigheter och finansiell leasing (NOU 2023:8).

De regionala hälsoföretagens tillgångar värderades till 66 miljarder norska kronor 2002. Under perioden 2002–2015 uppgick investeringarna till 104 miljarder norska

kronor, motsvarande 7,4 miljarder norska kronor i genomsnitt per år, men 2021 hade investeringsnivån ökat markant till cirka 17 miljarder norska kronor (NOU 2023:8).

Investeringsnivån har ändå inte varit tillräcklig för att säkerställa att byggnader och medicinsk utrustning är i tillfredsställande skick, enligt kartläggningar av de regionala hälsoföretagens investeringar i fastigheter och medicinsk-teknisk utrustning (NOU 2023:8). Enligt en statlig utredning innebär den nuvarande finansieringsmodellens krav på eget kapital och likviditet en risk för att nya sjukhusbyggnader blir för små, att investeringar skjuts fram för långt i tiden och att beslut om investeringar kan baseras på orealistiska antaganden om framtida finansiell kapacitet. Utredningen föreslog inga förändringar i hälsoföretagens ansvar för investeringar, men dock vissa lättnader i bland annat kravet på eget kapital (NOU 2023:8).

2.5 Centrala reformer och initiativ efter fastlege- och sjukhusreformerna

Reformer som följt på fastlege- och sjukhusreformerna har bland annat handlat om samordning. År 2012 konstaterades att det fanns stora utmaningar i hälso- och sjukvården. Behovet av samordnade vårdinsatser tillgodosågs inte i tillräcklig utsträckning, vårdinsatserna var fragmenterade och kännetecknades av otillräckliga insatser för att begränsa och förebygga sjukdomar. Den demografiska utvecklingen innebar ytterligare utmaningar.

Mot den bakgrunden genomfördes 2012 den så kallade samhandlingsreformen (Helse- og omsorgsdepartementet 2009b). Syftet var att stärka samordningen mellan specialiserad vård och de kommunala hälso- och omsorgstjänsterna liksom mellan kommunal primärvård och hemsjukvård. Bland annat infördes krav på samarbetsavtal mellan kommuner och hälsoföretag samt akutsjukvårdsplatser på kommunal nivå för att avlasta sjukhusen. Ett antal finansiella styrmedel infördes också; bland annat fick kommunerna medfinansieringsansvar för specialistsjukvården och finansieringsansvar för utskrivningsklara patienter (Norges forskningsråd 2016). Samhandlingsreformen innebar därmed, till skillnad från sjukhusreformen, en decentralisering av ansvar eftersom kommunerna fick ett större ansvar än tidigare inom hälso- och sjukvården (Saunes m.fl. 2020).

I en samlad utvärdering av reformen 2016 påpekades bland annat att samarbetet mellan kommuner och hälsoföretag generellt sett varit bra och konstruktivt, men att samarbetsavtalen inte gjort någon större skillnad. Maktförhållandet mellan hälsoföretagen och kommunerna upplevdes fortfarande som ojämnt, bland annat för att sjukhusen har befogenhet att definiera vilka patienter som erbjuds sjukvård inom specialistsjukvården, och om en patient är utskrivningsklar (Norges forskningsråd 2016).

De ekonomiska styrmedlen, exempelvis kommunernas skyldighet att betala för utskrivningsklara patienter, påverkade delvis sjukhusens och kommunernas beteende. Sjukhusvistelsernas längd minskade kraftigt, men antalet inläggningar på sjukhus ökade samtidigt. Utvärderingen fann ingen styrningseffekt av den kommunala medfinansieringen, vars syfte var att öka kommunernas incitament att satsa på förebyggande och hälsofrämjande åtgärder, och därmed minska antalet besök på sjukhus (Norges Forskningsråd 2016).

Enligt våra intervjuer blev den kommunala medfinansieringen i praktiken istället endast en extra kostnad för kommunerna. Det kommunala medfinansieringsansvaret avskaffades efter tre år (Norges forskningsråd 2016).

2.5.1 Hälsogemenskaper ska förbättra samverkan

År 2020 genomfördes ytterligare en reform på temat samordning, då 19 hälsogemenskaper (helsefelleskap) inrättades, i enlighet med den nationella hälso- och sjukhusplanen för 2020–2023 (Helse- og omsorgsdepartementet 2019). Hälsogemenskaperna fungerar som arenor för samordning och samarbete där representanter för hälsoföretag, kommuner, allmänläkare och patienter möts för att tillsammans planera och utveckla hälso- och sjukvården inom hälsogemenskapens område (Helse- og omsorgsdepartementet 2019). Syftet är att skapa mer sammanhållna och hållbara hälso- och sjukvårdsförlopp för patienter som behöver insatser från både specialisthälsovården och den kommunala vården och omsorgen. Enligt en utredning om bland annat samverkan inom den norska hälso- och sjukvården behöver samverkan mellan kommuner och hälsoföretag bli bättre, och att vidareutveckla hälsogemenskaperna nämns som en viktig satsning för detta syfte (NOU 2023:8).

2.5.2 Mindre justeringar av hälso- och sjukvårdssystemet har genomförts

Efterföljande reformeringar av hälso- och sjukvårdssystemet har också handlat om att justera de regionala hälsoföretagens sammansättning. År 2006 infördes krav på politiskt förtroendevalda i de regionala hälsoföretagens styrelser efter kritik om bristande demokratisk representativitet (Vård- och omsorgsanalys 2014b). Detta krav avskaffades sedan 2014, med hänvisning till att det begränsade statens möjligheter att utse styrelsemedlemmar med nödvändig kompetens (Helse- og omsorgsdepartementet 2013). Antalet hälsoföretag har även förändrats, från fem vid sjukhusreformens genomförande till fyra från och med 2007 då två hälsoföretag (Helse Øst och Helse Sør) slogs samman (Prang 2007).

Valfrihet har också varit ett tema för flera reformer. År 2014 påbörjades en valfrihetsreform, med målet att ge patienter större möjligheter att välja behandling och utförare. Exempelvis gavs privata utförare utan avtal med hälsoföretagen möjligheten att ansöka om att ingå i valfrihetssystemet (Saunes m.fl. 2020).

Slutligen har flera reformer och justeringar av systemet även rört primärvården. Under 2018–2021 pilottestades teambaserad primärvård i Norge. Det så kallade ”Kompetensskifte 2020” påbörjades 2015, med syfte att anpassa utbildning och praktik inom primärvården till framtida vårdbehov (Saunes m.fl. 2020).

3 Strukturreform i Danmark

Det danska hälso- och sjukvårdssystemet kännetecknas av ett delat huvudmannaskap. Staten har det övergripande ansvaret för finansiering och planering av både specialiserad vård och primärvård, och de fem regionerna har ett tillhandahållansvar. Kommunerna har ansvaret för bland annat hälsofrämjande insatser och rehabilitering. Grunderna för det nuvarande systemet lades genom en omfattande kommunalreform 2007 som innebar att kommuner slogs samman och att de tidigare amten slogs ihop till regioner. Samtidigt tog regionerna över tillhandahållansvaret för hälso- och sjukvården från amten, och staten tog över planerings- och finansieringsansvaret för hälso- och sjukvården. I det här kapitlet beskriver vi det nuvarande hälso- och sjukvårdssystemet i Danmark, utifrån de förändringar som denna reform innebar samt varför den genomföres och vad målen var.

3.1 Delat ansvar för hälso- och sjukvården

Den danska hälso- och sjukvården styrs och organiseras på tre politiska eller administrativa nivåer: stat, region och kommun, se figur 4. Mellan dessa nivåer finns förhandlings- och samordningskanaler (Birk m.fl. 2024).

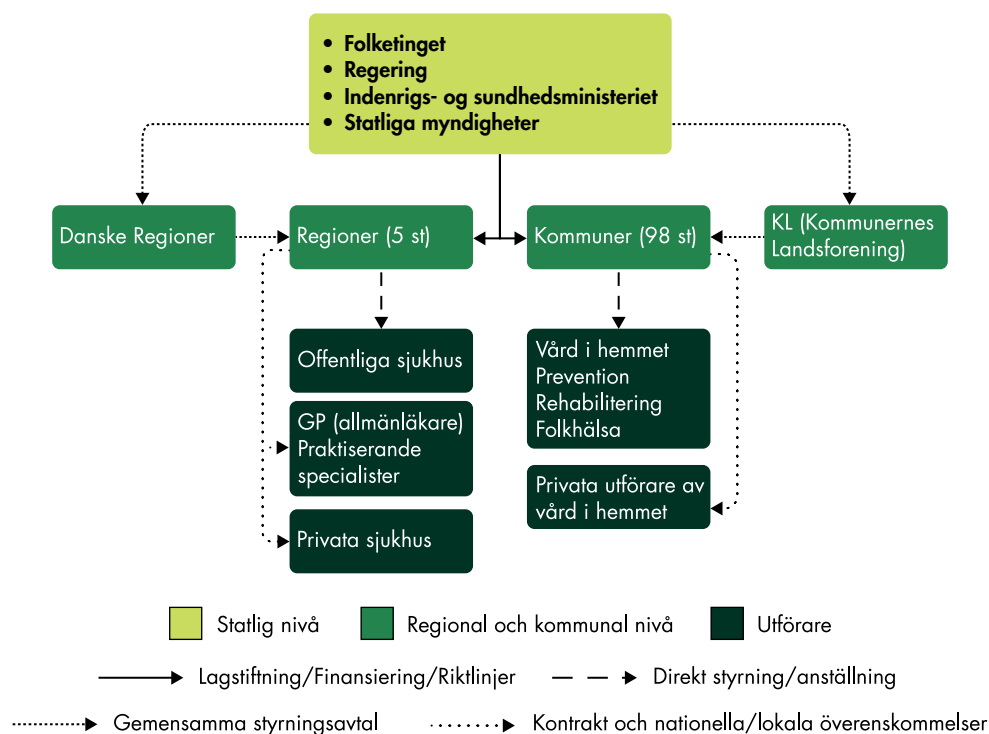
Staten har det övergripande ansvaret för att planera och finansiera både primärvård och specialiserad vård. Staten fastställer även det övergripande ramverket och den övergripande planeringen och riktningen för hälso- och sjukvården, samt ansvarar för reglering, tillsyn och huvuddelen av finansieringen. Via Sundhedsstyrelsen (som organisatoriskt ligger under Indenrigs- og Sundhedsministeriet) har staten det huvudsakliga ansvaret för att inspektera och övervaka sjukvårdsanläggningar samt sjukvårdspersonal. Exempelvis har Sundhedsstyrelsen ansvar för att utfärda och dra tillbaka licenser för sjukvårdspersonal (Olejaz m.fl. 2012; Vallgård m.fl. 2001).

Regionerna ansvarar för att tillhandahålla hälso- och sjukvårdstjänsterna och genomföra den närmare planeringen. Staten deltar samtidigt mer i detalj i vissa delar av planeringen, och kan påverka riktningen inom hälso- och sjukvårdssektorn genom att prioritera specifika områden i budgeten. Detta minskar den regionala nivåns möjlighet att själv besluta om vården (Olejaz m.fl. 2012).

Regionerna styrs av ett folkvalt organ (regionfullmäktige). De ekonomiska ramarna bestäms av staten, och statsanslagen fördelas med en befolkningsbaserad modell som tar hänsyn till skillnader i behov och kostnader. Kommunal medfinansiering tillkommer (NOU 2016:25). Som en del i tillhandahållansvaret ska regionerna träffa överenskommelser med privata utövare inom den danska primärvården (*almen praksis*) och med andra privata utförare (till exempel specialistläkare, fysioterapeuter, tandläkare, kiropraktiker och apotekare). Dessa överenskommelser reglerar befolkningens tillgång till vård av privata utövare.

Kommunerna ansvarar för sjukdomsförebyggande och hälsofrämjande arbete samt rehabilitering utanför sjukhus. De tillhandahåller också vårdhem och hemsjukvård, kommunal tandvård och socialpsykiatri.

Figur 4. Den danska hälso- och sjukvården är organiserad och styrd på tre politiska/administrativa nivåer.



Källa: Birk m.fl. 2024, Vård- och omsorgsanalys bearbetning.

KL (tidigare Kommunernes Landsforening) och Danske Regioner är kommunernas respektive regionernas intresseorganisationer. De är inte en lagstadgad del av det politiska och administrativa systemet, men har stort inflytande över hälso- och sjukvården genom att representera de decentraliserade myndigheterna i diskussioner och förhandlingar mellan regionala och kommunala politiker, professionella organisationer och staten.

3.2 Kommunalreformen ändrade ansvarsförhållanden i hälso- och sjukvården

Den danska kommunalreformen antogs 2005 och trädde i kraft 2007. Reformen var bred och berörde inte endast hälso- och sjukvården, utan en bredd av kommunala verksamheter. I och med reformen omorganiserades den regionala nivån från 14 amt till fem regioner med tillhandahållaransvar för hälso- och sjukvården. I samband med reformen slogs också de 275 kommunerna samman till 98 större enheter. Kommunerna fick ett ökat ansvar för förebyggande, hälsofrämjande och rehabiliterande insatser inom hälso- och sjukvården.

De nyinrättade regionerna saknar beskattningsrätt, och finansieringen av hälso- och sjukvården övergick i samband med reformen till staten och kommunerna. Regionernas

huvuduppgift blev att driva sjukhus och att upprätta avtal med primärvården och sundhetsavtal med kommunerna. Primärvårdens organisering med privatpraktiserande läkare, *almen praksis*, lämnades oförändrad.

Tabell 2. Den danska kommunalreformen medförde en ny ansvarsfördelning och finansiering för kommunerna, regionerna och staten.

	Kommun	Region	Stat
Struktur	275 kommuner blir 98 kommuner.	14 amt ersätts av 5 regioner.	Oförändrad statlig nivå.
Ansvarsfördelning	Kommunerna tar över ansvaret från de tidigare amten gällande sjukdomsförebyggande och hälsofrämjande arbete samt rehabilitering.	Regionerna får ett mer renodlat ansvar för somatisk och psykiatrisk sjukhusvård. Regionerna tar också över amtens ansvar för att beställa vård från andra utförare, t.ex. inom primärvården.	Staten får ökat ansvar för finansiering, planering och uppföljning, särskilt inom hälso- och sjukvårdssektorn.
Finansiering	Oförändrad kommunal finansiering för kommunal socialtjänst. Kommunerna får ansvar för att finansiera sjukdomsförebyggande och hälsofrämjande arbete samt rehabilitering.	Regionerna ärver inte amtens beskattningsrätt. Den regionala nivån finansierar inte längre hälso- och sjukvården.	Staten får ansvar för att finansiera den hälso- och sjukvård som utförs av regionerna. Ny statlig skatt introduceras (hälsobidrag), varav 80 procent överförs till regionerna och 20 procent överförs till kommunerna. Denna avskaffas senare.
Planering	Kommunerna blir skyldiga att ingå samordnade hälsoavtal med regionerna.	Hälsoavtal med kommunerna skapar samordning för sjukdomsförebyggande och hälsofrämjande arbete samt rehabilitering.	Staten (Sundhedsstyrelsen) tar ökat ansvar för detaljplanering av den specialiserade vården genom en nationell specialplan som reglerar vilken vård som ges var. Från 2016 tar staten fram gemensamma mål med regioner och kommuner. Staten godkänner hälsoavtalen.

Källa: Vård- och omsorgsanalys 2014b, egen bearbetning.

Reformen innebar en nivåstrukturerad av sjukhusvården

Samtidigt med strukturreformen påbörjades en centralisering, från 40 sjukhus 2006 till totalt 21 akutsjukhus. Staten har investerat 53 miljarder danska kronor i nya sjukhus (Birk m.fl. 2024).

Genomförandet av reformen

Reformförslaget togs fram internt i Regeringskansliet genom en mycket snabb process; det tog bara ett halvår fram till beslutet om reformen fattades. Detta har kritiserats, bland annat på grund av bristen på insyn.

Liksom i Norge föregicks reformen av en längre utredningstid. Den så kallade Strukturkommissionen hade uppdraget att beskriva fördelar och nackdelar med alternativa modeller för strukturen i den offentliga sektorn, och utifrån analysen lägga fram rekommendationer för hållbara förändringar. Kommissionen presenterade sex möjliga förslag till en förändrad organisation och ansvarsfördelning (Indenrigs- og Sundhedsministeriet 2004b). Men därefter tog regeringen fram ett eget reformförslag, ”Det nya Danmark – en enkel offentlig sektor nära medborgaren”, som skiljde sig på viktiga punkter från de alternativ som utretts: främst i form av ökat ansvar för staten, färre regioner och större kommuner (Regeringen 2004; Vård- och omsorgsanalys 2014b).

I ett politiskt avtal om strukturreformen mellan regeringen och Dansk Folkeparti, ’Aftale om strukturreform’, slöt de två parterna avtal om kommunalreformen (Indenrigs- og Sundhedsministeriet 2004a). Ett särskilt avtal om kommunindelningen beskrev även hur ”Danmarkskartan” skulle se ut och förankrades i kommunerna (Indenrigs- og Sundhedsministeriet 2005a). Under 2005 och 2006 genomfördes lokala förberedelser för att avveckla amten, slå samman kommunerna och inrätta nya regioner. KL, Indenrigs- og Sundhedsministeriet och Finansministeriet ingick ett samarbete för att förbereda och genomföra reformen. Amtens anställda samt tillgångar och skulder fördelades utifrån var de nya uppgifterna hamnade i systemet. En strukturerad plan utarbetades för att fasa ut och in folkvalda i kommuner, amt och regioner. KL stödde reformen eftersom kommunerna skulle få ta över delar av amtens ansvar (Hagen & Vrangbæk 2009).

Reformen genomfördes i huvudsak genom lagstiftning. Cirka 50 lagförslag som reglerade hur den nya offentliga styrningen skulle se ut gick på remiss och antogs som ett lagstiftningspaket i riksdagen i juni 2005. Utgångspunkten var att reformen skulle vara kostnadsneutral och i sin helhet varken leda till högre skatter eller ökade offentliga utgifter, men regeringen var medveten om att själva genomförandet skulle innebära vissa ökade kostnader. Det utgick dock ingen ekonomisk kompensation eftersom regeringen ansåg att stordriftsfördelarna med reformen i längden skulle innebära vinster för både kommunerna och regionerna (Vård- och omsorgsanalys 2014b).

I vår tidigare rapport finns en mer utförlig beskrivning av den politiska processen för reformen (Vård- och omsorgsanalys 2014b).

3.3 Motiven till reformen

Målet med kommunalreformen som helhet var att upprätthålla och utveckla en demokratiskt styrd offentlig sektor för fortsatt god utveckling av det danska välfärdssamhället. Men mer specifika mål som också omfattade hälso- och sjukvården var:

- mer kvalitet för pengarna utan ökad total beskattning
- ett sjukhusssystem med kortare väntetider och internationell behandling i toppklass
- mindre byråkrati, färre hinder och tydlighet för en enklare ingång till det offentliga.

(Regeringen 2004).

I förarbetena förtydligas ytterligare att målen för hälso- och sjukvården är:

- jämlik och fri tillgång till högkvalitativ behandling utan onödig väntetid
- högre kvalitet och en bättre sammanhållning i patientprocesserna
- nationell samordning av planering av specialiserad vård för hög kvalitet och samling av de mest specialiserade funktionerna
- bättre underlag med färre regioner för att samla fler behandlingar, utnyttja fördelarna med specialisering och säkerställa en bättre användning av knappa personalresurser
- tydliga incitament till att främja hälsa och förebyggande arbete
- bättre möjligheter till att skapa enhetliga nationella standarder för kvalitet och bygga elektroniska patientjournaler
- ökat samarbete mellan regioner och kommuner
- ett finansieringssystem som stödjer kvalitet och sammanhållning.

(Regeringen 2004; Indenrigs- og Sundhedsministeriet 2004).

Motiven till reformen var att många kommuner och amt ansågs vara för små för att bära kostnaderna för välfärden. En otydlig ansvarsfördelning mellan stat och amt ledde också till svag kostnadskontroll och svårigheter i prioriteringarna, och ett syfte med reformen var att få kontroll över kostnaderna. Det ville man göra genom att införa två beskattningsnivåer i stället för tre, och samtidigt såg man en möjlighet att effektivisera hälso- och sjukvården. Med större regioner och kommuner skulle styrningen också bli enklare och tydligare, och man skulle få förutsättningar för att skapa en mer adekvat sjukhusstruktur och ett bättre förebyggande arbete. Mer nationell styrning skulle också bidra till ökad jämlikhet och effektivitet, till exempel med ett gemensamt journalsystem (Vård- och omsorgsanalys 2014b).

En väsentlig del i reformen var att skapa administrativa enheter stora nog att stödja en sjukhusstruktur med få akutsjukhus i varje region och att centralisera specialistvården till färre sjukhus. Större enheter sågs som en förutsättning för bättre prioriteringar och koordinering av aktiviteter i offentlig sektor. Tanken var att större sjukhus skulle ge högre kvalitet i behandlingar, och med större kommuner skulle dessa sjukhus få ansvar för fler uppdrag inom hälsoområdet. Hälso- och sjukvården skulle bli mer effektiv genom mer rationell administration (Christiansen & Vrangbæk 2018).

3.4 Reformen innebar ett övergripande statligt ansvar för planering och finansiering

Genom reformen tog staten ett större ansvar för att planera, följa upp och finansiera hälso- och sjukvården. Samtidigt reflekterar fördelningen av planeringsansvaret i viss mån den decentralisering som fortfarande präglar det danska hälso- och sjukvårdssystemet. Regioner och kommuner tillhandahåller hälso- och sjukvård, medan staten ansvarar för det övergripande ramverket och med inslag av gemensamma mål och överenskommelser mellan de olika nivåerna. Staten, regionerna och kommunerna har gemensamt specificerat åtta nationella mål för hälso- och sjukvården, som ska ge en övergripande riktning för högre kvalitet i dansk hälso- och sjukvård. Målen fastställdes 2016 genom en överenskommelse

mellan Hälso- och äldreomsorgsdepartementet, Danske Regioner och KL, och var en del av en större kvalitetssatsning. De följs upp varje år utifrån ett antal indikatorer. Den senaste uppföljningen publicerades i november 2023 (Indenrigs- og Sundhedsministeriet, u.å.).

Samtidigt ansvarar staten för viss specifik och långtgående planering, såsom var olika medicinska specialiteter ska finnas via de nationella specialplanerna (se nedan) (Birk m.fl. 2024).

Staten finansierar huvuddelen av hälso- och sjukvården med en medfinansiering från kommunerna. Ekonomisk styrning och planering sker i olika förhandlingar mellan politiska och administrativa nivåer (Birk m.fl. 2024; Finansministeriet 2024a; Finansministeriet 2024b).

3.4.1 Stärkt statlig styrning genom en femårig specialplan

I samband med kommunalreformen fick staten, genom Sundhedsstyrelsen, ett ökat planeringsansvar, bland annat genom uppgiften att godkänna regionernas förslag till hur olika medicinska och kirurgiska läkarspecialiteter ska organiseras och fördelas på sjukhusen. Myndigheten fick därmed mandat att besluta var olika typer av vård ska bedrivas, utifrån uppskattningar av hur stort patientunderlag ett sjukhus behöver för att säkerställa god kvalitet. Sundhedsstyrelsen uppskattning landade i att antalet akutsjukhus behövde reduceras, från 40 stycken 2006 till 25 stycken 2015 (Vård- och omsorgsanalys 2014b). I en förlängning av kommunalreformen påbörjades därför en nivåstrukturerings av hälso- och vården i Danmark 2007, som bland annat gick ut på att samla specialistsjukvården till färre och större enheter (Økonomi- og Indenrigsministeriet, 2013).

Sundhedsstyrelsens *specialplan* är ett viktigt verktyg för att styra och planera sjukhusväsendet, eftersom den utöver placeringen av specialiserad vård i landet även fastställer krav för specialiserad vård (Sundhedsstyrelsen 2023b). Syftet är att vården ska ha jämlik kvalitet i alla regioner. I vår intervjustudie framkommer att planen anger vilka specifika behandlingar för olika diagnoser som är godkända inom varje specialitet och som en region ska kunna tillhandahålla.

Specialplanen är omfattande och ambitionen är att den ska revideras vart femte år. Den första planen efter kommunalreformen började gälla den 1 januari 2011, och specificerade var den specialiserade vården skulle bedrivas (Økonomi- og Indenrigsministeriet, 2013). Den nu gällande planen trädde i kraft 2017 (Sundhedsstyrelsen 2023a). Sundhedsstyrelsen är övergripande ansvarig, och representanter för alla sjukhus och specialiteter är delaktiga i att utforma planen (Bark 2021).

I vår intervjustudie framkommer att den ökade statliga planeringen lett till vissa positiva utfall, men samtidigt försämrade tillgängligheten för vissa patienter, exempelvis de med kronisk sjukdom. Det framkommer även att en del mindre kliniker fått svårare att rekrytera personal till följd av den ökade specialiseringsgraden.

3.4.2 Regionala hälsoplaner och hälsoavtal mellan kommuner och regioner

Även om det statliga planeringsansvaret ökade med kommunalreformen är det fortfarande regionerna som har det operativa ansvaret för att organisera hälso- och sjukvården. Regionerna ska, efter rådgivning från Sundhedsstyrelsen, ta fram hälsoplaner (sundhedsplaner) för sjukhusvården och akutsjukvården. Regionernas hälsoplaner är utgångspunkten för deras sjukhusbudgetar. I budgetprocessen specificeras vilka behandlingar som ska erbjudas och vilken teknisk utrustning som ska köpas in. En del av hälsoplanen utgörs av regionernas *praksisplaner* för primärvården som bland annat anger vilka privata allmänläkarmottagningar som har rätt till regional ersättning.

Sedan kommunalreformen genomfördes ska regioner och kommuner dessutom ingå gemensamma hälsoavtal vart fjärde år. Avtalen fungerar som ett ramverk för kommunerna och regionerna när de ska fördela resurser, koordinera aktiviteter och besluta om remisskriterier med mera. Avtalen behöver godkännas av Sundhedsstyrelsen men är inte juridiskt bindande (Birk m.fl. 2024).

3.4.3 Staten har ett visst ansvar för att planera kompetensförsörjning

Staten har i dagsläget, likt före reformens genomförande, ett visst inflytande över planeringen av personal inom hälso- och sjukvårdssektorn. Ett exempel är att Helse- og omsorgsministeriet planerar utformningen av läkares specialiseringstjänstgöring, baserat på rådgivning från Sundhedsstyrelsen och Nationella rådet för vidareutbildning av läkare. Genom tre sekretariat för medicinsk utbildning (*Sekretariat for Lægelig Videreuddannelse*) har det nationella rådet även ansvar för den regionala planeringen samt koordineringen av läkarutbildningens kliniska delar. Det nationella rådet har dessutom en rådgivande roll i att fastställa antalet specialisttjänster, antalet platser på programmen för allmäntjänstgöring och specialiseringstjänstgöring, andelen utbildningsplatser per specialitet samt längden på och innehållet i vidareutbildningen för läkare. Sundhedsstyrelsen har i sin tur ansvar för att administrera och kvalitetssäkra specialistutbildningar för läkare, sjuksköterskor och tandläkare (Birk m.fl. 2024).

Säkrad kompetensförsörjning var inte ett explicit mål med kommunalreformen. Däremot hade man redan före reformen konstaterat att det rådde brist på både sjuksköterskor och läkare, särskilt på glesbygden. För att åtgärda detta genomfördes ett antal satsningar, bland annat en effektivisering av valideringsprocesser för läkare som utbildats utomlands (Strandberg-Larsen m.fl. 2007).

3.4.4 Hälso- och sjukvården finansieras genom statlig och kommunal skatt

Strukturreformen innebar att staten tog över beskattningsrätten från den regionala nivån, och numera ansvarar staten och kommunerna för att finansiera hälso- och sjukvården. En ny statlig skatt, det så kallade hälsobidraget, infördes samtidigt. Hälsobidraget motsvarande 8 procent av befolkningens inkomst. Av denna skatt överfördes cirka 80 procent till regionerna, och 20 procent till kommunerna (Vård- och omsorgsanalys 2014b). Enligt våra intervjuer avskaffades hälsobidraget sedan, och i dagsläget kommer samtliga medel till hälso- och sjukvården från generella skatter.

Regionerna får ett anslag från staten (cirka 83 procent av intäkterna) kombinerat med en prestationsbaserad ersättning som ska stimulera att regionerna försöker minska konsumtionen av slutenvård (cirka 1 procent av intäkterna), och en kommunal medfinansiering för den vård som tillhandahålls invånarna i kommunen (cirka 16 procent av intäkterna).

Kommunerna får som tidigare sina inkomster från en proportionell inkomstskatt och ett basanslag från staten.

En nationell budgetförhandling hålls en gång per år, precis som före reformen. Den årliga finansiella överenskommelsen mellan regeringen och regioner och kommuner bestämmer budgeten för hälso- och sjukvården och nivån på den kommunala beskattningen (Olejaz m.fl. 2012).

Före reformen finansierades hälso- och sjukvården främst genom statliga, regionala och kommunala skatter. Amtens finansierades av regionala skatter och basanslag från staten, och hälso- och sjukvården utgjorde ungefär 70 procent av amtens budgetar (Vallgård m.fl. 2001).

Egenavgifter står för cirka 12 procent av den totala kostnaden för hälso- och sjukvård och går framför allt till läkemedel, tandvård och glasögon. Medborgarna kan komplettera med frivilliga privata försäkringar (Birk m.fl. 2024; Strandberg-Larsen m.fl. 2007).

3.4.5 Beslut om större investeringar fattas centralt

Genom kommunalreformen tog regionerna över som ägare av sjukhusen. I samband med det startade regeringen en process för att investera i nya sjukhus och förbättra de befintliga. De nya sjukhusen ska leda till mer konsekvent patientvård och högre patientsäkerhet, effektivitet och kvalitet.

Sedan 2007 har regeringen investerat drygt 60 miljarder kronor i 16 olika byggnads- och renoveringsprojekt, inklusive så kallade "supersjukhus". Flera nya sjukhus har redan färdigställts, medan andra är på gång (Christiansen & Vrangbæk 2018; Birk m.fl. 2024).

Flera åtgärder har vidtagits för att stärka nationellt beslutsfattande och samordning när det gäller investeringar. Sedan 2007 ska regeringen godkänna regionala investeringar som överstiger en viss nivå (Olejaz m.fl. 2012). En kvalitetsfond inrättades för att investera i en modern sjukhusstruktur (NOU 2016:25), och en expertpanel tillsattes för att granska regionernas sjukhusbyggnadsplaner och ge regeringen rekommendationer om vilka byggprojekt som bör få finansiering (Birk m.fl. 2024). Rekommendationerna utgår från reformens inriktning att centralisera medicinska specialiteter till färre sjukhus och på behovet av att stödja en ny struktur för akutsjukhusen. Efter reformen minskade också antalet akutsjukhus från 40 till 21 stycken, eftersom man ansåg att de mindre sjukhusen inte hade möjlighet att tillhandahålla högkvalitativ verksamhet. En del sjukhus stängdes helt medan andra övergick till att vara hälsocenter som drivs av kommunerna (Christiansen & Vrangbæk 2018).

Trots den nationella samordningen finns kritik mot att nya sjukhus byggs i alla regioner samtidigt, vilket kan ge onödigt hög efterfrågan på knappa byggresurser och onödiga prisökningar samtidigt som man inte får möjlighet att lära från andra projekt. Det har bidragit till att mer än vartannat byggprojekt har förlängts (Buhl Kristensen 2020).

Samtidigt finns ett stort behov av att modernisera de äldre sjukhusen, varav många byggdes på 1970-talet. Till exempel visar en tillståndsrapport från Region Hovedstaden att flera byggnader och tekniska anläggningar i regionen är i ett oroväckande dåligt skick (Region Hovedstaden 2018). Det är regionerna som ansvarar för att undersöka offentligt ägda fastigheters skick (Olejaz m.fl. 2012), och de har nyligen gemensamt framfört att de planerade investeringarna skulle behöva fördubblas (Danske Regioner 2023).

3.5 Centrala reformer och initiativ efter kommunalreformen

Flera efterföljande reformer och styrningsinitiativ har handlat om att öka kontinuiteten och samordningen i vården, bland annat obligatoriska hälsoavtal, vårdsamordnare och ansvariga läkare för patienter med komplexa vårdbehov. Vidare har ett antal regionala och kommunala initiativ genomförts för att stärka samordningen. Men genomslaget för satsningarna har varit begränsat eftersom de inte varit systematiska, och många riktar sig endast till vårdförlopp för specifika patientgrupper och enskilda sektorer (Birk m.fl. 2024). I vår intervjustudie lyfts också fram att det är svårt att utvärdera denna typ av initiativ.

3.5.1 Nationell strategi och hälsokluster ska stärka samordningen

För att stärka samordningen mellan primärvård, specialiserad vård och kommunala insatser för personer med kroniska sjukdomar lanserade Sundhedsstyrelsen 2012 en nationell strategi för hantering av kroniska sjukdomar. Den beskriver generella förutsättningar för integrerad vård, principerna för egenmonitorering och behandling av patienterna, patientutbildning och samordning av insatser vid tillstånd såsom diabetes, KOL, hjärt- och kärlsjukdomar och demens (Birk m.fl. 2024). Enligt vår intervjustudie upplever dock patienter fortfarande brister i samordningen, i synnerhet äldre multisjuka. Integration mellan allmänläkare, regioner, kommuner och den privata sektorn är fortfarande en av de mest diskuterade utmaningarna i dansk vård (Birk m.fl. 2024).

År 2022 inrättades obligatoriska "hälsokluster" kring de 21 akutsjukhusen, med representanter för sjukhus, regioner, kommuner och allmänmedicin. Hälsoklustren ska ta ett gemensamt ansvar för befolkningen i sitt upptagningsområde och se till att fler medborgare kan få behandling, rehabilitering, förebyggande och vård i lokalsamhället. De ska fokusera på att lösa utmaningar som bland annat gäller samordning av vård och omsorg och samtidigt vara en drivkraft för ökad prevention och kvalitet samt för omställningen till ett hälso- och sjukvårdssystem som finns närmare medborgarna, den så kallade "nära hälso- och sjukvården" (nära sundhedsvæsen).

3.5.2 Initiativ för stärkt tillgänglighet och kvalitet

Ytterligare ett centralt tema för efterföljande reformer har varit tillgänglighet. År 2002 infördes en väntetidsgaranti i Danmark som innebar att patienter som väntat på utredning i över två månader fick rätt att vända sig till valfri vårdgivare, givet att deras region hade ett kontrakt med vårdgivaren. År 2007 utökades garantin till att gälla patienter som väntat på utredning i över en månad. Slutligen preciserades garantin ytterligare så att patienter även har rätt till behandling inom en månad (Birk m.fl. 2024).

Flera initiativ har även syftat till att kvalitet höja kvaliteten i hälso- och sjukvården, exempelvis en nationell modell för kvalitetssäkring, Den Danske Kvalitetsmodel. Modellen syftade till att implementera nationella standarder och granska all offentlig hälso- och sjukvård genom ackreditering (Olejaz m.fl. 2012). Modellen har dock ersatts med nationella mål i kombination med regionalt och lokalt anpassade indikatorer (Birk m.fl. 2024). På senare år har man även infört utfallsbaserad finansiering som är kopplad till kvalitet i sjukhusvården (se avsnitt 5.1.2) (Christiansen & Vrangbæk 2018).

4 Strukturreform i Finland

Det finska hälso- och sjukvårdssystemet kännetecknas av ett delat ansvar. Staten har det övergripande ansvaret för planering och finansiering medan nybildade regionala välfärdsområden har ansvaret för att tillhandahålla hälso- och sjukvård. Detta system tillkom genom en omfattande reform 2023. I det här kapitlet beskriver vi det nuvarande hälso- och sjukvårdssystemet i Finland, utifrån de förändringar som reformen innebar samt varför den genomfördes och vad målen var.

4.1 Ansvaret för hälso- och sjukvården delas mellan staten och regionala välfärdsområden

I Finland är ansvaret för hälso- och sjukvården delat mellan staten och 21 regionala välfärdsområden samt Helsingfors stad, se figur 5. Staten ansvarar för finansiering och övergripande planering, styrning och tillsyn.²

De nybildade välfärdsområdena ansvarar för att tillhandahålla hälso- och sjukvården, till exempel sjukhusvård och primärvård, även genom avtal med privata aktörer. De ansvarar även för socialtjänst, inklusive äldreomsorg och räddningstjänst. Primärvård inom företagshälsovården³ ingår inte i ansvaret.

Välfärdsområdena utgör en ny regional administrativ nivå med politisk styrning. Varje område har ett välfärdsområdesfullmäktige som utses genom allmänna val och som ansvarar för verksamhet och ekonomi samt utövar välfärdsområdets beslutanderätt (Tynkkynen m.fl. 2023). Men de folkvalda beslutsfattarna kan inte påverka inkomsterna eftersom välfärdsområdena inte har beskattningsrätt och finansieringen av verksamheten är helt centraliserad till den nationella nivån.

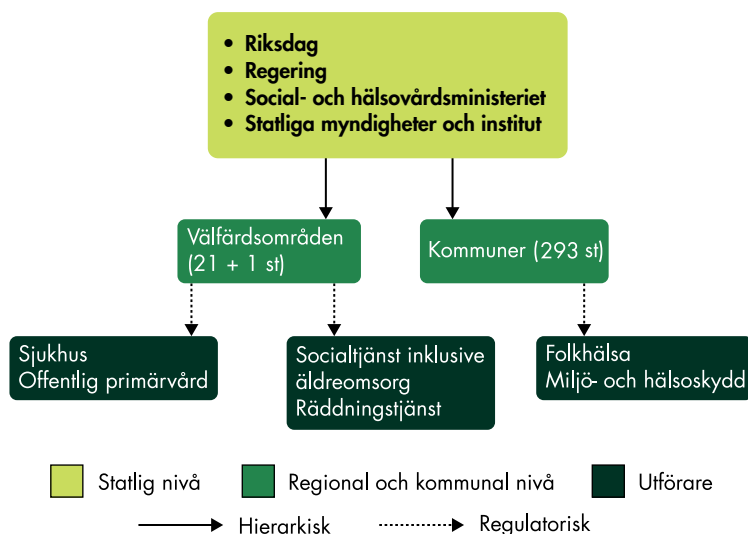
Kommunerna har inget ansvar för hälso- och sjukvård men ska generellt främja välmående och god hälsa hos befolkningen. De har även ansvar för miljö- och hälsoskydd.⁴

2 Se lagen om välfärdsområden (611/2021), lagen om ordnande av social- och hälsovård (612/2021) och lagen om välfärdsområdenas finansiering (617/2021).

3 Se lagen om företagshälsovård (1383/2001).

4 Se hälso- och sjukvårdslagen (1326/2010).

Figur 5. Det finska hälso- och sjukvårdssystemet.



Not: I Finland finns 21 välfärdsområden samt Helsingfors stad. Åland inte omfattas av reformen och är inte ett välfärdsområde.

Källa: stm.fi//sv/social-och-halsotjanster, Vård- och omsorgsanalys bearbetning.

4.2 Social- och hälsovårdsreformen i Finland 2023

Den 1 januari 2023 genomfördes social- och hälsovårdsreformen i Finland. Den omfattade hälso- och sjukvård och socialtjänst (som samlat benämns social- och hälsovård i Finland) samt räddningstjänst. Reformen innebar att ansvaret för dessa områden flyttade från de 293 kommunerna till 21 nyinrättade välfärdsområden och Helsingfors stad. När det gäller hälso- och sjukvården hade kommunerna tidigare ansvar för primärvården men också ett gemensamt ansvar för sjukhusvården, som då organiserades genom 20 så kallade sjukvårdsdistrikt (en form av kommunförbund).

Tabell 3. Den finska social- och hälsovårdsreformen förflyttade ansvaret för hälso- och sjukvård från kommunerna till nybildade välfärdsområden.

	Kommun	Region	Stat
Struktur	Oförändrat antal kommuner.	21 + 1 nya välfärdsområden inrättas.	Oförändrad statlig nivå.
Ansvarsfördelning	Kommunernas ansvar för att utföra hälso- och sjukvård, socialtjänst och räddningstjänst överförs till välfärdsområdena. Kommunerna ansvarar fortsatt för folkhälsfunktioner.	De nya välfärdsregionerna har ansvar för att utföra hälso- och sjukvård, socialtjänst och räddningstjänst.	Staten har ansvar för att finansiera hälso- och sjukvård, socialtjänst och räddningstjänst. Ansvaret för översiktlig styrning av social- och hälsovården via lagstiftning kvarstår.
Finansiering	Kommunerna finansierar inte längre hälso- och sjukvården.	Välfärdsområdena har inte beskattningsrätt. Deras verksamhet finansieras av staten och delvis av patientavgifter. Välfärdsområdena beslutar själva om allokeringen.	Staten finansierar välfärdsområdena.
Planering	Kommunerna har inte längre ansvar för att planera någon del av hälso- och sjukvården.	Välfärdsområdena planerar den närmare verksamheten inom sitt område, och förhandlar med staten om service- och investeringsplaner. Välfärdsområdena förhandlar sinsemellan om bl.a. högspecialiserad vård.	Staten fastställer nationella mål och principer för hälso- och sjukvården. Staten förhandlar även med välfärdsområdena om service- och investeringsplaner för vården.

Källa: Social- och hälsovårdsministeriet 2023a, 2023b, 2023c, 2023d.

Genom reformen tog staten över kommunernas ansvar för att finansiera hälso- och sjukvården. Social- och hälsovårdsministeriet är ansvarigt departement för planering och styrning inom social- och hälsovården, men får stöd av myndigheter och institutioner under departementet som ansvarar för olika frågor som rör social- och hälsovården (Keskimäki m.fl. 2019).

Institutet för hälsa och välfärd (THL) är ett statligt expert- och forskningsinstitut som har en central roll i att genomföra social- och hälsovårdsreformen. THL har uppdraget att sammanställa, producera och tillhandahålla information och data som stöd för beslutsfattande på kommunal, regional och nationell nivå (Tynkkynen m.fl. 2023). Även Regionförvaltningsverken och Valvira har haft centrala roller eftersom de är tillsynsmyndigheter inom social- och hälsovården (Social- och hälsovårdsministeriet 2023d).

Kommunerna behöll även efter reformen ansvaret för hälsofrämjande arbete, dagvård, undervisning, idrott och kultur.

4.3 Motiven till reformen

I förarbetena till social- och hälsovårdsreformen anges att syftet är att främja och upprätthålla befolkningens välfärd och hälsa och att säkerställa likvärdiga, samordnade och kostnadseffektiva social- och hälsotjänster i hela landet. Målen för reformen omfattar både hälso- och sjukvård och socialtjänst och innebär att:

- minska skillnaderna i välfärd och hälsa
- tillgodose trygga, likvärdiga och högklassiga tjänster
- främja tillgången till tjänster och öka tillgängligheten
- trygga tillgången till yrkeskunnig arbetskraft
- hantera utmaningar såsom en åldrande befolkning och försämrad försörjningskvot samt dämpa kostnadsökningen i de offentliga finanserna
- stärka välfärdsområdenas organiseringsansvar och skyldighet att trygga hälso- och sjukvård och socialtjänst i alla situationer
- skapa en enhetlig servicestruktur med starkare aktörer, genom att samla tjänsterna under en beslutsfattare, en ledning och en budget
- ändra verksamheten så att tyngdpunkten ligger på primärvård och förebyggande arbete.

(RP 241/2020 rd).

I Finland har hälso- och sjukvården länge haft problem som rör långa väntetider, geografiska skillnader i tillgång till vård, kompetensbrist, plötsliga förändringar i utgifter, hög decentralisering och otillräckligt regionalt och nationellt samarbete (Martinussen & Magnussen 2009).

I förarbetena till reformen anges att hälso- och sjukvårdens och socialtjänstens strukturer och finansiering inte längre klarade att trygga likvärdiga tjänster för hela befolkningen, och att organiseringsansvaret för dessa tjänster borde läggas över på aktörer som är större än de enskilda kommunerna (RP 241/2020 rd).

I våra intervjuer nämns vidare som bakgrund till reformen den åldrande befolkningen, med färre människor i arbetsför ålder, och minskade skatteinkomster som följd. Man såg därför ett behov av att reformera stora delar av välfärdssektorn och få kontroll över kostnaderna. Centraliseringen av hälso- och sjukvården och socialtjänsten till välfärdsområdena skulle skapa stordriftsfördelar och en effektivare dimensionering av tjänsterna. Dessutom ville man få bort den organisatoriska uppdelningen mellan specialiserad vård och primärvård.

Stora skillnader mellan regioner och befolkningsgrupper i tillgången till vård och socialtjänst beskrevs i förarbetena som ett av de största problemen. De regionala skillnaderna berodde bland annat på tillgången på personal, vårdutbudet, skillnader i befolkningsstrukturen och den ekonomiska bärkraften hos kommunerna (RP 241/2020 rd).

Försöken att reformera hälso- och sjukvården och socialtjänsten inleddes i början av 2000-talet. Efter lågkonjunkturen på 1990-talet blev det tydligt att de närmare 300 kommunerna som administrativa enheter var för små för att effektivt organisera tjänster, och särskilt för att köpa specialiserad vård från sjukhusdistrikten. Av vår intervjustudie framgår att ansvaret för hälso- och sjukvården var fördelat på många olika aktörer;

kommuner, sjukvårdsdistrikt och en komplex ”mosaik” av kommuner i samarbetsområden eller samkommuner (Kommunförbundet 2020). Flera regeringar insåg att vård- och omsorgssystemet behövde reformeras för att minska ojämlikheter, öka kvaliteten, förbättra tillgängligheten till vården, särskilt primärvården, och öka kostnadskontrollen. Man tog också fram flera förslag till strukturreformer som slutligen ledde fram till det nya systemet (Tynkkynen m.fl. 2023).

4.4 Reformen innebar ett övergripande statligt ansvar för planering och finansiering

Genom reformen tog staten över finansieringsansvaret för hälso- och sjukvården och socialtjänsten från kommunerna och införde dessutom en nationell styrning i form av principer och mål.

4.4.1 Nationella principer och mål för hälso- och sjukvården

Regeringen fastställde 2023 nationella mål för hälso- och sjukvården och socialtjänsten. Målen grupperas under fyra överordnade principer. De överordnade principerna är att:

- förbättra tjänsternas kvalitet
- öka verksamhetens effektivitet
- se till att hälso- och sjukvården och socialtjänsten är en fungerande del av samhället
- öka informationens och forskningens betydelse.

Planen är att målen ska revideras vart fjärde år. De nuvarande målen gäller för 2023–2026 och handlar till exempel om att öka tillgänglighet, kontinuitet och samordning, säkerställa kompetensförsörjning, bromsa kostnadsökningar och öka effektiviteten. Till varje mål finns indikatorer knutna (Social- och hälsovårdsministeriet 2024a).

4.4.2 Statlig styrning genom beslut om välfärdsområdenas planer

En del i reformen var att införa årliga förhandlingar mellan staten och välfärdsområdena om investerings- och serviceplaner. *Delegationen för social- och hälsovård* stöder Social- och hälsovårdsministeriet i denna styrning av välfärdsområdena. Delegationen sammanträder fyra till fem gånger per år, tillsammans med tjänstemannaledningen vid Social- och hälsovårdsministeriet och välfärdsområdesdirektörerna. Via delegationen kan välfärdsområdena lämna in förslag till Social- och hälsovårdsministeriet. Delegationens underlydande sektioner ger också Social- och hälsovårdsministeriet och välfärdsområdenas experter möjlighet till kontinuerlig kontakt (Social- och hälsovårdsministeriet 2023d).

THL (se avsnitt 4.2) har en viktig roll i att stödja planering och styrning på nationell, regional och lokal nivå, och i den nya sjukvårdsstrukturen ska institutet årligen utvärdera välfärdsområdenas resultat (Tynkkynen m.fl. 2023). THL stödjer också regeringen i de årliga förhandlingarna mellan staten och välfärdsområdena om investerings- och serviceplaner. Under förhandlingarna får man stöd av THL:s expertbedömningar och tillsynsmyndigheternas rapporter om hälso- och sjukvården och socialtjänsten, välfärdsområdenas utredningar och Social- och hälsovårdsministeriets observationer.

Välfärdsområdena ska också komma överens sinsemellan om fördelningen av arbetet inom sitt samarbetsområde, särskilt för högspecialiserad vård och service. Social- och hälsoministeriet kan ingripa om välfärdsområdena inte kan komma överens.

4.4.3 Renodlad statlig finansiering av hälso- och sjukvården

Reformen innebär att finansieringen av hälso- och sjukvårdssystemet centraliserades till den nationella nivån. Cirka 80 procent av hälsoutgifterna kommer från offentliga källor, cirka 16 procent från egenavgifter och cirka 4 procent från frivilliga sjukförsäkringar (Tynkkynen m.fl. 2023).

Den statliga finansieringen baseras på årlig statistik över befolkningsstrukturen. Finansieringen bestäms till stor del genom faktorer som beskriver vårdbehov och socioekonomi för respektive välfärdsområde. Om finansieringsnivån visar sig vara för låg för att välfärdsområdet ska kunna tillhandahålla hälso- och sjukvård och socialtjänst har välfärdsområdet rätt att få tilläggsfinansiering (Social- och hälsovårdsministeriet 2024a).

Före reformen finansierade staten och kommunerna gemensamt hälso- och sjukvården. Över hälften av alla offentliga utgifter på hälso- och sjukvård kom från kommunerna (Keskimäki m.fl. 2019) men även det nationella sjukförsäkringssystemet hade en central roll i resursfördelningen i hälso- och sjukvårdssystemet (Keskimäki m.fl. 2019).

En delegation för samarbete mellan den statliga och regionala nivån

I anslutning till finansministeriet i Finland finns *Delegationen för välfärdsområdenas ekonomi och förvaltning*, vars uppgift är att följa och utvärdera välfärdsområdenas ekonomi och den statliga finansieringen samt att bereda lagstiftning och andra statliga åtgärder som är principiellt viktiga för välfärdsområdenas ekonomi och självstyrelse. Delegationen tillsätts av statsrådet för fyra år i taget. I delegationen ingår representanter för välfärdsområdena, Finansministeriet och övriga ministerier som ansvarar för att styra välfärdsområdena i deras uppgifter.

Välfärdsområdena beslutar hur medlen ska användas. I nuläget har de ingen beskattningsrätt (Social- och hälsovårdsministeriet 2023c), men i Förvaltningsutskottets remissvar från september 2022 finns följande skrivelse: ”Enligt inkommen utredning talar den ekonomiska forskningslitteraturen för att välfärdsområdena ska ges beskattningsrätt vid sidan av den statliga finansieringen.” Ett argument som lyfts fram är att de utan beskattningsrätt får mindre incitament att effektivisera verksamheten och minska kostnaderna (Förvaltningsutskottet 2022).

Reformen innebär att kommunernas kostnader minskar

Kostnaderna för kommunernas verksamhet minskar betydligt eftersom de inte längre har ansvar för hälso- och sjukvård eller socialtjänst. Kommunala inkomster överförs därför till staten genom att minska statsandelarna för basservice och genom att sänka kommunalskatten, sänka kommunernas andel av intäkterna av samfundsskatten och sänka ersättningen för förlorade skatteinkomster till följd av ändrade beskattningsgrunder. Statens inkomstbeskattning och andel av intäkterna från samfundsskatten höjs i motsvarande grad som kommunernas skatteinkomster minskar (Social- och hälsovårdsreformen 2023).

4.4.4 Centraliserade beslut om investeringar men oenighet om den framtida utvecklingen av sjukhusstrukturen

Reformen innebär att välfärdsområdena tar över kommunernas fastigheter, hyresavtal och innehav i fastighetsbolag (Kommunförbundet 2021). Våra intervjuer tyder på att kommunerna länge har underinvesterat i systemet. En majoritet av landets sjukhus är byggda på 1960-talet och har stora renoveringsbehov. Den reella kostnadsökningen för kommunerna var måttlig under flera år, med undantag för en större reell ökning under covid-19-pandemin. En av intervjupersonerna menar att de problem som denna ”underspendering” har skapat blev synliga när välfärdsområdena inrättades.

Samtidigt framkommer att många sjukhusdistrikt påbörjade stora investeringsprogram och byggde nya sjukhus en kort tid före reformen. Det skedde trots att Finland 2016 antog en lag om temporär begränsning av stora investeringar i byggnader som används inom social- och hälsovården (SOU 2021:71). Men Social- och hälsovårdsministeriet kunde ge dispens om investeringen ansågs nödvändig, och 2016–2019 gav man dispens sammanlagt 93 gånger för investeringar som omfattade 3,7 miljarder euro (SOU 2021:71).

Genom reformen stärktes den statliga styrningen ytterligare genom att regeringen ska godkänna välfärdsområdenas investeringar (Tynkkynen m.fl. 2023). Trots det bedöms att välfärdsområdena kommer att fortsätta de investeringar som sjukvårdsdistrikten har inlett, vilket betyder att det intensiva sjukhusbyggandet fortsätter även under de kommande åren (Croell m.fl. 2023a). År 2022 planerade eller genomförde sjukhusdistrikten investeringar i sjukhusstruktur som motsvarade över 6 miljarder euro. Den fortsatta investeringstakten väntas öka välfärdsområdenas lånestock under de kommande åren (Croell m.fl. 2023b).

Enligt vår intervjustudie planeras en nationell omstrukturering av sjukhusvården i Finland. Syftet är att minska antalet sjukhus och samtidigt reglera utbudet av tjänster. Social- och hälsovårdsministeriet, Finansministeriet och samtliga välfärdsområden har gemensamt föreslagit att antalet sjukhus ska minskas och att sjukhusen ska klassificeras utifrån de funktioner som ska kunna upprätthållas. Syftet är bland annat att organisera sjukhusvården utifrån befolkningens behov samt säkerställa att det finns rätt kompetens inom specialiserad sjukvården och att verksamheten är effektiv och patientsäker och håller hög kvalitet (Social- och hälsovårdsministeriet 2024b). Förslaget behandlas för tillfället (se t.ex. Statsrådet 2024) och är föremål för politiska förhandlingar i både regeringen och välfärdsområdena. Flera sjukhusdistrikt är kritiska till att regeringen eventuellt kommer att stänga sjukhus som är nybyggda eller nyrenoverade (Social- och hälsovårdsministeriet 2024b).

4.5 Genomförandet av reformen

Det är för tidigt att uttala sig om effekter av social- och hälsovårdsreformen med tanke på att genomförandet fortfarande kan sägas pågå. I detta avsnitt redovisar vi i stället några erfarenheter hittills, baserat på intervjuer och rapporter från THL (Croell m.fl. 2023 a, b). Om ingen källa anges är underlaget hämtat från intervjuerna.

4.5.1 Kort tid för att förbereda allmänna val

I och med social- och hälsoformen infördes en ny politisk nivå med tillhörande demokratiskt val. Detta val planerades på endast sex månader, eftersom man snabbt behövde välja politiska beslutsfattare som kunde ta beslut, planera och genomföra överflyttningen av hälso- och sjukvården och socialtjänsten från kommunerna till välfärdsområdena. Detta innebar att väljarna hade kort tid att förbereda sig på och få insikt i de nybildade välfärdsområdenas uppgifter. Valet genomfördes dessutom mitt under covid-19-pandemin. Valdeltagandet var 47,5 procent, vilket beskrivs som lågt (Statistikcentralen 2022).

4.5.2 Inledande fokus på administrativa funktioner

Den förvaltningsmässiga och administrativa implementeringen av reformen i de nybildade välfärdsområdena tycks överlag ha fungerat bra. Välfärdsområdena fokuserade initialt på de mest nödvändiga uppgifterna, till exempel att fastställa ansvar och roller på olika nivåer, bygga upp politiska och administrativa verksamhetsätt och se till att grundläggande arbetsgivarfunktioner såsom löneutbetalningar fungerade (Croell m.fl. 2023a). Välfärdsområdena fokuserade vidare på att få en kontinuitet i utförandet av hälso- och sjukvården, och fungerande informationssystem. Det senare har bland annat inneburit att harmonisera digitala tjänster, för att kunna använda olika kund- och patientdatasystem inom samma välfärdsområde. När dessa system ska förnyas antas välfärdsområdena få synergifördelar genom att samarbeta i upphandlingar (Croell m.fl. 2023b). De viktigaste projekten under kommande år handlar om att utveckla e-tjänster, informationssystem och kunskapsbaserad ledning.

4.5.3 Fortsatta utmaningar sett till reformens mål

Än går det inte att bedöma måluppfyllelsen för reformen, men de inledande erfarenheterna visar att det fortfarande finns stora utmaningar inom hälso- och sjukvården.

Välfärdsområdena har olika förutsättningar

Inför reformen hade välfärdsområdena olika utgångslägen, och det varierade hur stora strukturella ändringar som krävdes. Enligt vår intervjustudie berodde det delvis på att det tidigare systemet var komplext. I vissa kommuner hade kommunen ensamt ansvar för hälso- och sjukvård och socialtjänst i sitt geografiska område, men i andra fall hade flera kommuner gått samman i olika interkommunala samarbetsformer (exempelvis samarbetsområden eller samkommuner) (Kommunförbundet 2020). För vissa välfärdsområden fanns alltså redan en aktör (exempelvis en samkommun) med utföransvar för hela det aktuella geografiska området, och då kunde man använda befintliga strukturer för beslutsfattande och ledning för att implementera reformen. För andra välfärdsområden krävdes mer arbete för att föra över ansvaret från kommunerna (Croell m.fl. 2023b). Organisering och beslutsfattande har därmed byggts upp i olika takt och på olika sätt i välfärdsområdena.

En första utvärdering av reformen visar att det kvarstår skillnader både inom och mellan de olika välfärdsområdena (Social- och hälsovårdsministeriet 2024c). Detta syntes redan i den kommunbaserade modellen, men reformen har tydliggjort skillnaderna mellan olika välfärdsområden eftersom de numera får nästan hela sin finansiering från staten. Det pågår diskussioner om utjämnningssystemet mellan olika välfärdsområden som gör att de stora städerna får mindre resurser än med den gamla finansieringsmodellen. På motsvarande sätt får andra delar av Finland relativt sett mer resurser, exempelvis Östra Finland där medellivslängden är kort jämfört med resten av landet.

Samtidigt konstateras att ministeriets styrning av välfärdsområdena har utvecklats stegvis under det inledande året, och det anses vara lättare att styra hälso- och sjukvården och socialtjänsten ändamålsenligt när antalet huvudmän minskat. Man har till stora delar harmoniserat serviceutbud, servicekriterier och egenavgifter inom välfärdsområdena, genom att utgå från lagstiftade avgifter och tjänster (Croell m.fl. 2023a). Detta är i enlighet med det nationella målet om en jämlik hälso- och sjukvård och socialtjänst.

Väntetiderna har blivit längre och vårdplatserna färre

Väntetiderna inom vården var långa redan före reformen och uppges ha blivit längre. Personalbristen och den vård- och serviceskuld som uppstod under covid-19-pandemin har på många håll försämrat tillgången till både primärvård och specialiserad vård. Dessutom finns nu färre vårdplatser inom heldygnsvården för äldre, på grund av stegvis skärpta krav på bemanningen. Inom primärvården har vårdgarantin skärpts samtidigt som läkarbristen vid hälsocentralerna har förvärrats. Problemen i primärvården har i många områden lett till att jourerna belastats. Inom den specialiserade sjukvården har väntetiden till icke-brådskande vård ökat och man har på vissa håll tvingats minska operationsverksamheten. Tillgängligheten är bäst i välfärdsområden med stor befolkning i södra Finland (Croell m.fl. 2023b).

Personalbristen är stor och många är missnöjda med den snabba omställningen

Ett mål med reformen var att förbättra vårdens och socialtjänstens möjligheter att rekrytera och behålla arbetskraft, bland annat genom att använda arbetskraften på ett mer flexibelt sätt. Regionernas svåra ekonomiska läge, med besparingar och nedskärningar, har dock skapat en negativ bild av välfärdsområdena som arbetsgivare, vilket försvårat rekryteringsläget. Personalbristen är särskilt stor inom primärvård och äldreomsorg, och många arbetstagare har gått över till privata arbetsgivare. Därför har områdena tvingats öka andelen köpt vård och hyrd arbetskraft. Hösten 2023 hade alla välfärdsområden ännu inte färdiga strategier eller program för att åtgärda personalbristen (Croell m.fl. 2023b).

Reformen har inneburit en stor omställning för vård- och omsorgspersonal inom offentliga verksamheter, eftersom de bytte arbetsgivare från kommun till ett större välfärdsområde med en mer omfattande byråkrati. Personalen uppges ha uttryckt visst missnöje, bland annat för att den snabba övergången till välfärdsområdena ökade arbetsbelastningen (Arbetshälsoinstitutet 2024). Totalt överfördes 200 000 arbetstagare från kommuner och samkommuner till välfärdsområdena.

Vissa välfärdsområden har harmoniserat personalens löner (Croell m.fl. 2023a). Flera av dem var tidigare organiserade i interkommunala förbund (till exempel Södra Karelen). I områden där tjänsterna tidigare organiserades decentraliserat har löneharmoniseringen endast påbörjats (Croell m.fl. 2023b).

Välfärdsområdena har för svag ekonomi

När välfärdsområdena inledde sin verksamhet var utmaningarna efter covid-19-pandemin stora. Dessutom har de fått hantera ökande personalbrist och allt större servicebehov till följd av den åldrande befolkningen. Flera andra faktorer har också påverkat implementeringen. Kostnaden för hälso- och sjukvården hade underskattats, liksom befolkningens vårdbehov, de ökade lönekostnaderna under 2022 togs inte med i planeringen och inflationen har försvagat den finländska ekonomin. Vidare finns betydande budgetavvikelser eftersom välfärdsområdena har fått köpa fler tjänster och hyra in mer arbetskraft (Croell m.fl. 2023b).

Alla välfärdsområden hade ett stort underskott efter det första verksamhetsåret, och hösten 2023 flaggade THL för att underskottet kunde uppgå till 1,1 miljarder euro. Välfärdsområdena behöver förbättra sin ekonomi under kommande år, eftersom de har lagstadgade krav på sig att täcka budgetunderskotten som uppstod 2023 före utgången av 2026. Enligt THL är dock åtgärderna hittills otillräckliga (Croell m.fl. 2023b).

Enligt våra intervjuer behövs det mer kunskap om verksamheten och ekonomin i välfärdsområdena, så att man får tillförlitliga metoder för att bedöma finansieringsbehovet. Den ansträngda ekonomin har tvingat välfärdsområdena till nedskärningar och reformen har uppfattats som negativ. De positiva aspekterna av reformen verkar inte diskuteras i samma utsträckning, enligt en av våra intervjuer.

5 Utvecklingen i förhållande till målen för reformerna

Strukturreformerna i Norge, Danmark och Finland har haft flera gemensamma mål: att öka effektiviteten, den medicinska kvaliteten, tillgängligheten och jämlikheten. I det här kapitlet belyser vi utvecklingen i Norge och Danmark med utgångspunkt i reformernas mål. Frågan om jämlikhet belyser vi dock samlat i kapitel 6 när vi diskuterar dagens utmaningar. Reformen i Finland genomfördes under 2023, vilket innebär att det är för tidigt att dra några slutsatser om utvecklingen där.

De studerade reformerna har följts av andra utvecklingsinitiativ, och hälso- och sjukvårdssystemen utvecklas löpande. Globalt ses även stora förändringar i diagnostik, behandling och arbetssätt under den 20-årsperiod som vi studerar. Sammantaget är det svårt att koppla utvecklingen i länderna till en specifik reform eller ett initiativ. Samtidigt ser vi ett värde i att resonera om utvecklingen efter reformerna.

Vår sammantagna bild av utvecklingen är att:

- produktiviteten har ökat
- den medicinska kvaliteten har höjts, med bland annat ökad överlevnad i cancer och hjärt- och kärlsjukdomar
- tillgängligheten till hälso- och sjukvård har ökat.

5.1 Målen om ökad produktivitet

Effektivitet handlar om förhållandet mellan de resurser som används och kvaliteten på de producerade tjänsterna. Hög kvalitet tillsammans med låga kostnader innebär hög effektivitet. Produktivitet kan beskrivas som en del av effektiviteten och avser förhållandet mellan resurserna och det som vården presterar, exempelvis läkarbesök, operationer och behandlingar. En jämförelsevis låg kostnad per utförd insats indikerar här hög produktivitet (Vård- och omsorgsanalys 2022). Effektivitet är överlag svårare att studera metodologiskt då det kan vara svårt att koppla olika aktiviteter till kvalitetsutveckling. Vi fokuserar därför på att belysa produktivitetsutvecklingen i de aktuella länderna efter reformerna.

5.1.1 Norge – produktiviteten steg initialt

Ett mål med sjukhusreformen i Norge var att öka hälso- och sjukvårdens effektivitet och produktivitet (se kapitel 2). Tanken var att ett statligt övertagande av sjukhusvården skulle leda till ett förbättrat kapacitetsutnyttjande och därmed till ökad effektivitet (Vård- och omsorgsanalys 2014b). Flera studier visar att produktiviteten ökade under de första

åren efter reformen (NOU 2016:25, Anthun m.fl. 2016). Ökningen planade sedan ut i en svagare produktivitet utveckling under följande år (NOU 2016:25, Anthun m.fl. 2016). Sjukhusreformen sammanföll med och följdes av en rad andra förändringar som kan ha påverkat produktiviteten.

Flera studier visar ökad produktivitet

Efter sjukhusreformen ökade volymerna för de flesta typer av sjukhusvister, trots en politisk önskan om nolltillväxt och stabilitet (Norges Forskningsråd 2007). Ökningen var inte en avsiktlig effekt av reformen och kan delvis förklaras med demografiska förändringar. Den ökade produktionsvolymen inom sjukhussektorn ledde också till att kostnaderna översteg anslagen till hälsoföretagen initialt (NOU 2016:25). Samtidigt ökade sysselsättningen inom hälso- och sjukvården med omkring 11 procent från år 2002 till 2007 mätt i antalet årsarbetare. Under denna period var ökningen i antalet årsarbetande läkare 20 procent. Det ledde till ett betydande ekonomiskt underskott i sjukhussektorn. Sjukhusen tilläts dock att gå med underskott under de två eller tre första åren efter reformens genomförande (Vård- och omsorgsanalys 2014b).

Enligt Norges forskningsråd och andra forskare (Norges forskningsråd 2007, Kittelsen m.fl. 2007, 2008) ökade produktiviteten med 3,2–4,3 procentenheter per år under de första åren efter reformen. I den aktuella studien jämfördes Norge med Finland och Sverige, och sjukhusens aktivitet mättes som produktionen för sex patientgrupper uppdelade utifrån DRG-systemet. Studien visade en förskjutning av produktivitetsnivån i Norge efter reformens införande som inte sågs i kontrollgrupperna, det vill säga Finland och Sverige (Kittelsen m.fl. 2007). En slutsats var att sjukhusreformen ökade produktiviteten hos sjukhusen med 4 procent. Studien kunde dock inte fastställa vilka aspekter av reformen detta berodde på, utan slutsatsen var att det behövdes mer kunskap för att förstå *varför* centralisering av ägarskapet ledde till högre produktivitet (Kittelsen m.fl. 2008). Våra intervjuer bekräftar att produktiviteten ökade men att ökningen var störst direkt efter reformens genomförande och att den senare har avtagit.

Flera förklaringar till produktivitetsoökningen

Produktivitet inom den somatiska vården i Norge har studerats för 1999–2014 (Anthun m.fl. 2016). I rapporten mättes produktivitet utvecklingen som förhållandet mellan registrerade DRG-poäng och kostnader i fasta priser. Den totala ökningen under perioden var 24,7 procent, med en årlig tillväxt på i genomsnitt cirka 1,5 procent. En större ökning av produktiviteten under 2001–2003, som delvis kan ses som en effekt av sjukhusreformen 2002. I samband med reformen minskade antalet sjukhus och de som var kvar blev större. Det indikerar att stordriftsfördelar bidrog till en ökad produktivitet (Anthun m.fl. 2016).

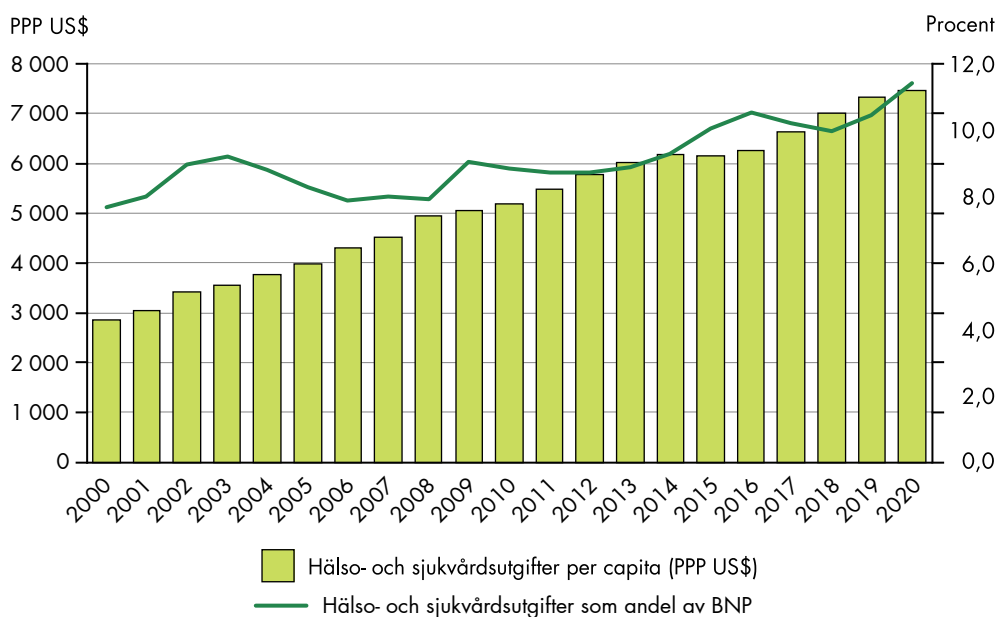
En annan förklaring till produktivitetsoökningen är att aktivitets- och resultatbaserad ersättning infördes 1997, det vill säga några år innan reformen trädde i kraft. Denna ersättning gav också incitament att öka aktiviteten på sjukhusen, vilket ledde till ökad produktivitet i sjukhussektorn som helhet. Därefter har andelen aktivitetsbaserad finansiering varit 40–60 procent (Anthun m.fl. 2016).

Produktivitetsoökningen efter 2004 kan också delvis bero på förändringar i sjukhusens finansieringsmodell. Tillväxten i resurser till den somatiska specialistsjukvården var

begränsad under perioder efter sjukhusreformens införande. Med minskade kostnader per invånare behövde en ökad aktivitet inom hälso- och sjukvården åstadkommas genom en ökad produktivitet. Ytterligare en förklaring är att hälsoföretagen efter reformen var tvungna att själva bidra till finansieringen av nya investeringar genom eget sparat kapital (se avsnitt 2.4.5). Detta skapade incitament för hälsoföretagen att gå med vinst, och sjukhusen fick ökad press på sig att öka sin produktivitet för att spara resurser till framtida investeringar (Anthun m.fl. 2016).

Efter reformen har även utgifterna per capita ökat för hälso- och sjukvården, se figur 6. Vi saknar dock underlag för att bedöma hur reformen har påverkat hälso- och sjukvårdsutgifterna och om den har bidragit till ökad kostnadskontroll. Det finns många faktorer som påverkar utgiftsökningar inom hälso- och sjukvården, exempelvis demografi och kostnader för personal, lokaler, medicinteknik och läkemedel. Trenden med ökade kostnader ses dessutom i många andra europeiska länder under den aktuella perioden. Figur 6 visar även att hälso- och sjukvårdsutgifterna som andel av BNP minskade 2003–2006 och därefter ökade fram till 2020. Det är dock svårt att dra några slutsatser av denna utveckling eftersom hälso- och sjukvårdens andel av BNP i stor utsträckning varierar med BNP-tillväxten.

Figur 6. Hälso- och sjukvårdsutgifter per capita och som andel av BNP, PPP US\$ och procent.



Not: PPP står för Purchasing Power Parities, som är en köpkraftsjustering.

Källa: WHO, Global health expenditure database, juni 2024.

Utrymme för ökad produktivitet

Samtidigt som flera utvärderingar pekat på att produktiviteten har ökat från reformen och framåt, lyfte andra utredningar att det fanns ett utrymme för ytterligare produktivetsförbättringar. En utredning av den norska Riksrevisjonen (2013) visade exempelvis stor variation i utnyttjandet av operationssalar och andelen operationer

som utförs som dagkirurgi. Riksrevisjonen har också pekat på stora skillnader i hur effektivt hälsoföretagen använder sina vårdresurser (NOU 2016:25). Under det senaste decenniet har inga förändringar genomförts i den övergripande sjukhusstrukturen i Norge. Den senaste statliga utvärderingen från 2023 menar att det finns ytterligare potential för produktivetsförbättringar. Bland annat anser utredningen att det finns rum för bättre utnyttjande av kapacitet och kompetenser genom samarbete och tydligare uppgiftsfördelning mellan små och stora sjukhus (NOU 2023:8).

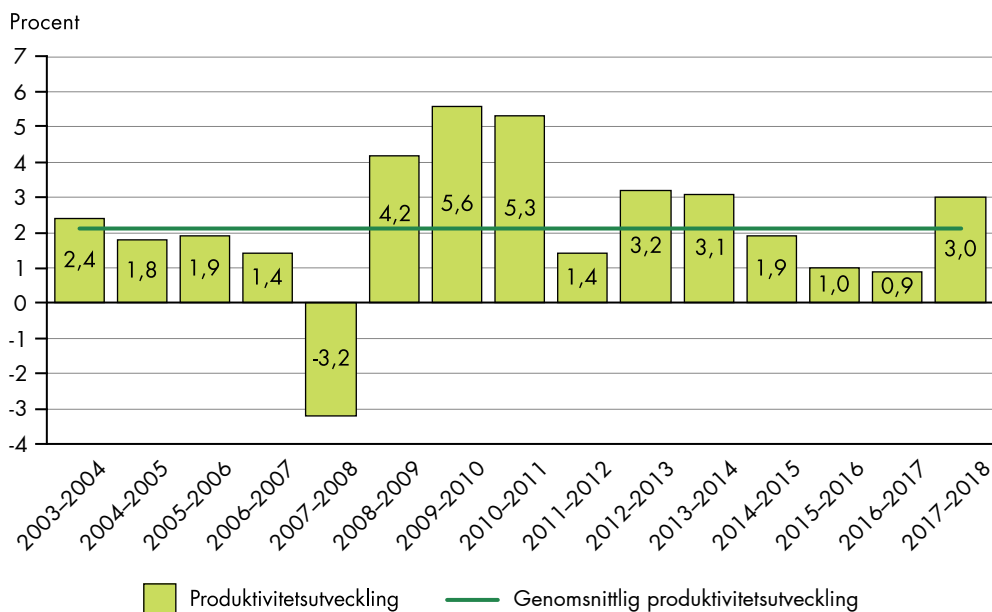
Helsedirektoratet har analyserat produktivetsutvecklingen inom somatisk specialistsjukvård under perioden 2015–2019 genom att mäta förändring i kostnad per DRG-punkt, justerat för inflationen. Under den aktuella perioden har både kostnaden för patientvård och antalet DRG-poäng ökat. I studien fann man också regionala skillnader i produktivetsutvecklingen (Helsedirektoratet 2020; NOU 2023:8).

5.1.2 Danmark – produktiviteten ökade efter en initial minskning

Ett mål med kommunalreformen i Danmark var ökad effektivitet och kostnadskontroll. Strukturkommissionen ansåg att de kommunala och regionala enheterna var för små i förhållande till sin lagstadgade uppgift. Tanken var att större och färre statligt finansierade regioner med ett tydligare ansvar för sjukhusvården skulle skapa stordriftsfördelar och därmed öka kvaliteten samt effektiviteten (Økonomi- og Indenrigsministeriet 2013). Reformen i Danmark skulle varken leda till högre skatter eller ökade offentliga utgifter, men regeringen var medveten om att själva genomförandet skulle innebära vissa ökade kostnader. Regeringen bidrog inte med ekonomisk kompensation för detta, då den ansåg att stordriftsfördelarna som skulle följa med reformen skulle innebära vinster för såväl kommunerna som regionerna på längre sikt.

Produktiviteten i den danska sjukhussektorn har följts löpande sedan 2005, och den senaste rapporten från 2021 visar att produktiviteten minskade med 3,2 procent mellan 2007 och 2008. Denna minskning tycks inte bero på reformens genomförande, utan på en åtta veckor lång strejk i hälso- och sjukvårdssektorn 2008 som bland annat ledde till att kapaciteten på sjukhusen inte utnyttjades fullt ut. Därefter ökade produktiviteten till och med 2018. Den största årliga ökningen uppmättes mellan 2009 och 2010 med 5,6 procent (figur 7) (Sundhedsdatastyrelsen 2021).

Figur 7. Årlig utveckling av produktiviteten i sjukhussektorn.



Fotnot: Produktiviteten beräknas med kostnadsfraktionsmetoden, där aktiviteten uttryckt som det totala produktionsvärdet sätts i relation till utgifterna för att skapa denna aktivitet.

Källa: Sundhedsdatastyrelsen 2021.

Oklart om produktivitetens ökning beror på stordriftsfördelar

Före reformen pekade flera experter på att det inte fanns några tydliga vetenskapliga belägg för de stordriftsfördelar och fördelar av ökad specialiseringsgrad som delvis motiverade reformen. Exempelvis lyftes relationen mellan centralisering av behandlingar och högre kvalitet (Christensen 2005) samt mellan sjukhusstorlek och produktivitet (Lassen & Ankjær-Jensen 2005) som otvetydigt vetenskapligt belagda. Enligt en studie av Kristensen m.fl. (2012) fanns det dock potential för stordriftsfördelar och ökad kostnadseffektivitet i samband med omstruktureringen av sjukhussektorn. Vi har tidigare konstaterat att det har saknats information om reformens direkta påverkan på kostnadseffektiviteten i sjukhussektorn (Vård- och omsorgsanalys 2014b), men våra intervjupersoner väntar sig att de positiva effekterna av ökad specialisering kan komma att öka med tiden.

Reformen är inte enda förklaringen till den ökade produktiviteten

Produktiviteten i sjukhussektorn hade börjat öka redan före kommunalreformen, och ökningen efter 2007 kan även hänga ihop med två andra initiativ som genomfördes kort tid före reformen. Det ena är aktivitetsbaserad finansiering utifrån DRG-systemet som infördes 2002 (Vård- och omsorgsanalys 2014b). Det andra handlar om att regeringen 2003 ställde krav på en produktionsökning på 1,5 procent per år, det vill säga ökad produktion med oförändrad budget. Produktivetskravet höjdes till 2 procent 2006 (Christiansen & Vrangbæk 2018).

Produktivitetsökningen har också haft negativa konsekvenser

Det faktum att produktiviteten ökat under åren efter reformen har inte endast diskuterats i positiva ordalag, utan under senare år även i termer av potentiellt negativa sidoeffekter. Införandet av aktivitetsbaserad finansiering och krav på årliga produktivitetsökningar skapade ekonomiska incitament för att öka aktiviteten på sjukhusen, utan att nödvändigtvis öka kvaliteten. På senare år har man därför tagit initiativ till införandet av utfallsbaserad finansiering kopplad till kvalitet (Christiansen & Vrangbæk 2018). Regionerna och experter har hävdats att det tydliga fokuset på produktivitetsökningar tagit bort incitamenten för regionerna att satsa på exempelvis innovation inom digital vård, omfördelning av patienter till primärvård och hemsjukvård samt preventiva åtgärder. Kravet på en årlig produktivitetsökning på två procent togs därför bort 2017 och har ersatts med krav som inkluderar kvalitetsmått för regionerna, till exempel färre antal behandlingar på sjukhus per invånare och ett ökat antal digitala vårdbesök (Danske regioner 2023, Birk m.fl. 2024).

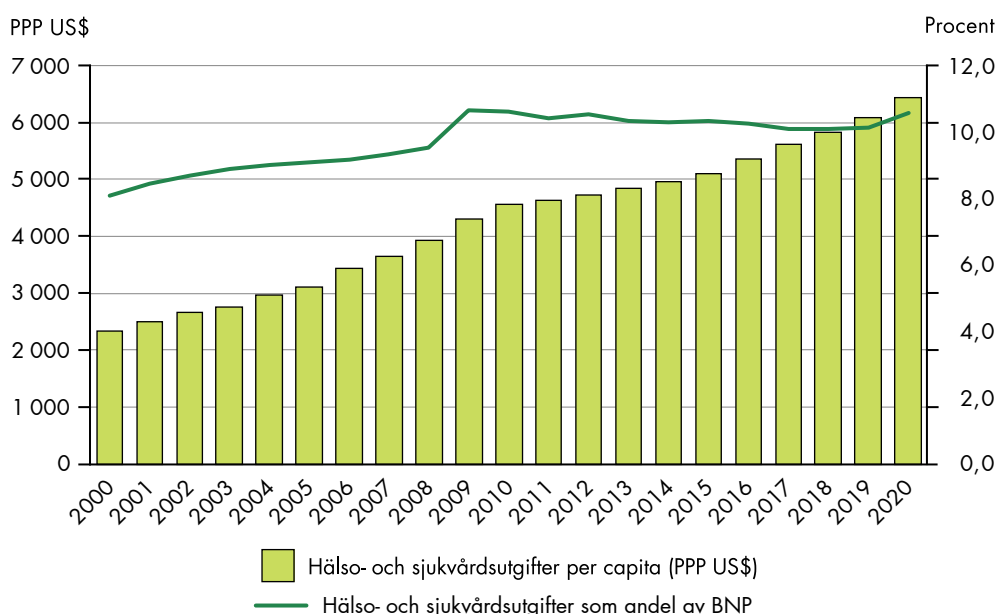
På senare år har produktiviteten minskat

Under de senaste åren tycks trenden av produktivitetsökningar i Danmark ha vänt. En rapport från Indenrigs- og Sundhedsministeriet rapporterar om en produktivetsminskning i sjukhussektorn på 4 procent mellan 2019 och 2022 (Indenrigs- og Sundhedsministeriet 2023a). Samtidigt gör borttagandet av kravet på produktivitetsökningar och det gradvisa skiftet från aktivitetsbaserad finansiering till anslagsbaserad finansiering det svårt att jämföra produktivetsutvecklingen över tid. De nya kraven har strikta tidsgarantier för diagnos och behandling och en hård budgetrestriktion för de blockbidrag som utbetalas från staten. Den främsta effekten av att ta bort kravet på ökad produktivitet har varit ökad flexibilitet för regionerna och sjukhusen när det gäller strukturer för incitament och arbetsprocesser (Birk m.fl. 2024).

Utgifterna per capita har stabiliserats efter en initial ökning

Under 2000–2009 ökade hälso- och sjukvårdens utgifter per capita för att sedan stanna på en ganska jämn nivå. Andelen av BNP ökade dock kontinuerligt 2000–2020. Men i likhet med Norge saknar vi underlag för att bedöma hur reformen i Danmark påverkade kostnadsutvecklingen.

Figur 8. Hälsa- och sjukvårdsutgifter per capita och som andel av BNP, PPP och procent.



Not: PPP står för Purchasing Power Parities, som är en köpkraftsjustering.

Källa: WHO, Global health expenditure database, juni 2024.

5.2 Målen om högre medicinsk kvalitet

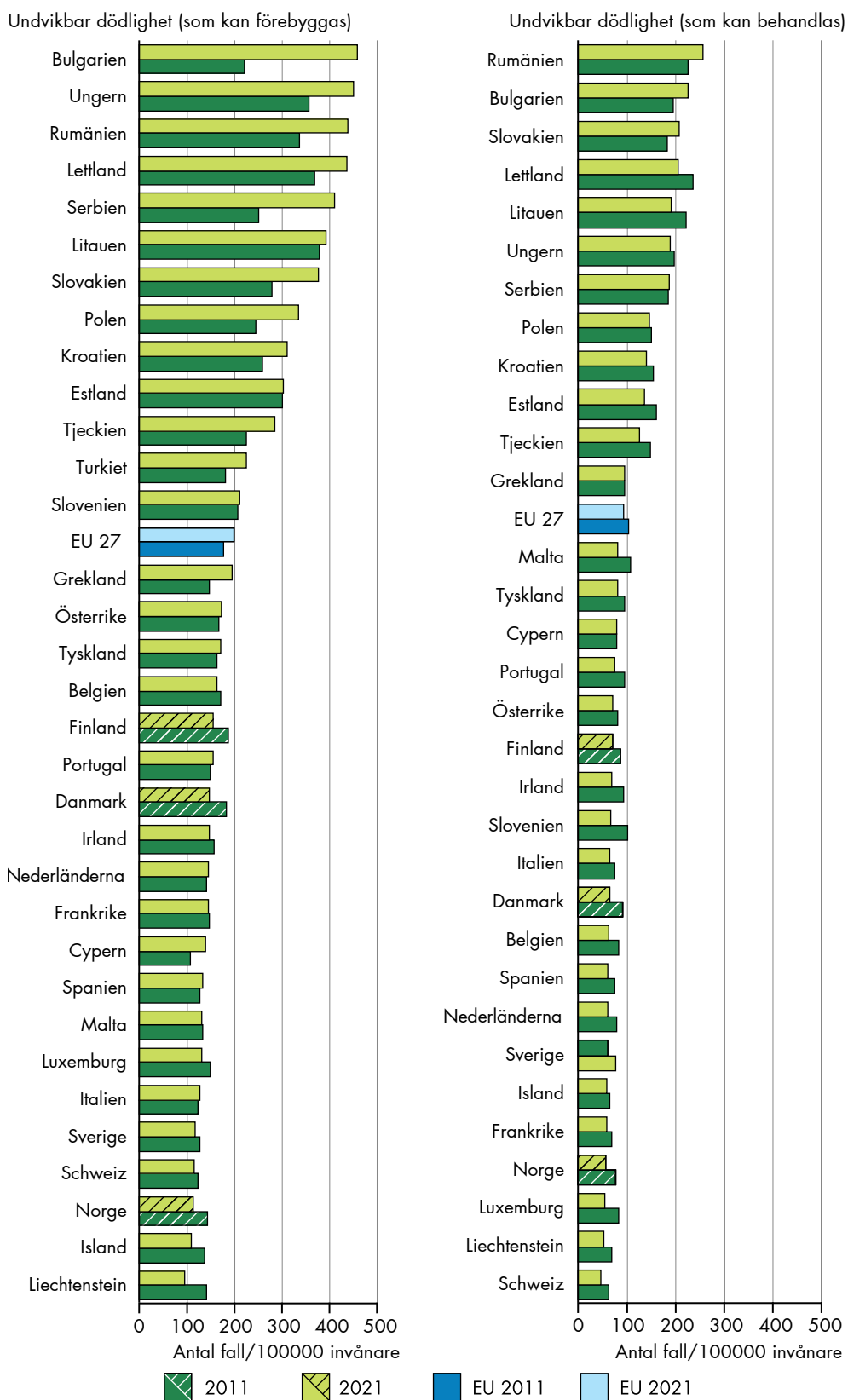
Kvalitet inom hälso- och sjukvården kan mätas med många olika parametrar, exempelvis överlevnaden i olika sjukdomar och förekomsten av undvikbar sjukvårdsrelaterad dödlighet. Det är viktigt att de insatser som görs leder till ett så bra utfall som möjligt, utifrån varje patients förutsättningar (Vård- och omsorgsanalys 2022). Hälso- och sjukvården kan bidra till bättre folkhälsa och kvalitet, men det finns flera andra faktorer som påverkar, exempelvis medicinsk utveckling, ekonomisk tillväxt och befolkningens utbildningsnivå (Rehnberg 2019).

5.2.1 Norge – högre vårdkvalitet

Trots ett ambitiöst utvärderingsprogram har det varit svårt att utvärdera reformens effekter på medicinsk och patientupplevd kvalitet. Den främsta anledningen är brist på data (NOU 2016:25). Det har lett till att reformen i efterhand har uppfattats som kontroversiell, eftersom det är oklart om målen har uppnåtts eller inte. En studie som undersökt sjukhusläkarnas uppfattning om reformen visade att en majoritet ansåg att reformen hade haft oförändrad effekt på den medicinska kvaliteten, medan 38 procent ansåg att reformen hade misslyckats med att förbättra den medicinska kvaliteten (Martinussen & Magnussen 2011). Det är svårt att göra en direkt koppling mellan kvalitetsutvecklingen och reformerna. Men sammantaget kan vi konstatera att det har skett en positiv kvalitetsutveckling i Norge efter reformerna och fram tills idag.

Måttet undvikbar dödlighet fångar dödsfall som kan undvikas genom behandling och förebyggande insatser. Under 2011–2020 minskade antalet sådana dödsfall per 100 000 invånare (Eurostat 2023) (figur 9). Den positiva utvecklingen kan förklaras av att färre dör i hjärtsjukdomar och att överlevnaden i cancersjukdomar har ökat. Utvecklingen inom cancerområdet har drivits på av förbättrad screening, diagnostik och behandling. För flera typer av cancer, såsom kolorektalcancer och bröstcancer, tillhör Norge de länder som har den högsta andelen patienter vid liv fem år efter diagnosen (Saunes m.fl. 2020).

Figur 9. Dödlighet som kan förebyggas och behandlas, 2011 och 2021.



Not: Data för 2011–2021 eller det senaste året med tillgängliga data.

Källa: Eurostat 2023, Vård- och omsorgsanalys bearbetning.

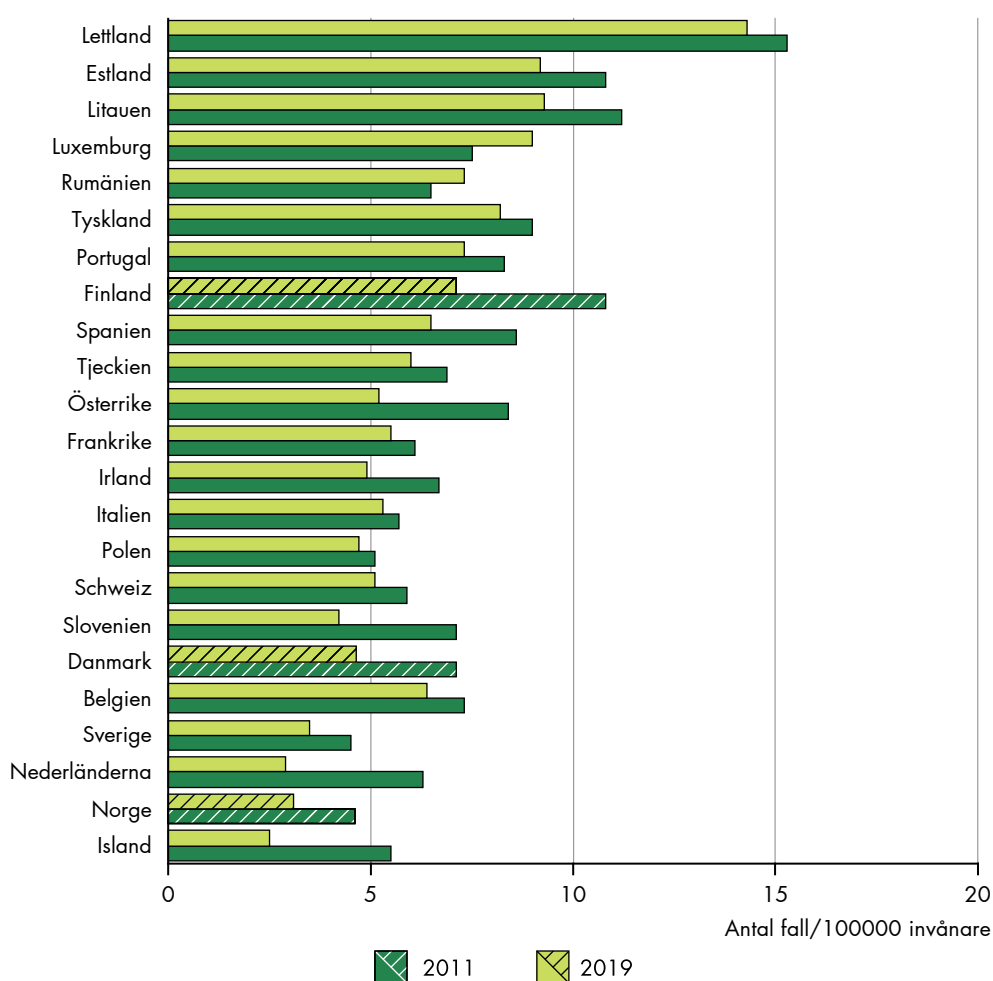
5.2.2 Danmark – ökad överlevnad i cancer och hjärt- och kärlsjukdomar

Reformen 2007 genomfördes bland annat för att höja kvaliteten i den danska hälso- och sjukvården. Åren innan reformen var det tydligt att Danmark hade sämre överlevnad än de andra nordiska länderna för vissa cancerdiagnoser såsom lungcancer och äggstockscancer. Man såg därför behov av bättre diagnostik och behandling, och lyfte även fram bristen på personal och utrustning, strukturella problem relaterat till specialisering och bristande koordinering som förklaringar till kvalitetsbristerna (Strandberg-Larsen m.fl. 2007).

Som beskrivs i kapitel 3 genomfördes parallellt med strukturreformen en större omstrukturering av sjukhussektorn med stängningar, sammanslagningar och nybyggnation av sjukhus. Målet med centraliseringen av ansvarsområdena var att skapa en ökad och jämn kvalitet i vården över hela landet.

Sedan reformen genomfördes har vårdkvaliteten ökat, även om det är svårt att koppla utvecklingen till reformen. Under 2011–2020 minskade dödsfallen per 100 000 invånare som gått att undvika (Eurostat 2023), se figur 9. Efter reformen ökade också överlevnaden i cancer och hjärt- och kärlsjukdomar, och den förväntade livslängden närmar sig nu de andra nordiska ländernas. Dödligheten i hjärt- och kärlsjukdomar minskade med 25–30 procentenheter under perioden 2007–2016 (Christiansen & Vrangbæk 2018). Danmark tillhör nu de EU-länder som har lägst dödlighet efter hjärtinfarkt 30 dagar efter en sjukhusinläggning, se figur 10. Utvecklingen har drivits på av en förbättrad akutsjukvård, men också av politiska beslut om att inrätta vårdförlopp för hjärtsjukvården (Birk m.fl. 2024).

Figur 10. Dödlighet 30 dagar efter en sjukhusinläggning för akut hjärtinfarkt, 2011, 2019.



Källa: OECD Health Statistics 2021, Vård- och omsorgsanalys bearbetning.

5.3 Målen om ökad tillgänglighet till vården

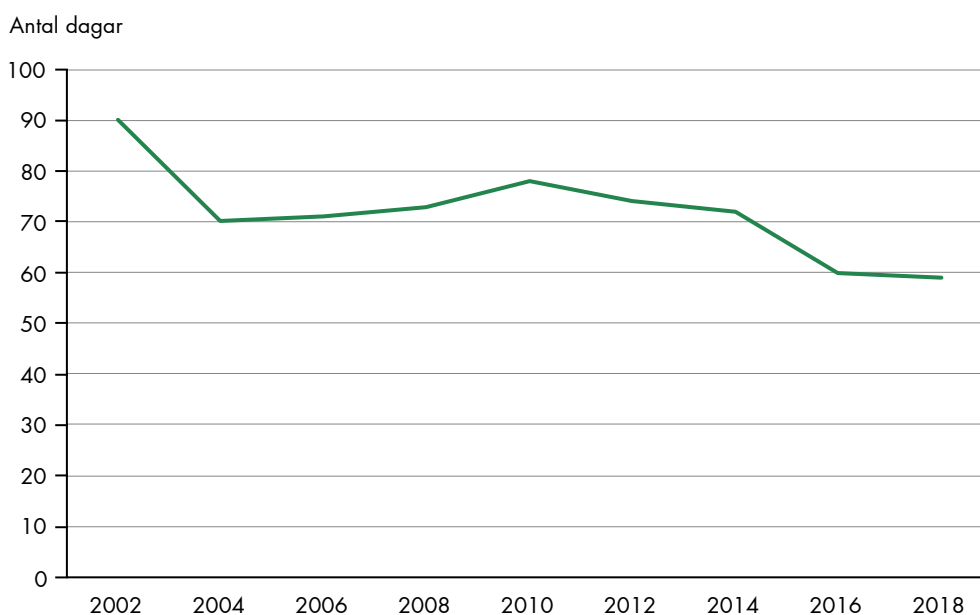
Tillgänglighet till vård kan innebära olika saker för patienterna, och kan därför definieras och mätas på en rad olika sätt. Ofta handlar det om väntetiden till olika typer av vård, men tillgänglighet kan även gälla till exempel information och rådgivning samt geografisk tillgänglighet (Socialstyrelsen 2018).

5.3.1 Norge – väntetiderna har minskat

Ett tydligt mål med sjukhusreformen var att öka tillgängligheten till vården, specifikt genom kortare väntetider (se avsnitt 2.3.2). Vår tidigare utvärdering visade att väntetiden till specialistsjukvård minskade men inte för patienter med högst prioritet, och att reformen inte har lett till någon signifikant ökad koncentration av specialiserade behandlingar (Vård- och omsorgsanalys 2014b).

När det gäller tillgänglighet till specialiserad vård konstaterade en utvärdering 2023 att de genomsnittliga väntetiderna minskade fram till 2017, samt att andelen överträdelser av tidsfristen enligt den norska lagstadgade vårdgarantin också minskade (NOU 2023:8). En studie från 2019 kom fram till liknande resultat: signifikant kortare väntetider till strålbehandling och operation för ett antal olika cancerdiagnoser (Nilssen m.fl. 2019). Men ett långsiktigt mål från 2018 om väntetider under 50 dagar har inte uppnåtts.

Figur 11. Väntetider i specialistvården, antal dagar.



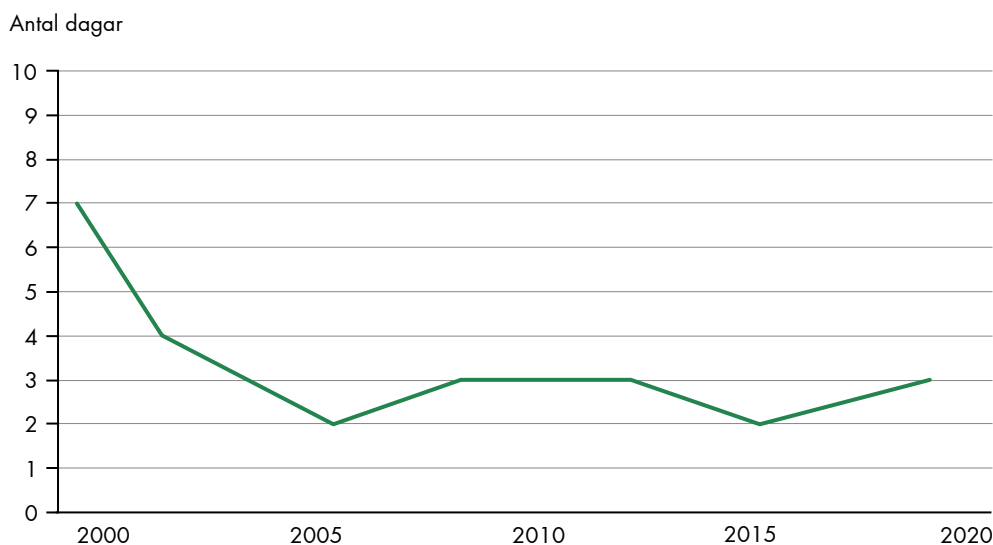
Källa: Norsk pasientregister (NPR).

Under covid-19-pandemin ökade både väntetiderna och andelen överträdelser av vårdgarantin (NOU 2023:8). Trots förbättringarna har frågan om väntetider länge varit föremål för politisk debatt, och väntetiderna till planerade operationer är längre än i exempelvis Danmark. Tänkbara förklaringar är kapacitetsbrist eller det fria sjukhusvalet som kan tänkas göra att norska medborgare prioriterar att opereras vid ett särskilt sjukhus över hög tillgänglighet (Saunes m.fl. 2020).

Väntetiderna i primärvården minskade kraftigt efter fastlegereformen

Den genomsnittliga väntetiden i primärvården minskade kraftigt efter fastlegereformens införande – från 7 dagar 1999 till 2 dagar 2005 (medianväntetid), och därefter har medianväntetiden legat mellan 2 och 3 dagar. Enligt den senast tillgängliga undersökningen var medianväntetiden 3 dagar (Helse- og omsorgsdepartementet 2023).

Figur 12. Medianväntetid för besök hos fastläkare, 1999–2019.



Källa: Helse- og omsorgsdepartementet 2023.

Andelen patienter som fått en tid hos sin fasta läkare samma dag ökade från 3 procent 1999 till cirka 25 procent 2019, och cirka 50 procent fick en tid inom två dagar jämfört med cirka 30 procent 1999. En enkätundersökning till patienter som nyligen besökt sin fasta läkare visar dock en signifikant försämring 2021 jämfört med 2018 när det gäller patientupplevd väntetid. Undersökningen 2021 genomfördes under covid-19-pandemin, vilket kan ha påverkat resultatet (Norman m.fl. 2022).

Fastlegereformen har gett mer kontinuitet i vården

Ett mål med fastlegereformen var att stärka kontinuiteten mellan patient och läkare. Några år efter reformen hade 98 procent av befolkningen en fastläkare, jämfört med 67 procent före reformen. Förändringen var störst i kommuner med instabil läkarförsörjning (Norges Forskningsråd 2007). En nationell brukarundersökning visade att läkartäckningen ökat för alla åldersgrupper och kommunstorlekar, men den geografiska snedfördelningen var fortfarande ett problem när Norges forskningsråd gjorde sin utvärdering 2006. En del kommuner verkade vara för försiktiga med att öka läkartäckningen, och 17 kommuner saknade läkare med öppen lista medan 95 kommuner hade endast en öppen lista (Norges Forskningsråd 2007).

Under perioden 2001–2005 minskade andelen listor utan läkare, det vill säga listor som inte ägs av en fastläkare utan bemannas av vikarierande allmänläkare, från 7,1 till 2,3 procent (Norges Forskningsråd 2007). Under de senaste åren har utvecklingen snarare gått åt motsatt håll: år 2016 var 1 procent av den norska befolkningen skriven på en läkarlös lista, jämfört med 2 procent vid slutet av 2018. De geografiska skillnaderna är dock stora, och skillnaden mellan regionerna med störst kontra minst andel listor utan läkare är strax under 8 procentenheter (EY & Vista Analyse 2019). Vår intervjustudie bekräftar att det på senare år är fler medborgare på listor utan läkare.

Under 2006–2021 var andelen besök till den egna husläkaren relativt stabil, med 63–65 procent. Det finns dock relativt stora skillnader mellan glesbygd och mer tätbebyggda områden (Helse- og omsorgsdepartementet 2023).

I en utvärdering från 2018 var den övergripande slutsatsen att man i stort sett uppnått målet med reformen, på så sätt att alla som önskar hade fått en fastläkare. Medborgarna var nöjda och nästan alla norrmän var anslutna till systemet. Det framgick att kontinuiteten i kontakten var samhällsekonomiskt effektiv (EY & Vista Analyse 2019).

5.3.2 Danmark – väntetiderna till operation har minskat

Ett av målen med strukturreformen i Danmark var att öka tillgängligheten till vården, specifikt genom att korta väntetiderna (se avsnitt 3.3). I vår tidigare utvärdering (Vård- och omsorgsanalys 2014b) var det svårt att urskilja reformens effekter på tillgängligheten, men senare uppföljning visar stabila och långsiktiga förbättringar av tillgängligheten till den specialiserade vården. Till exempel minskade den genomsnittliga väntetiden till operation från 60 dagar 2007 till 43 dagar 2018 (eSundhed.dk).

Detta behöver dock inte endast bero på kommunalreformen, eftersom andra satsningar för kortare väntetider har genomförts sedan 2007. Bland annat har Danmark haft en nationell väntetidsgaranti sedan tidigt 2000-tal, och sedan 2007 ställs krav på diagnos inom 30 dagar och behandlingsstart inom 30 ytterligare dagar (före 2007 gällde garantin 60 dagar) (OECD 2021). Om väntetidsgarantin inte uppfylls av patientens hemregion har hen rätt att vända sig till valfri privat vårdgivare, bekostat av den egna regionen. Detta har bidragit till att skapa ekonomiska incitament för att korta väntetider (Birk m.fl. 2024). Denna bild bekräftas även i våra intervjuer.

Sedan 2019 har dock väntetiderna till planerad kirurgi ökat, vilket kan bero på covid-19-pandemin, strejk bland sjuksköterskor sommaren 2021 och rekryteringsproblem, i synnerhet när det gäller sjuksköterskor. År 2022 fanns runt 4 700 vakanta sjukskötersketjänster (se kapitel 6) (Birk m.fl. 2024). Sättet att mäta väntetider ändrades dock 2019, så statistik om väntetider före och efter 2019 kan inte jämföras rakt av (Birk m.fl. 2024).

Tillgängligheten till primärvården är fortsatt god men med geografiska skillnader

Primärvården påverkades endast indirekt av reformen. Generellt uppfattas tillgängligheten till primärvården i Danmark som god, och i stort sett alla allmänläkare ingår i en beredskap för att hantera mindre akut sjukvård utanför arbetstid (Rehnberg 2019). Sedan 2013 finns systemet med *lægevagt*, det vill säga bemannade primärvårdsmottagningar som är tillgängliga dygnet runt under helger samt klockan 16–08 på vardagar. Målsättningen är att medborgarna ska vända sig till lægevagten innan de åker till en akutmottagning (Rehnberg 2019). Även patientnöjdheten är hög när det gäller primärvården (Birk m.fl. 2024).

Tillgången till läkare i primärvården har minskat på grund av rekryteringssvårigheter i glesbygden, vilket i sin tur leder till längre listor för allmänläkarna och längre väntetider (Birk m.fl. 2024). Totalt 1,8 miljoner danska invånare bor i områden med brist på allmänläkare. Bristen råder även i urbana områden, dock framför allt i utsatta områden (Birk m.fl. 2024).

6 De största utmaningarna 2024

I dag finns många utmaningar inom hälso- och sjukvården i de nordiska länderna, oavsett om större strukturreformer har genomförts eller inte. De demografiska förändringarna innebär att vi får allt fler äldre i befolkningen i förhållande till de som arbetar. Det påverkar hela OECD-området och kommer ge ökade vårdbehov, brist på personal och minskade skatteintäkter att finansiera vården med. Samtidigt leder den medicinska utvecklingen till nya och allt bättre möjligheter att behandla fler sjukdomar och patienter. Det bidrar till en ökad överlevnad och gradvis högre medelålder. Men den medicinska utvecklingen har en stor påverkan på hälso- och sjukvårdens personal och organisering. Nya avancerade behandlingar är förknippade med höga kostnader och stora finansieringsbehov och ställer krav på prioriteringar mellan kostnad och nytta för patienter. Flera av våra intervjupersoner bekräftar att frågan om prioriteringar är aktuell och pågående.

Kompetensförsörjningen har varit en utmaning i samtliga länder under en längre period och bristen på personal väntas öka. Det är svårt att rekrytera personal inom flera yrkesgrupper, i synnerhet sjuksköterskor. En annan utmaning är att tillgången till vården ojämlig inom länderna, till stor del beroende på svårigheter att rekrytera personal i glesbefolkade områden. Samordning av hälso- och sjukvården är ett problem, i synnerhet för äldre med multisjuklighet.

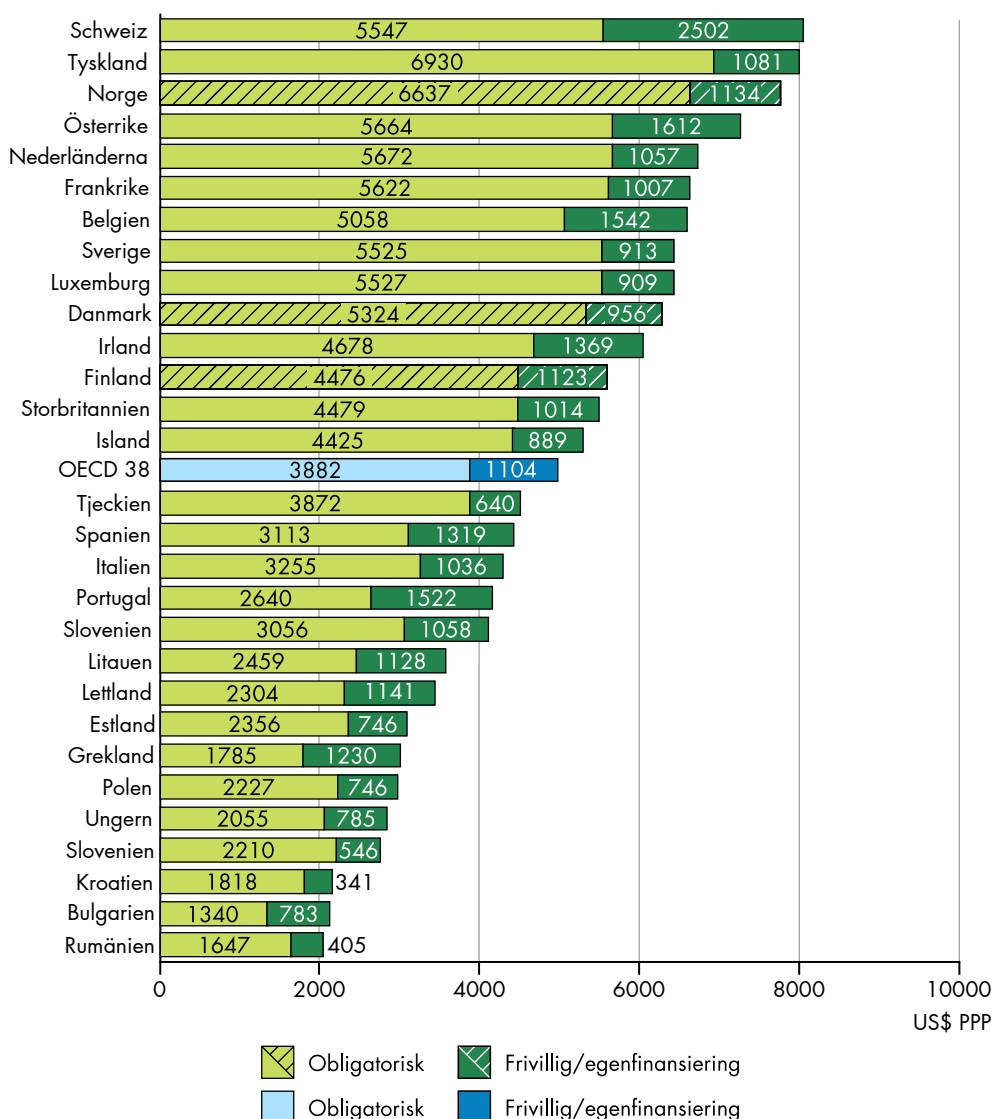
I Norge, Danmark och Finland har man tagit flera initiativ för att hantera utmaningarna. I Norge presenterades 2023 en utredning om fastläkarsystemet (Helse- og Omsorgsdepartementet 2023) samt en om hälsoföretagsmodellen och dagens ledning och organisation av sjukhusen (NOU 2023:8). Den senare hade bland annat i uppgift att föreslå åtgärder som kan bidra till ett effektivt resursutnyttjande och en specialistvård av god och likvärdig kvalitet, inom ramen för en modell med statligt ägande. I Danmark tillsattes en kommission 2023, Sundhedsstrukturkommissionen, för att bland annat hantera de demografiska förändringarna och bristen på arbetskraft inom hälso- och sjukvården (Sundhedsstrukturkommissionen 2024). Som nämnts i avsnitt 4.3 var målsättningarna med reformen i Finland bland annat att minska skillnaderna i välfärd och hälsa, kontrollera kostnaderna och trygga möjligheten att snabbt få vård. Ett annat uttalat mål var att trygga tillgången till yrkeskunnig arbetskraft. Man ville göra vården till en mer attraktiv arbetsplats genom att utveckla arbetets innehåll och öka det multiprofessionella samarbetet (Social- och hälsovårdsministeriet 2023c).

I det här kapitlet beskriver vi aktuella utmaningar som är kopplade till demografisk utveckling, finansiering, kompetensförsörjning, samordning och jämlikhet. Vi lyfter även fram exempel på de senaste årens åtgärder i Norge, Danmark och Finland, och jämför med andra länder i en internationell utblick. Dessutom gör vi jämförelser med Sverige där det är lämpligt.

6.1 Höga och stigande kostnader för vård

Hälsoutgifter per capita är ett mått som speglar demografiska, sociala och ekonomiska faktorer samt hur ett lands hälsosystem är organiserat (OECD 2023a). Internationellt sett har de nordiska länderna höga kostnader för hälso- och sjukvård. Under 2022 låg Norge, Danmark och Finland över OECD-genomsnittet för hälso- och sjukvårdskostnader per capita, se figur 13.

Figur 13. Hälso- och sjukvårdsutgifter per capita, 2022 eller närmaste året med tillgängliga data.

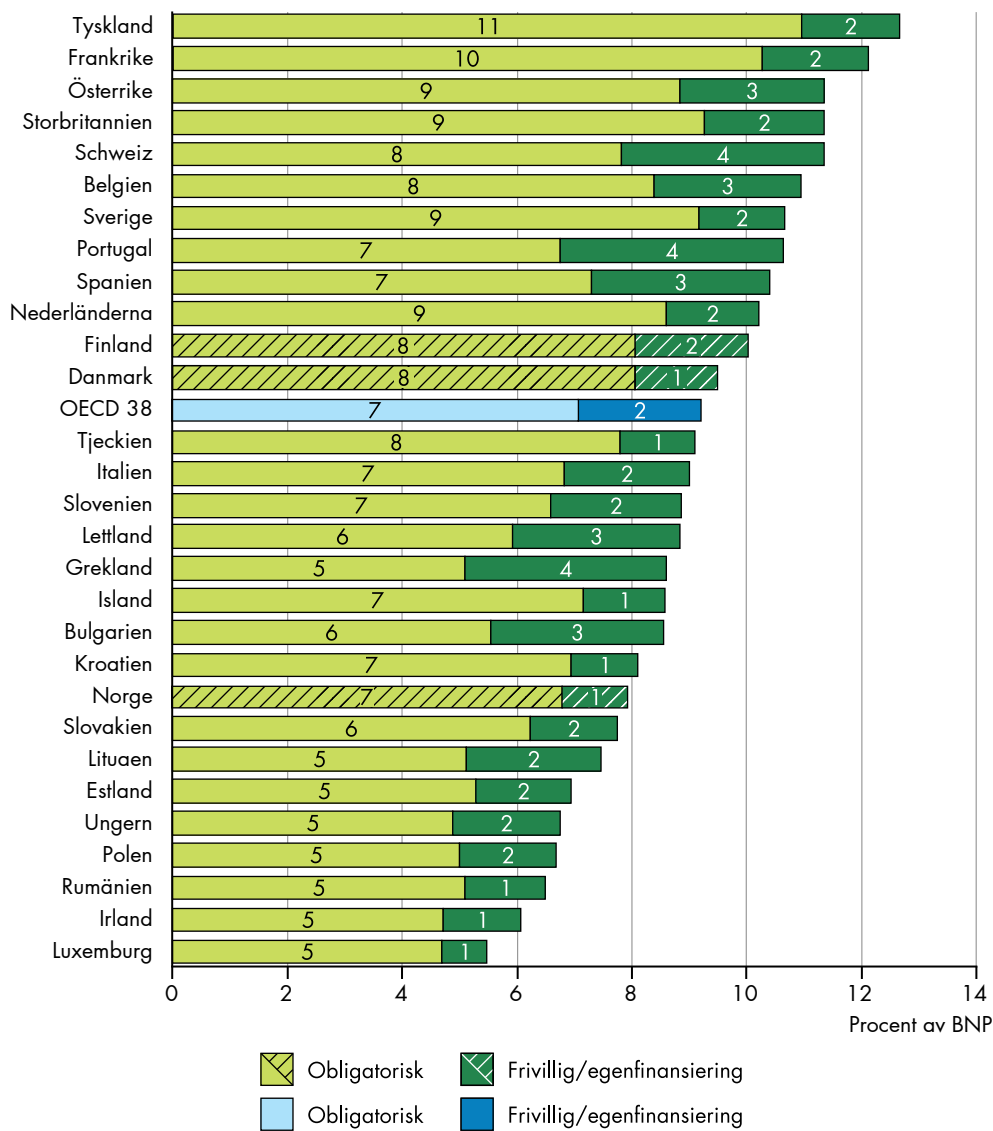


Not: PPP står för Purchasing Power Parities, som är en köpkraftsjustering.

Källa: OECD Health Statistics 2023; WHO Global Health Expenditure Database. Vård- och omsorgsanalys bearbetning.

Även sett till hälso- och sjukvårdsutgifter som andel av BNP ligger Danmark och Finland över OECD-genomsnittet. Norge lägger en lägre andel av sin BNP på hälso- och sjukvård än Danmark, Finland och Sverige, men här spelar Norges höga BNP-nivå in.

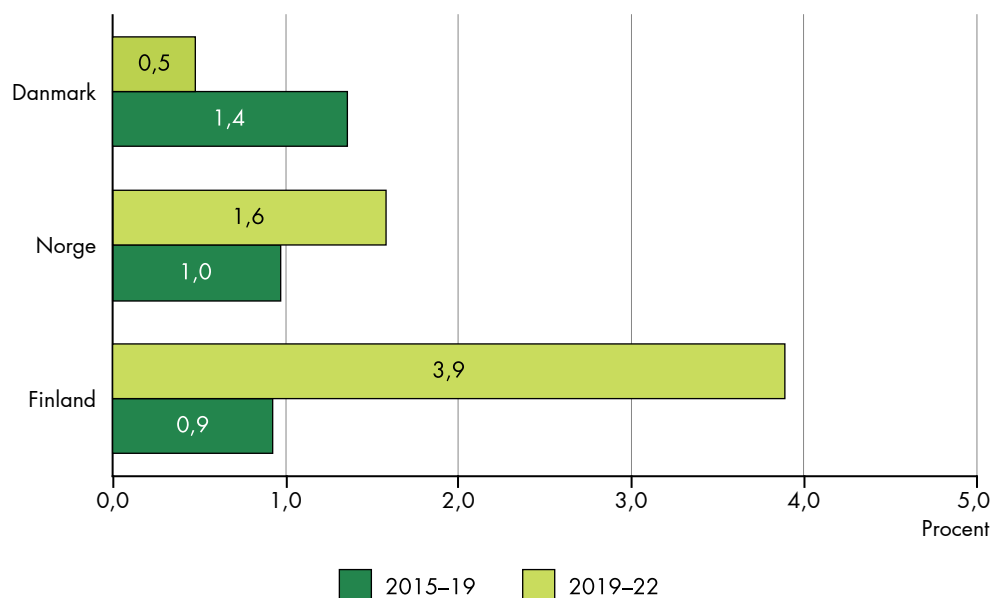
Figur 14. Hälso- och sjukvårdsutgifter i förhållande till BNP, 2022 eller närmaste året med tillgängliga data.



Källa: OECD Health Statistics 2023; WHO Global Health Expenditure Database.

Statistik från OECD visar vidare att de nordiska ländernas hälso- och sjukvårdskostnader har ökat olika mycket under de senaste åren, se figur 15. Ökningen har varit störst i Finland, med 3,9 procent under perioden 2019–2022, medan ökningen var 0,5 procent i Danmark. I samtliga länder ökade kostnaderna i samband med covid-19-pandemin (OECD 2023e).

Figur 15. Genomsnittlig årlig real tillväxt i hälso- och sjukvårdskostnader per capita 2015–2019 och 2019–2022, procent.



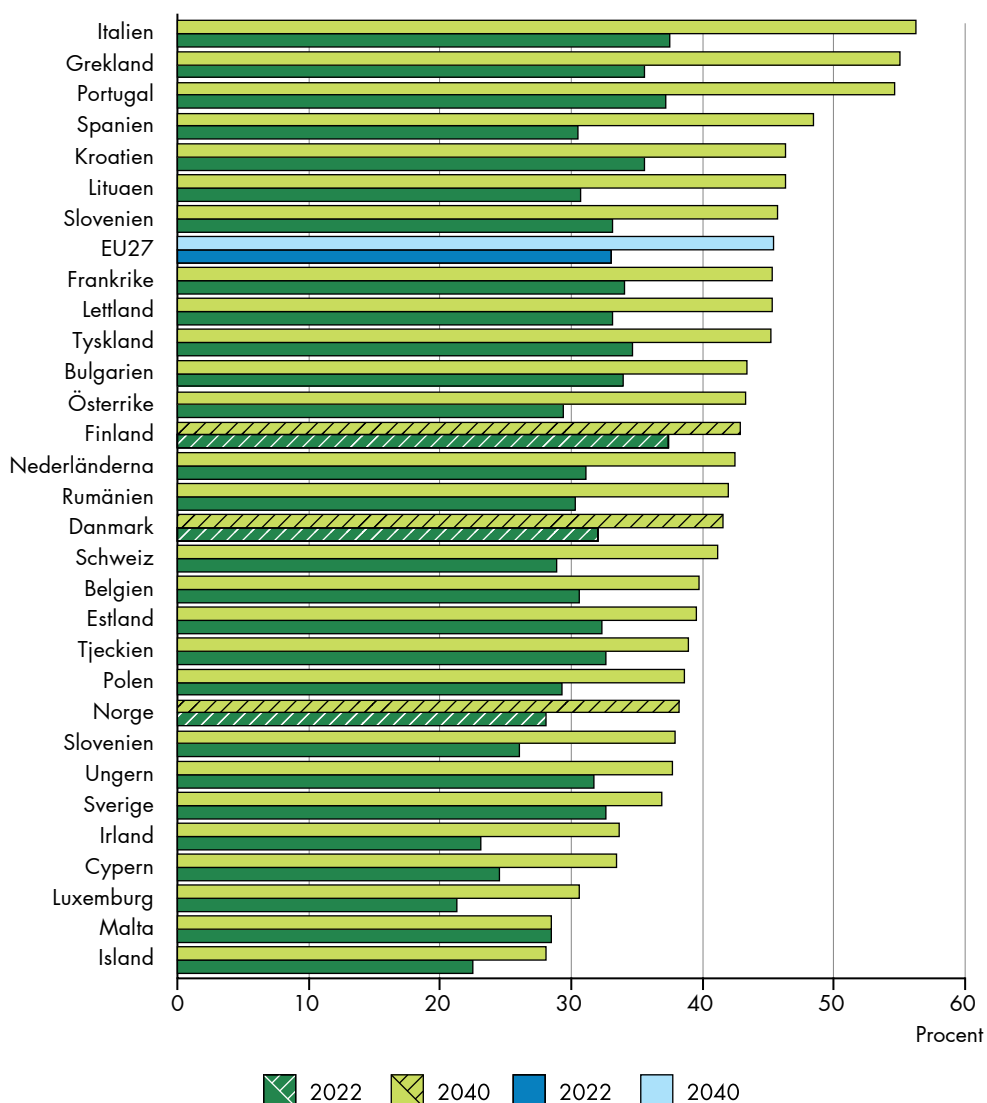
Källa: OECD Health Statistics 2023.

6.1.1 En åldrande befolkning leder till högre kostnader

Finland, Norge och Danmark har gemensamma utmaningar med en åldrande befolkning och en minskande andel personer i arbetsför ålder. Fler kommer att leva längre med fler kroniska diagnoser. Förändringar i folkmängd och befolkningsstruktur kommer att ge ett större behov av hälso- och sjukvård samtidigt som det blir svårare att finansiera verksamheterna.

Äldreförsörjningskvoten är ett mått på hur många personer i pensionsålder (65+ år) det finns i befolkningen, i relation till personer i arbetsför ålder (15–64 år). Under 2022 var äldreförsörjningskvoten 33 procent för samtliga EU-länder, och den väntas öka till 45 procent 2040. Av de nordiska länderna kommer äldreförsörjningskvoten att öka allra mest i Finland, där den beräknas uppgå till 42,9 procent 2050 (Eurostat 2023). I Finland har THL prognostiserat en kostnadsökning på i genomsnitt 1 procent per år för hälso- och sjukvården och socialtjänsten fram till 2031, på grund av förändringar i befolkningsstrukturen (Croell m.fl. 2023a).

Figur 16. Äldreförsörjningskvot 2022 och 2040 (prognos).



Källa: Eurostat 2023. Vård- och omsorgsanalys bearbetning.

6.1.2 Finlands strukturreform ger ekonomiska utmaningar

Reformen i Finland genomfördes nyligen, och en tidig erfarenhet är att den har varit mer kostnadsdrivande än vad man trodde från början. Det kommer alltså att dröja innan ekonomin i välfärdsområdena är i balans. För 2023 fanns ett underskott på 860 miljoner euro. Anslaget ökades med 700 miljoner euro, men ökningen har inte fullt ut kompenserat välfärdsområdenas behov av att hyra in tillfällig arbetskraft. Efterdyningarna av covid-19-pandemin har också påverkat det ekonomiska läget, med ökade kostnader och en vårdskuld. Sammantaget bedöms det vara svårt att täcka underskotten i välfärdsområdena före utgången av 2026.

Några av välfärdsområdena har satt upp kostnadsbesparingsmål för 2024, men får svårt att nå målen. Vissa områden har dessutom satt in åtgärder under tidigare år för

att minska kostnaderna och saknar troligen utrymme för ytterligare besparingar och effektiviseringar. När välfärdsområdena tvingas göra besparingar i ett så tidigt skede av reformen minskar även utrymmet för utvecklingsåtgärder i linje med reformens mål, exempelvis satsningar på digitalisering. Endast två välfärdsområden bedömer att de kan vara i ekonomisk balans före 2025. Utvecklingen av servicesystemen inom välfärdsområdena försvaras samtidigt av en förvärrad personalbrist.

Samtidigt fortsätter välfärdsområdena sina planerade och pågående sjukhusinvesteringar och nybyggnads- och ombyggnadsprojekt. Man investerar även i nya patientdatasystem, särskilt i områden som tidigare haft lokala och regionala system. Sådana it-investeringar väntas också öka kostnaderna för välfärdsområdena (Croell m.fl. 2023b).

6.2 Problem med bemanning och kompetensförsörjning

Ur ett internationellt perspektiv har Norge, Danmark, Finland och även Sverige en hög andel praktiserande läkare och sjuksköterskor per 1 000 invånare. Finland och Norge tillhör den absoluta toppen i OECD-rankningen när det gäller antalet sjuksköterskor, och Norge ligger på fjärde plats när det gäller läkare. Ändå finns det utmaningar med rekrytering och bemanning i Danmark, Norge och Finland, och utmaningarna väntas öka under de kommande åren i takt med förändringarna i demografin (OECD 2023a). Problemen är särskilt stora i primärvården, bland annat med rekrytering till glesbygd. Detta diskuteras vidare i avsnitt 6.4 om primärvård.

6.2.1 Norge – svårt att öka vården och omsorgens andel av arbetskraften

I Norge har antalet sjuksköterskor och läkare per 1 000 invånare ökat under det senaste decenniet (OECD 2023d), men i framtiden väntas stora utmaningar. Den specialiserade vården har tidigare haft bättre förutsättningar för att rekrytera och bemanna än kommunala vård- och omsorgsverksamheter, men under senare år har också flera sjukhus haft svårt att fylla vakanser, även i centrala delar av landet. De största utmaningarna gäller sjuksköterskor, barnmorskor och personal inom psykiatrin. Utmaningarna kommer tillta när den åldrande befolkningen leder till kraftigt ökad efterfrågan på vård- och omsorgstjänster samtidigt som den arbetsföra befolkningen minskar (NOU 2023:4).

År 2021 tillsattes den så kallade Helsepersonellkommissjonen, vars uppgift var att ta fram ett kunskapsunderlag om kompetensbehoven fram till 2040 och lämna förslag på hur arbetskraften ska kunna användas bättre. Kommissionen ser en växande klyfta mellan befolkningens förväntningar och hälso- och sjukvårdens möjligheter att leverera den vård som efterfrågas. Enligt kommissionen blir det därför nödvändigt att göra prioriteringar och begränsa den vård som erbjuds. Kommissionens bedömning är att vårdens och omsorgens andel av samhällets totala arbetskraft inte kan öka nämnvärt. Eftersom personal redan är en bristvara måste personalen och deras kompetens användas mycket mer effektivt än tidigare. För att stärka kompetensförsörjningen rekommenderar kommissionen flera åtgärder: bättre arbetsvillkor och arbetstider, mer utbildning och kompetensutveckling, tydligare prioriteringar och mer fokus på digitalisering och teknisk utveckling (NOU 2023:4).

6.2.2 Danmark – utmanande att rekrytera personal i takt med ökade behov

I Danmark har man haft svårt att rekrytera personal under de senaste åren, särskilt sjuksköterskor och vårdbiträden. Men det finns även brist på läkare inom vissa medicinska specialiteter, bland annat inom psykiatri, radiologi och allmänmedicin. Personalsituationen varierar i landet, men runt 1,8 miljoner danskar bor i områden med brist på allmänläkare. Bemanningsläget för bland annat sjuksköterskor ser ut att bli något bättre under de närmaste åren, men problemen väntas ändå tillta eftersom gruppen äldre ökar i snabbare takt än den yrkesverksamma befolkningen (Birk m.fl. 2024).

I februari 2023 lanserade den danska regeringen ett åtgärds paket för att ta itu med ökande väntetider och personalbrist inom hälso- och sjukvården, omfattande 2 miljarder danska kronor (3,1 miljarder svenska kronor). Regeringen samverkar även med regionerna för att ordinarie personal ska få stöd av till exempel läkarstudenter, pensionerad vårdpersonal eller administrativ personal. Ett annat initiativ är att förkorta auktorisationsprocessen för utländsk sjukvårdspersonal (Birk m.fl. 2024).

År 2022 tillsattes den så kallade Robusthetskommisionen, som skulle rekommendera sätt att hantera utmaningarna med en åldrande befolkning och en förväntad ökning av kronisk sjukdom och psykisk ohälsa. Rekommendationerna handlade bland annat om att öka incitamenten för heltidsarbete, förbättra karriärvägar, underlätta rekrytering från andra länder, utveckla introduktionsprogram för nyutexaminerade och stärka utbildning och forskning (WHO 2024). Vidare kom Sundhedsstrukturkommissionen fram till att det inte är realistiskt eller lämpligt att antalet anställda ökar i takt med behoven i hälso- och sjukvården. Sundhedsstrukturkommissionen har även tagit fram förslag på en hälso- och sjukvårdsorganisation som stöder en förebyggande, sammanhållen och jämlik vård som är långsiktigt hållbar (Fisker 2023; Sundhedsstrukturkommissionen 2024).

6.2.3 Finland – pensionsavgångar ökar behovet av personal

I Finland är tillgången till sjuksköterskor den högsta inom OECD, medan tillgången till praktiserande läkare ligger under genomsnittet. THL pekar på stora utmaningar med att rekrytera personal till hälso- och sjukvården under kommande år, bland annat på grund av stora pensionsavgångar i mer än hälften av välfärdsområdena. Redan nu är bristen på psykiatriker och psykologer stor (Croell m.fl. 2023a).

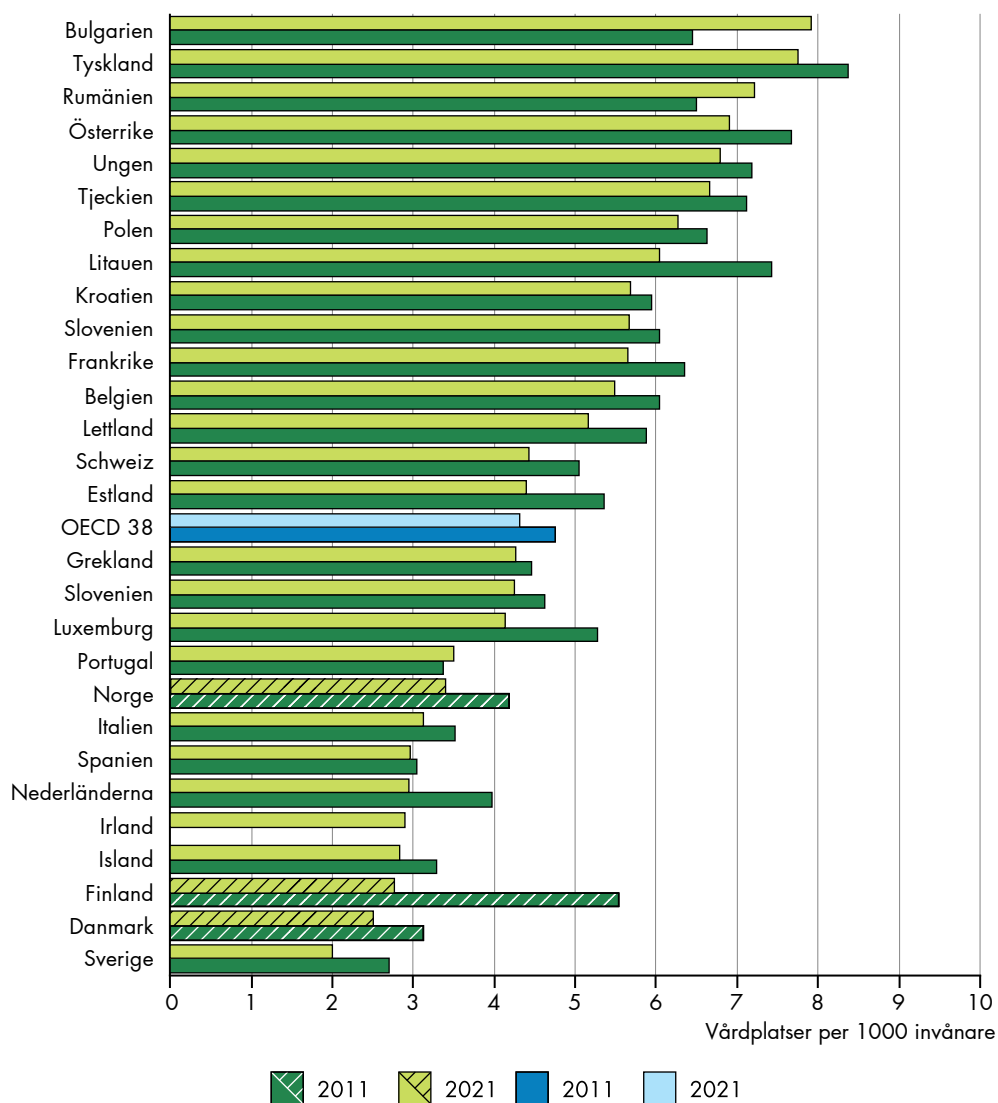
Enligt en utredning har läkarbristen vid hälsovårdscentralerna blivit något värre. Hösten 2022 var cirka 8 procent av tjänsterna vakanta. Situationen var svårast i Norra Karelen, där cirka en tredjedel av läkartjänsterna inte var tillsatta. Motsvarande andel under hösten 2021 var cirka 7 procent. Läkarbristen gör det svårt för välfärdsområdena att leva upp till vårdgarantin för primärvården, som skärptes till två veckor i september 2023 (Croell m.fl. 2023a).

I de strategiska målen för välfärdsområdena prioriteras åtgärder som ska attrahera och engagera personalen. För att säkerställa den lagstadgade tillgången till vård har välfärdsområdena utökat sin personal och förstärkt med inhyrd personal och inköpta tjänster. Dessa åtgärder innebär dock ökade kostnader och kan fördröja utvecklingen av välfärdsområdenas nya strukturer (Croell m.fl. 2023b).

6.3 Få vårdplatser

Jämfört med OECD-länderna har de nordiska länderna få vårdplatser per invånare. Flest har Norge med 3,4 vårdplatser per 1 000 invånare, medan genomsnittet i OECD är 4,3 platser per 1 000 invånare.

Figur 17. Antal vårdplatser per 1 000 invånare, 2011 och 2021.



Fotnot: Data saknas för Irland för 2011.

Källa: OECD Health Statistics 2023; WHO Global Health Expenditure Database.

6.3.1 Norge – fortsatta behov av vårdplatser

Som en följd av den medicinska utvecklingen och en ökad effektivitet i vården har det skett en kontinuerlig minskning av antalet vårdplatser i Norge sedan sjukhusreformen 2002. Från 2011 minskade antalet vårdplatser från 4,3 per 1 000 invånare till 3,4 per

1 000 invånare år 2021. I början av covid-19-pandemin vidtogs olika åtgärder för att minimera risken för utbrott på sjukhusen och för att skapa en buffert av vårdplatser, personal och utrustning. Vård som inte var akut upp sköts upp. Mellan 2019 och 2020 ses därför en stor nedgång i antalet patienter som var inskrivna på sjukhus (-10 procent) och i beläggningsgraden (-8 procent). Under 2021 ökade både antalet patienter på sjukhus och beläggningsgraden till 95 procent av de tidigare nivåerna (OECD 2023b).

Erfarenheter från covid-19-pandemin visar att de nya sjukhus som byggs i Norge riskerar att få för liten kapacitet. Den norska Coronakommissionen kom fram till att en bristande sjukhuskapacitet kan få stora konsekvenser för samhället under en pandemi, och att man även vid ny- och ombyggnationer av sjukhus behöver se till att lokalerna är flexibla och snabbt kan omvandlas i händelse av en kris (NOU 2022:5).

Under covid-19-pandemin minskade antalet knä- och höftledsoperationer med 10 procent, medan nedgången i bröstcanceroperationer var 5 procent. Efter pandemin har volymerna av dessa operationer återhämtat sig och till och med ökat med 3 procent (OECD 2023d).

6.3.2 Danmark – minskning av antalet vårdplatser

I Danmark liksom i de andra nordiska länderna går den största andelen av hälso- och sjukvårdskostnaderna till sjukhusvården. Under de senaste åren har den största ökningen av personal skett inom sjukhusvården, samtidigt som antalet vårdplatser och vårdtider har minskat. Antalet vårdplatser har minskat i Danmark sedan 1990-talet till den nuvarande nivån på 2,5 platser per 1000 invånare. Minskningen i antalet vårdplatser har varit störst inom psykiatrin sedan de psykiatriska institutionerna ersattes av andra vårdformer (OECD 2023a).

I Danmark ledde covid-19-pandemin till att icke akut vård på sjukhusen ställdes in, och sjukhusvården minskade med 8 procent under 2020 och 2021 jämfört med 2019. Även antalet operationer minskade; exempelvis genomfördes 8 procent färre höftoperationer, 14 procent färre knäoperationer och 7 procent färre bröstcanceroperationer. Väntetiden till operation ökade vidare med 50 procent mellan fjärde kvartalet 2020 och samma kvartal 2022. I mars 2023 satte regeringen upp ett mål om att fram till slutet av 2024 minska väntetiderna för operationer till de nivåer som rådde före covid-19-pandemin (OECD 2023b).

6.3.3 Finland – minskat utbud av vård

Även åren innan reformen har centraliseringen av hälso- och sjukvården i Finland lett till förändringar av utbudet inom hälso- och sjukvården. Det har exempelvis handlat om ett minskat serviceutbud, så som jourer och tillgång till specialiteter. Den stora nedgången i antalet sjukhusplatser sedan 2011 beror också på stängningar av hälsovårdscentralernas bäddavdelningar. Det har inneburit att antal vårdplatser successivt har minskat och uppgick till 2,8 per 1 000 invånare under 2021. Personalbristen och den vårdskuld som byggdes upp under covid-19-pandemin har bidragit till att minska tillgången till vård på både primär- och specialistnivå. I början av pandemin pausades vård som var mindre akut, för att skapa en buffert av vårdplatser, personal och utrustning. Dessa åtgärder

ledde till färre sjukhusinläggningar under 2020, särskilt för planerade operationer av exempelvis knä- och höftleder. Vårdproduktionen har dock återhämtat sig efter pandemin (OECD 2023c).

6.4 Primärvårdens attraktionskraft och arbetsmiljö utmanar

6.4.1 Norge – primärvårdens organisation granskas

I Norge har man efter fastlegereformen ett system med god tillgänglighet som befolkningen är nöjd med. Men allt fler arbetsuppgifter har lagts på allmänläkarna, som också har jourer och i många fall mycket långa arbetsveckor (Theie m. fl. 2018), vilket bekräftas i våra intervjuer. Många fastläkare tycker att arbetet är tungt, och i en utvärdering angav nästan 20 procent att den totala belastningen är ohanterlig (Helse- og omsorgsdepartementet 2020). Fastlegesystemet anses också vara underfinansierat (Den norske legeforening 2019).

Vår studie visar att det åter råder brist på allmänläkare, om än i mindre utsträckning än före 2001. Vi beskriver kompetensförsörjningen generellt i avsnitt 6.2, men här beskrivs läget när det gäller primärvården. En utvärdering av fastlegesystemet visar att det har blivit svårare att rekrytera nya läkare in i systemet, samtidigt som fler slutar. Detta kan delvis bero på att den yngre generationen allmänläkare vill ha bättre arbetsförhållanden. Tidigare var det främst små kommuner på landsbygden som hade svårt att rekrytera husläkare, men rekryteringen har blivit ett problem i stora delar av landet, inklusive flera av de största städerna (Helse- og omsorgsdepartementet 2020). Flera intervjupersoner bekräftar att fastlegesystemet i Norge har utmaningar. Rekrytering av nya allmänläkare lyfts som en av de främsta utmaningarna, då det uppges finnas problem i övergången mellan avgående och nya allmänläkare. Stora pensionsavgångar väntas under kommande år, och därför behöver fastlegetjänsten bli mer attraktiv för yngre läkare, enligt våra intervjupersoner.

Primärvårdens organisation håller på att granskas och 2023 publicerades en utvärdering av fastläkarsystemet med syfte att skapa en likvärdig husläkarvård. Man lyfter fram den demografiska utvecklingen och bedömer att systemet behöver bättre förmåga att hantera långvariga och kroniska sjukdomar. Dessutom visar utvärderingen att det behövs mer samarbete mellan yrkesgrupper (NOU 2023:4; Helse- og omsorgsdepartementet 2023), och att resurserna inom primärvården kan nyttjas mer effektivt om flera olika professioner arbetar i team runt patienten (Helse- og omsorgsdepartementet 2023). Man har också gjort försök med primärhälsoteam som omfattar flera yrkesgrupper. Erfarenheterna från det visar att användningen av flera yrkesgrupper och teamarbete riktat primärvården mot grupper som behöver det mest. Patienterna får bättre uppföljning i form av konsultationer, årliga kontroller och hembesök. Vårdpersonalen anser att den systematiska uppföljningen av deras patientgrupper ökar kvaliteten, och patienterna är nöjda och känner att de får ett bättre omhändertagande (Helse- og omsorgsdepartementet 2023). Försöket med primärvårdsteam är avslutat och i våra intervjuer framkommer att den utvärdering som har gjorts inte kan visa om kvaliteten i primärvården har ökat eller minskat genom teamen. Kvalitetsförbättringen kan både bero på ekonomiska tillskott och på organisationsförändringar.

Flera av resultaten ovan bekräftas av Helsedirektoratets årsrapport för primärvården för 2023. Rapporten visar att finansieringen stärktes och att antalet allmänläkare ökade mer jämfört med föregående år, men också att det finns en stor kommunal variation och att primärvården fortfarande har för låg kapacitet. Man menar bland annat att det behövs förändrade arbetssätt för att göra allmänmedicin till en mer attraktiv inriktning för en ny generation läkare, för att hantera det ökade rekryteringsbehovet (Helsedirektoratet 2024).

6.4.2 Danmark – pågående uppgiftsförskjutning från sjukhus till primärvård samt personalsituationen utmanar

I Danmark påverkades inte primärvården direkt av kommunalreformen. Men en analys av Sundhedsstrukturkommissionen visar att det finns flera utmaningar som sätter press på den danska primärvården. Den demografiska utvecklingen, med allt fler äldre med långvarig eller kronisk sjukdom, ställer krav på samordning och innebär att primärvården måste ta ett övergripande ansvar för komplexa och sköra patienters vårdförlopp. Uppgifter håller på att förskjutas från sjukhus till primärvården, samtidigt som antalet läkare i primärvården ökar långsammare än inom sjukhusvården. Dessutom har Danmark investerat en relativt liten andel av sjukvårdskostnaderna i primärvården. Det finns också stora geografiska skillnader i tillgången till allmänläkare (Fisker 2023). Våra intervjuer visar att svårigheterna att rekrytera allmänläkare på landsbygden leder till längre listor och sämre tillgänglighet. Rekryteringssituationen förväntas bli bättre under de kommande åren, men det behöver bli mer attraktivt att ta anställning i de delar av landet där behovet är störst (Fisker 2023).

Undersökningar bland danska primärvårdsläkare visar också att arbetsbelastningen är hög: antalet arbetade timmar ökar, liksom antalet patienter med komplexa sjukdomar, och många känner att de inte kan utföra sitt arbete med den önskade kvaliteten. Andelen allmänläkare med symptom på utbrändhet har ökat kraftigt på senare år, och 2023 uppfyllde nästan hälften av allmänläkarna kriterierna på måttlig grad av utbrändhet. En hög andel uppger att de ångrar sitt val av specialitet och planerar att gå i pension i förtid (Pedersen m.fl. 2023).

6.4.3 Finland – behov att minska fragmentering i primärvården men det ingår inte i reformen

I Finland har all offentlig vård omfattats av reformen men stora delar av primärvården, den helt privata och den som sker inom företagshälsovården, står utanför. Enligt våra intervjuer är primärvården fragmenterad och tillgången till primärvård är inte jämlik.

Utöver välfärdsområdenas primärvård och den arbetsgivarfinansierade företagshälsovården tillhandahålls primärvård också av privata, vinstdrivande aktörer. 2021 omfattades knappt 2 miljoner arbetstagare av företagshälsovård, vilket motsvarade 90 procent av arbetstagarna (Finlands officiella statistik 2023). Målgruppen som nyttjar välfärdsområdenas primärvård är snedvriden mot patienter med stora hälso- och vårdbehov som saknar tillgång till företagshälsovård, exempelvis barn, äldre samt invånare med lägre utbildning eller socioekonomisk nivå (Tynkkynen m.fl. 2023).

Ett av målen med den finska reformen var att åstadkomma ”sådana ändringar i verksamheten genom vilka den primära tyngdpunkten i social- och hälsovårdens verksamhet flyttas över till tjänsterna på basnivå och förebyggande arbete”. Med tjänster på basnivå avses till exempel primärvård, och inriktningen skulle kunna förstås som en resursförflyttning till primärvården. Enligt våra intervjuer finns en pågående diskussion i Finland om hur primärvårdssystemet kan stärkas och fragmenteringen minska, och man anser att om ojämlikheten i tillgänglighet till hälso- och sjukvård ska minska är det nödvändigt att adressera också denna del av primärvården. Trots detta framkommer det i våra intervjuer att det inte har varit någon diskussion om att inkludera företagshälsovården i reformen.

6.5 Samordning – ett kvarstående behov att förbättra i alla länder

Bristande samordning i hälso- och sjukvårdssystemet är en aktuell fråga i såväl Norge, som Danmark och Finland. Samtliga av dessa länder har arbetat för att skapa en mer sammanhållen och koordinerad vård, och även om flera projekt pågår finns utmaningarna kvar. Koordinering inom primärvården är också en utmaning (Schmidt m.fl. 2022).

Förbättrad samordning av vård och omsorg var inte explicit uttryckta mål för reformerna i Norge och Danmark, men de var utformade för att förbättra den organisatoriska strukturen i hälso- och sjukvårdssystemet genom ökad centralisering. Men flera av de reformer och justeringar av systemet som genomförts efter strukturreformerna har syftat till att förbättra samordningen mellan olika aktörer och vårdnivåer (Birk m.fl. 2024; Saunes m.fl. 2020).

En norsk utredning om bland annat samordning inom hälso- och sjukvården visar att samordningen mellan kommuner och hälsoföretag behöver bli bättre, och en vidareutveckling av Helsefelleskapen nämns som en viktig satsning (NOU 2023:8). Behovet av bättre samordning mellan kommuner och sjukhus bekräftas i intervjuerna, och den demografiska utvecklingen anges som en central orsak.

Det danska hälso- och sjukvårdssystemet har utmaningar när det gäller koordinering mellan allmänläkare, kommuner och sjukhus, trots att många politiska diskussioner och reformer har handlat om att säkerställa samordning och kontinuitet i vården. Enligt våra intervjuer har man gått mot formaliserade sätt att samordna sjukvården, men vissa patientgrupper upplever fortfarande bristande samordning, i synnerhet äldre multisjuka. Samordning mellan allmänläkare, regioner, kommuner och den privata sektorn är fortfarande en av de mest diskuterade utmaningarna i dansk vård (Birk m.fl. 2024).

Ett syfte med den finska reformen var att komma tillrätta med bristerna i samordning mellan olika delar av systemet som bland annat beror på sektorstänkande, olika organisationskulturer och skillnader mellan professionernas synsätt på hur hälso- och sjukvården ska bedrivas (Tynkkynen m.fl. 2023). Antalet vårdkedjor, deras kvalitet och användning har varierat mycket. Även i välfärdsområden med bra utgångsläge brister samordningen. Men genom reformen är målet att integrationen av vårdkedjor mellan primärvården och den specialiserade sjukvården ska stärkas (Croell m.fl. 2023a).

6.6 Jämlikheten är en fortsatt utmaning

Mer jämlik vård var ett av målen med reformerna i Norge, Danmark och Finland, och då framför allt minskade geografiska skillnader. Jämlik vård har många dimensioner som spänner tvärs över vårdens kvalitetsområden, insatser och resurser (Vård- och omsorgsanalys 2022). Vanligast är att jämlikt vårdutnyttjande studeras, som innebär att vården ska utgå från behov och vara utan omotiverade skillnader mellan såväl olika sjukdoms- och befolkningsgrupper som regioner. Med en omotiverad skillnad menar vi att det finns evidens för att den aktuella behandlingen gör nytta för patienten, dels att den observerade skillnaden inte kan anses bero på antingen patientens egna preferenser eller på medicinska avvägningar (Vård- och omsorgsanalys 2014a).

Variationer i vårdkonsumtion inom olika geografiskt avgränsade områden har varit föremål för återkommande internationella studier (Socialstyrelsen 2016). Gemensamt för dessa studier är att de visar att skillnader finns och att skillnaderna många gånger är omfattande. Men studier som beskriver utvecklingen av geografisk jämlikhet över tid i de nordiska länderna är sällsynta även om går att ta fram statistik för vissa länder och diagnoser.

OECD publicerade en studie baserad på strukturerade data från 2011 där 13 länder och 11 diagnoser ingick (OECD 2014). Av de nordiska länderna var endast Finland med. Studien visade att det finns geografiska variationer i vårdkonsumtion, både mellan och inom länder, även när hänsyn tagits till demografiska skillnader. Socialstyrelsen publicerade även 2016 en studie av skillnader i vårdkonsumtion mellan och inom länder baserad på data från denna studie och jämförde med data för Sveriges landsting/regioner baserade på data från patientregistret och medicinska födelseregistret. Socialstyrelsen konstaterade att de regionala skillnaderna varierade beroende på diagnos och att det inte gick att säga om något system generellt är bättre eller sämre när det gäller regionala variationer (Socialstyrelsen 2016).

Vi saknar underlag för att bedöma om reformerna har bidragit till en mer jämlik vård. Men vi kan konstatera att det idag finns utmaningar med att skapa en jämlik vård för befolkningen i såväl Norge, Danmark som Finland. Det gäller både geografisk och socioekonomisk jämlikhet.

6.6.1 Norge – geografiska skillnader i hälsoutfall och tillgången till vård

Det finns stora geografiska skillnader i hälsoutfall i Norge, exempelvis gällande livslängd. I Oslo återfinns några av de största skillnaderna i landet i hälsoutfall till följd av socioekonomi. Skillnaderna i förväntad livslängd vid 30 års ålder mellan olika utbildningsnivåer är trots det små i Norge jämfört med i många andra höginkomstländer, och var relativt oförändrade mellan 2007 och 2017 (Saunes m.fl. 2020).

I Norge finns en så kallad helseatlas, ett verktyg som jämför befolkningens användning av hälso- och sjukvårdstjänster i olika geografiska områden, med syftet att skapa mer likvärdiga tjänster. I atlasen finns till exempel data om inläggning på sjukhus för hjärtinfarkt och KOL samt för MR och ortopedi, och de visar att det finns stora variationer mellan olika geografiska områden för många vårdområden. Det tyder på att patienter som bor i vissa upptagningsområden får bättre kvalitet i vården än i andra (SKDE 2024).

Helseatlas visar till exempel på geografiska skillnader i behandlingen av högriskpatienter med prostatacancer i åldrarna 39–79 år som blev behandlade under 2019. Resultaten visar en 30-procentig skillnad mellan det upptagningsområde som hade högst och det som hade lägst andel radikalbehandlade prostatacancerpatienter (SKDE 2021).

Tillgängligheten till primärvården i Norge ökade kraftigt till följd av fastlegereformen (se avsnitt 5.3). På senare år har den dock försämrats, särskilt i glesbygden. Andelen som står på en lista utan fastläkare (det vill säga en tjänst som bemannas tillfälligt av vikarier) har ökat och de geografiska skillnaderna är också stora (se avsnitt 5.3.1). En rapport från HelseDirektoratet visar också att det finns betydande skillnader i antalet läkarbesök mellan kommunerna, i synnerhet för de äldsta åldersgrupperna (HelseDirektoratet u.å.).

6.6.2 Danmark – tillgången till vård varierar mellan stad och land och de socioekonomiska skillnaderna har ökat

Ett av målen med kommunalreformen var ökad jämlikhet när det gäller både tillgänglighet till vård och hälsoutfall. Våra intervjuer visar dock att målet om regional jämlikhet inte har nåtts. Svårigheter att rekrytera personal till verksamheter på landsbygden leder till regional ojämlikhet avseende tillgänglighet i primärvården. Skillnader i hälsoutfall hänger också ihop med variationer i livsstil, demografi, näringslivsstruktur med mera.

Sundhedsstrukturkommissionens preliminära analys visar också att sjukvården är ojämnt fördelad i landet (Fisker 2023). Den demografiska utvecklingen innebär att andelen personer över 80 år kommer att vara lägre i stadskommunerna än andra delar av landet. Dessutom har de äldre i ytterkommunerna ofta ett sämre hälsotillstånd än genomsnittet, med flera kroniska sjukdomar. Behovet av sjukvård per person kommer därför att bli högre i de kommuner som också har högst andel av de äldsta äldre i sin befolkning. Lika tillgång till hälso- och sjukvård kommer därmed att kräva en relativt bättre tillgänglighet till vård i områden där vårdkonsumtionen väntas bli högst.

Den socioekonomiska ojämlikheten har ökat över tid för ett antal olika hälsoutfall (Sundhedsstyrelsen 2019). Personer med endast grundskoleutbildning drabbas oftare av sjukdomar än personer med eftergymnasial utbildning, och de får värre konsekvenser av ohälsa och dör tidigare (Sundhedsstyrelsen 2020). Femårsöverlevnaden bland personer med ischemisk hjärtsjukdom och cerebrovaskulär sjukdom är också högre för män och kvinnor med högre utbildning. Samma mönster ses för dödlighet i KOL och bröstcancer, lungcancer och tarmcancer, vilket tyder på social ojämlikhet i utfallet av behandlingsinsatser (Sundhedsstyrelsen 2020).

6.6.3 Finland – kvarstående problem med ojämlik vård

Jämlik tillgång till hälso- och sjukvård och andra tjänster har varit en stark drivkraft bakom reformen i Finland. Men det finns fortfarande stora skillnader mellan regioner och mellan befolkningsgrupper, och detta ses som ett av de största problemen med hälso- och sjukvårdssystemet. Ojämlikheten beror bland annat på skillnader i personaltillgång, vårdens infrastruktur och planering samt befolkningsstruktur (RP241/2020 rd). Våra intervjuer tyder på att situationen dessutom har blivit sämre under de senaste tio åren och att statlig finansiering är enda sättet för att garantera regional jämlikhet. Inom hälso-

och sjukvården består skillnaderna mellan inkomstgrupper huvudsakligen av skillnader i användningen av privata tjänster och företagshälsovårdstjänster. De som använder företagshälsovården och de som har privata sjukförsäkringar tillhör huvudsakligen de övre socioekonomiska grupperna, och de får vård snabbare. Personer med lägre socioekonomisk status och äldre personer använder främst offentliga tjänster och blir därför tvungna att vänta längre (se även avsnitt 6.4.3). Bland låginkomsttagare var andelen personer som uppgav att behovet av medicinsk vård inte tillgodosågs mer än dubbelt så stor som bland höginkomsttagare. Skillnader i tillgång till läkare för olika inkomstgrupper verkar dock ha minskat (RP241/2020 rd; OECD 2023c).

7 Slutsatser

I denna promemoria har vi presenterat de olika vägval som har prövats i våra nordiska grannländer när det gäller att reformera den övergripande strukturen och ansvarsförhållandena i hälso- och sjukvården. Vi har också beskrivit utvecklingen på områden som varit i fokus för reformerna och dagens centrala utmaningar i respektive land. Detta är våra övergripande slutsatser:

- Reformerna har haft liknande övergripande mål och motiv, framför allt att öka effektiviteten, tillgängligheten och jämlikheten och att förbättra de medicinska resultaten.
- Reformerna har huvudsakligen medfört ökad centralisering och ett övergripande statligt ansvar för finansiering och planering. Men trots likartade förändringar kvarstår betydande skillnader mellan hälso- och sjukvårdssystemen och reformerna som gör det svårt att jämföra länderna och bedöma om erfarenheterna skulle gå att överföra till svenska förhållanden.
- Den långsiktiga utvecklingen i länderna är positiv på flera av de områden som var i fokus för reformerna. Men det är svårt att koppla utvecklingen till reformerna. Generella trender vad gäller till exempel demografi och medicinsk och teknisk utveckling i vården ger en likartad utveckling i alla tre länderna, och reformerna har följts av andra reformer och justeringar av styrningen. Dessutom är det svårt att följa reformernas effekter eftersom länderna inte har preciserat målen eller omsatt dem i konkreta insatser, och eftersom det i vissa delar saknas uppföljningar och utvärderingar.
- Trots den delvis positiva utvecklingen står alla länderna inför liknande utmaningar i dag som när reformerna genomfördes. Vissa nya utmaningar har också tillkommit, exempelvis problemen med kompetensförsörjning.
- En centraliserad struktur och ett mer nationellt beslutsfattande kan bidra till att öka hälso- och sjukvårdens förmåga att hantera framtida utmaningar, men har också nackdelar. Erfarenheterna visar att det är viktigt att ha rimliga förväntningar på en reform och att det inför framtida reformer behöver vara tydligt:
 - vilka problem som reformen ska lösa och vilka för- och nackdelar som finns med olika alternativ för vårdens struktur och ansvarsförhållanden
 - vilka konkreta mål som finns för reformen och vilka insatser i den som ska bidra till måluppfyllelse
 - hur reformen ska följas upp och utvärderas för att anpassa styrningen om det behövs.

7.1 Länderna hade liknande motiv och mål med reformerna

I stora drag är det liknande utmaningar som legat bakom strukturreformerna i Norge, Danmark och Finland: främst brister i jämlikhet, i tillgång till vård och i olika aspekter av vårdens kvalitet. Alla länderna har också haft behov av att få kontroll över kostnaderna och få ett mer hanterligt och effektivt sjukvårdssystem. Dessa utmaningar är fortfarande aktuella i länderna, trots reformerna (se vidare avsnitt 7.4). Liknande utmaningar har lett till likartade mål för reformerna, se figur 18.

Figur 18. Sammanställning av målen för strukturreformer i hälso- och sjukvården i Norge, Danmark och Finland.

	Målområde	Norge: fastlegereformen	Norge: sjukhusreformen	Danmark	Finland
Effektmål	Tillgänglighet	Ökad tillgänglighet.	Kortare väntetider.	Kortare väntetider	Främjad tillgång till tjänster.
	Kvalitet	Ökad kontinuitet och därigenom kvalitet. Förbättrad relation mellan läkare och patient.	Bättre medicinsk kvalitet.	Stärkt kvalitet.	Trygga, likvärdiga och högklassiga social- och hälso-tjänster.
	Jämlikhet	Minskade skillnader i utbudet.	Minskade geografiska skillnader.	Ökad jämlikhet.	Minskade skillnader i välfärd och hälsa.
	Produktivitet, effektivitet, kostnadskontroll	Mer rationellt och effektivt utnyttjande av läkarresurserna.	Ökad produktivitet och effektivitet.	Mer kvalitet för pengarna utan ökad beskattning.	Dämpad kostnadsökning.
Förutsättningskapande mål	Ansvar, struktur och styrning	Ett mer transparent och hanterbart system.	Tydligare ansvarsfördelning mellan ägarna och sjukhusen. Bättre organisering av sjukhusen med självständiga organisationer.	Nationell samordning av planering och bättre underlag med färre regioner för att samla fler behandlingar och utnyttja fördelarna med specialisering.	Mer effektiva och integrerade tjänster.
	Förebyggande arbete			Främjad hälsa och förebyggande arbete.	Ökat fokus på preventivt och proaktivt arbete.
	Kompetensförsörjning				Tryggad tillgång till yrkeskunnig arbetskraft.

I samtliga länder har målen en tydlig koppling till patientperspektivet: ökad tillgänglighet, ökad jämlikhet och olika aspekter av högre kvalitet. Några av målen kan även knytas till systemperspektivet: produktivitet och effektivitet samt kostnadskontroll. Alla dessa mål kan också sammanfattas som effektmål, det vill säga att de kan beskrivas som effekter av reformerna.

Men reformerna innehåller också mer förutsättningskapande mål, alltså medel eller insatser som eventuellt kan bidra till att effektmålen nås. I reformerna har sådana insatser också benämnts som mål. Formuleringarna varierar litet, men inriktningen är en tydligare

och mer hanterbar och effektiv struktur för framför allt sjukhusvården. I Danmark och Finland har även ett stärkt förebyggande arbete varit ett mål. I den finska reformen tillkom dessutom stärkt kompetensförsörjning.

7.1.1 Målen för reformerna är övergripande och inte tidsatta

Alla reformerna har mycket övergripande målformuleringar; det inte är tydligt vad som ska betraktas som måluppfyllelse eller när målen ska uppnås. Med andra ord är de inte särskilt tydligt definierade och inte heller tidsatta. Vi har inte kunnat se att målen omsatts i mer konkreta delmål, förutom målen om ökad produktivitet där till exempel den danska sjukhusvården haft mer uttalade krav på produktivitetsökningar. Vi har inte heller kunnat se att man kopplat indikatorer eller någon tydlig uppföljning till målen.

Med den typen av ospecifika målformuleringar och bristande uppföljning kan det vara svårt att bedöma resultatet av reformen och avgöra vad som ska räknas som en framgång. Det gäller till exempel målen om stärkt jämlikhet (se vidare avsnitt 6.6). Det finns en risk för att reformen innebär höga kostnader för staten, såsom i Finland, utan att det sedan går att visa vad vinsterna blir. Samtidigt kan öppna målformuleringar vara lämpliga när det handlar om omfattande reformer och långa tidsperspektiv, eftersom mer konkreta effektmål kan skapa orimliga förväntningar.

7.1.2 Målen är inte tydligt operationaliserade i insatser

En annan återkommande brist är att det är otydligt hur målen ska operationaliseras, det vill säga hur målen hänger ihop med det som ska göras inom reformen. Undantaget är fastlegereformen, där vi bedömer att målen om ökad tillgänglighet, kontinuitet och jämlikhet tydligt hänger samman med insatserna att öka läkartäckningen och att skapa ett personligt ansvar för en lista av patienter. Men för övriga strukturreformer är det mer oklart hur insatserna ska leda till måluppfyllelse.

Vi ser också att det kan finnas målkonflikter i reformerna: ökad centralisering av vårdutbudet och ökad effektivitet kan till exempel ge sämre tillgänglighet. Vi har inte sett att något mål har definierats som viktigare än något annat, även om målen med ett systemperspektiv verkar ha varit viktiga utgångspunkter för reformerna: bättre effektivitet, produktivitet och kostnadskontroll samt ett tydligare och mer hanterbart system.

7.2 Länderna har gått mot ökad centralisering och mer statligt ansvar

Reformerna har inneburit likartade övergripande förändringar av hälso- och sjukvårdssystemens struktur och av ansvarsfördelningen.

7.2.1 Mer centralisering och färre regionala aktörer

Alla tre länderna i vår studie har centraliserat hälso- och sjukvården genom reformerna, för att få färre aktörer med ansvar på regional nivå. I Norge gick man från 19 fylken till 4 statligt ägda, regionalt förlagda hälsoföretag, i Danmark från 14 amt till 5 regioner, och

i Finland från knappt 300 kommuner till 21 regionala välfärdsområden och Helsingfors stad.

Den övergripande förändringen när det gäller strukturen var alltså likartad, men det finns skillnader i hur de regionala aktörerna organiseras efter reformerna. I Norge ligger ansvaret på statliga bolag som styrs av professionella styrelser (men de politiskt styrda fylkena finns kvar med ansvar för bland annat tandvård) och i Danmark och Finland styrs regionerna respektive välfärdsområdena av folkvalda politiker.

Det finns också andra skillnader. I Danmark innebar reformen att en del av ansvaret för hälso- och sjukvården flyttades till kommunerna, till exempel ansvaret för hälsofrämjande insatser och rehabilitering. Det kan ses som en viss decentralisering av ansvar, men samtidigt slog man samman 275 kommuner till 98. I Norge förtydligades kommunernas ansvar för primärvården genom fastlegereformen utan att strukturen förändrades.

7.2.2 Ökat statligt ansvar för finansiering och planering och mer samordning med regionala aktörer

Genom reformerna tog staten i alla tre länderna ett betydligt större ansvar för främst finansiering och planering. Dessa ansvar brukar ses som viktiga delar i huvudmannskapet för hälso- och sjukvården. Men läget är otydligare när det gäller den tredje delen i huvudmannskapet, tillhandahållaransvaret. (För en närmare beskrivning av ansvarets olika delar, se avsnitt 1.3.1).

Ansvar för tillhandahållande är olika tydligt

Genom reformerna flyttades det övergripande politiska ansvaret och styrningen till staten i alla tre länderna, från fylkena i Norge, amten i Danmark och kommunerna i Finland. I Norge är det också tydligt att staten tog över ansvaret för att tillhandahålla vården.

Men i både Danmark och Finland menar vi att bilden är mindre tydlig. Man kan hävda att tillhandahållaransvaret flyttades till regionerna i Danmark och välfärdsområdena i Finland, eftersom det handlar om självstyrande politiska nivåer. I Finland kallas dessutom välfärdsområdenas ansvar för "anordnaransvar", vilket brukar översättas med huvudmannskap enligt våra intervjuer.

Men man kan också se det som att staten tog över tillhandahållaransvaret även i Danmark och Finland, och att regionerna och välfärdsområdena därmed har utföraransvaret eller "produktionsansvaret", som vi skrev i vår tidigare analys av regionernas ansvar i Danmark (Vård- och omsorgsanalys 2014b). Det som talar för en sådan tolkning är att staten i båda länderna har tagit över finansieringsansvaret och planeringsansvaret (se kommande avsnitt). I praktiken är det svårt för regionala aktörer att fullt ut ta ett tillhandahållaransvar utan att ha ansvar för finansiering och planering, eller större möjligheter att påverka dem. Men teoretiskt sett är det möjligt att separera dessa delar av ansvaret, även om till exempel Ansvarskommittén argumenterat för vikten av att hålla ihop dem (SOU 2007:10). Denna otydlighet visar också att det är möjligt att på olika sätt dela upp förflyttningen av ansvar.

Mer samlat statligt ansvar för att finansiera vården

I alla tre länderna tog staten ett uttalat ansvar för finansieringen av hälso- och sjukvårdssystemet, vilket tidigare var utspritt på flera aktörer. I Norge flyttades finansieringsansvaret för specialiserad vård från fylken till staten. Staten finansierar dessutom större delen av primärvården, som kommunerna är huvudmän för och också delfinansierar. Ett tillfälligt försök med kommunal delfinansiering av den specialiserade vården har avslutats. I Danmark tog staten över finansieringsansvaret för all hälso- och sjukvård från amten, men kommunerna delfinansierar den regionala hälso- och sjukvården. I Finland tog staten över finansieringsansvaret för all hälso- och sjukvård från kommunerna.

Finansieringen av hälso- och sjukvården fastställs i alla tre länderna genom årliga budgetar.

Tydligare statligt ansvar för planering

Staten i alla tre länderna tog också ett större ansvar för att planera hälso- och sjukvården. I både Norge och Finland har man infört en långsiktig planering i form av fyraårsplaner för hälso- och sjukvården. I de norska hälsoplanerna presenterar regeringen hälso- och sjukvårdens nuläge och utmaningar samt politiska mål och åtgärder som syftar till att uppnå dem. Men planerna ses snarare som breda policydokument än detaljerade planer, och blir inte formellt utvärderade. I Finland beslutade staten 2023 om ”de riksomfattande målen för ordnandet av social- och hälsovården”, som ska gälla i fyra år och följas upp genom indikatorer som är knutna till målen. Även i Danmark finns sedan 2016 nationella mål för hälso- och sjukvården genom en överenskommelse mellan staten, Danske Regioner och KL (Kommunernes Landsforening). Också där följs målen upp med indikatorer.

I Danmark tog staten dessutom ett mer långtgående ansvar för att detaljplanera den specialiserade hälso- och sjukvården. I den så kallade specialplanen fastställer staten krav för den specialiserade vården och anger på vilka sjukhus olika sorters specialiserad vård ska bedrivas. Det hade betydelse för den långtgående nivåstrukturering av sjukhusvården som följde på reformen (se avsnitt 3.2). Vi uppfattar att den processen är betydligt mer politiserad i Norge, trots att hälsoföretagen inte styrs av politiker. Den politiserade processen verkar ha försvårat genomförandet av reformens inriktning mot nivåstrukturering, som till exempel innebär sammanslagningar och nedläggningar av sjukhus. En liknande inriktning finns i Finland och det verkar finnas tecken på liknande hinder även där. Vidare är besluten om investeringar mer centraliserade i Danmark än i Norge, trots att den norska staten äger och finansierar hälsoföretagen. Det faktum att varje hälsoföretag beslutar om och finansierar sina investeringar har varit ett hinder för en önskad nivåstrukturering i Norge.

En annan del i det ökade planeringsansvaret är att staten ska granska och godkänna den regionala planeringen. I Danmark behöver staten godkänna de så kallade hälsoavtalen som träffas mellan regionerna och kommunerna, och i Finland godkänner staten den regionala planeringen genom de så kallade service- och investeringsplanerna.

7.2.3 Fortfarande skillnader i struktur och ansvar efter reformerna

De reformer som vi beskriver i denna promemoria är präglade av hälso- och sjukvårdssystemens olika historiska framväxt och strukturella förutsättningar. Sjukhusreformen i Norge var till exempel slutfas i en process mot ökad statlig styrning som pågått i flera decennier. Jämfört med Sverige hade den norska staten tidigare ett betydligt större finansieringsansvar för sjukhussektorn, men ett begränsat inflytande över utförande och strategisk planering. Det gav en obalans i ansvarsfördelningen mellan stat och fylken som innebar starka motiv till att samla finansierings- och styrningsfrågor till en nivå (Vård- och omsorgsanalys 2014b). Danmark är mindre till ytan och mer tätbefolkat än de nordiska grannländerna, och det kan ha varit en förutsättning för den långtgående nivåstruktureringen inom ramen för kommunalreformen. Och Finland har en tradition av en långtgående decentralisering, vilket medfört ett behov av större aktörer. Sådana skillnader gör det svårt att jämföra reformerna och deras effekter, och det är oklart vad som går att överföra till en svensk kontext. Dessutom finns stora skillnader mellan dagens system, trots likheterna mellan reformerna. Dessa skillnader gör det ännu svårare att på en mer detaljerad nivå jämföra genomförandet eller erfarenheterna av reformerna.

Det varierar vem som ansvarar för att utföra och tillhandahålla vården

En viktig skillnad gäller strukturen i hälso- och sjukvårdssystemet; det varierar hur man har delat in de förvaltningspolitiska nivåerna och vilken nivå som har tillhandahållaransvaret (huvudmannaskapet).

I Norge har staten tillhandahållaransvar för den specialiserade vården, och fyra statliga bolag har utföransvaret för sjukhusvården. Kommunerna är huvudmän för primärvården, som främst utförs av privata läkare efter avtal med kommunen (*fastlegesystemet*). I Danmark har de fem regionerna ett mer begränsat tillhandahållaransvar för specialiserad vård och primärvård. Primärvården utförs av privata läkare efter avtal med regionen (*almen praksis*). Kommunerna är huvudmän för bland annat rehabilitering och hälsofrämjande insatser. I Finland har de 21 välfärdsområdena och Helsingfors stad ett begränsat tillhandahållaransvar för specialiserad vård och primärvård. Primärvården utförs både av offentliga vårdcentraler och av privat företagshälsövård.

Skillnader i statens ansvar för planering och finansiering

Skillnaderna gäller även hur långt staten har gått när det gäller sitt ansvar, till exempel när det gäller ansvaret för den övergripande planeringen. I både Norge och Finland har staten tagit ansvar för att ta fram fyraårsplaner med övergripande mål och prioriteringar för hälso- och sjukvården, men i Finland finns dessutom ett ramverk för att följa upp måluppfyllelsen. I Danmark har sådana övergripande mål tagits fram gemensamt i en överenskommelse mellan staten, regionerna och kommunerna med ett tillhörande ramverk för uppföljning. Men Sundhedsstrukturkommissionen har nyligen föreslagit att staten ska ta ett tydligare grepp om den långsiktiga planeringen (Indenrigs- og Sundhedsministeriet 2024c). I Danmark har staten dessutom tagit ansvar för att i detalj planera sjukhusvården.

Ett annat exempel är att länderna i samband med reformerna har försökt främja gemensamma investeringar men har gått olika långt när det gäller det centrala beslutfattandet. I Norge ligger besluten om investeringar fortfarande på regional nivå,

genom de regionala hälsoföretagen som dessutom ska finansiera sina egna investeringar. Statens roll är här främst att ge viss nationell samordning. I Finland ligger besluten om investeringar på nationell nivå, efter gemensam planering mellan stat och välfärdsområden. Och i Danmark fattar staten beslut om investeringar efter förslag från regionerna.

I alla länderna har staten tagit över finansieringsansvaret från den regionala eller kommunala nivånivån, men det finns fortfarande skillnader i ländernas modeller för att finansiera vården. I Norge ansvarar staten helt för finansieringen av specialiserad vård och delar ansvaret för primärvården med kommunerna, som ansvarar för en minde delfinansiering av primärvården. I Danmark finansierar staten både specialiserad vård och primärvård, men kommunerna delfinansierar den vård som kommuninvånarna konsumerar. I Finland har staten tagit hela ansvaret för att finansiera vården. I alla länderna finns också inslag av privat finansiering, till exempel genom patientavgifter.

7.3 Utvecklingen är positiv på flera områden men svår att koppla till reformerna

Vi ser en långsiktig positiv utveckling på flera av de områden som var i fokus för reformerna. Det är dock svårt att direkt koppla utvecklingen till reformerna eftersom generella trender i vården gör utvecklingen i alla tre länderna likartad, och eftersom reformerna har följts av andra reformer och justeringar av styrningen. Dessutom var målen inte operationaliserade i konkreta insatser, och i vissa delar saknas nationella uppföljningar och utvärderingar av reformerna. Samtidigt har vi sett ett värde i att belysa utvecklingen efter reformerna utifrån de data och utvärderingar som finns tillgängliga.

7.3.1 Positiv utveckling på vissa målområden

Vår tidigare rapport visade att tillgängligheten i Norge och Danmark ökade efter reformerna, och vi har samma bild i dag. I Norge och Danmark minskade väntetiderna till den specialiserade vården. I Norge ökade även tillgängligheten till primärvården, vilket var ett mål med fastlegereformen. Denna trend ses inte i till exempel Sverige, som trots många olika initiativ fått delvis sämre eller oförändrad tillgänglighet till vården, mätt utifrån vårdgarantins gränser för primärvård och specialistvård (SOU 2022:22; Riksrevisionen 2023). Jämförelser mellan länderna försvåras av att det finns variationer i definitioner och delmoment i vårdförloppen mellan länderna.

När det gäller produktivitet ser vi att Norge och Danmark hade en positiv produktivitet-utveckling efter reformerna. Denna positiva förskjutning av produktivitetsnivån inträffade inte Sverige och Finland (Kittelsen m.fl. 2007, 2008). Antal läkarbesök per invånare i dag är lägre i Sverige än i Norge, Danmark och Finland, vilket indikerar en lägre produktivitet. Samtidigt kan variationer mellan länderna förklaras av arbetsfördelningen mellan läkare och annan personal där sjuksköterskor i Sverige har en större roll i hanteringen av kroniska sjukdomar. Även längden på läkarbesöken kan variera vilket påverkar jämförbarheten (Vård- och omsorgsanalys 2022).

På övriga områden är det svårt att ge en samlad bild av utvecklingen. Det gäller till exempel kvalitet inom hälso- och sjukvården, som kan mätas med många olika parametrar och ur olika perspektiv. Vi har valt att fokusera på övergripande mått, exempelvis

överlevnad i olika sjukdomar och undvikbar sjukvårdsrelaterad dödlighet. Där finns en likartad positiv utveckling i Norge och Danmark men också i Sverige (Vård- och omsorgsanalys 2022).

Att få en mer jämlik vård var ett av de prioriterade målen med reformerna i både Norge, Danmark och Finland, och då framför allt att minska de geografiska skillnaderna. Vi saknar underlag för att bedöma reformernas bidrag till en mer jämlik vård. Men vi kan konstatera att det fortfarande finns ojämlikheter i vården i både Norge, Danmark och Finland utifrån både geografi och socioekonomi.

7.3.2 Svårt att uttala sig om effekter av reformerna

Tidigare har vi kallat reformernas mål för effektmål, men vi kan inte säga något om vilka långsiktiga effekter reformerna i Norge och Danmark har haft när det gäller dessa mål. Som framgår av kapitel 2 och 3 har reformerna följts av många andra initiativ som också påverkat utvecklingen - att reformera ett lands hälso- och sjukvårdssystem är en kontinuerligt pågående process med många små och en del större steg. Sammantaget är det svårt att koppla utvecklingen i länderna till en specifik reform eller ett enskilt initiativ.

Dessutom finns en generell utveckling där hälso- och sjukvården har fått bättre metoder för diagnostik och behandling under den 20-årsperiod som vi studerar, och även detta påverkar resultaten.

Slutligen finns flera andra svårigheter som vi berört tidigare. Det är svårt att hitta bakomliggande orsaker till de positiva förändringarna med utgångspunkt i reformerna, till exempel vad i reformerna som skulle ge ökad tillgänglighet till vården. Det är också svårt att veta hur effekterna och måluppfyllelsen ska mätas eftersom det inte har angetts i reformerna. Från ett programteoretiskt perspektiv är det därmed svårt att göra en tydlig koppling mellan utgångsläge, planerade aktiviteter, resurser och mål och hur det var tänkt att reformerna skulle ge förväntade resultat och effekter.

7.3.3 Inga heltäckande uppföljningar av reformerna

Redan för tio år sedan konstaterade vi att det saknades heltäckande uppföljningar av reformerna i Norge och Danmark. Det finns dock avgränsade utvärderingar som vi har refererat till i tidigare kapitel, och det norska forskningsrådets uppföljningsprogram var ambitiöst och studerade effekterna på tillgänglighet och produktivitet. Men de flesta utvärderingar i Norge genomfördes relativt snart efter reformerna (Vård- och omsorgsanalys 2014b).

Det finns ingen större utvärdering av den danska reformen, och enligt en av våra intervjupersoner kommer det troligen inte heller att ske eftersom det har gått så lång tid. I Danmark fanns inte heller någon tydlig plan från början att följa upp reformen, utan den skulle utvärderas löpande med fokus på den generella utvecklingen inom hälso- och sjukvårdssystemet (Vård- och omsorgsanalys 2014b). I likhet med i Norge har exempelvis utvecklingen av produktiviteten och tillgängligheten följts fram till nutid.

I Finland finns ett forskningsprojekt som belyser de demokratiska aspekterna av reformens genomförande, och det finns flera ansökningar om forskningsfinansiering. Vidare kommer THL:s utvärdering att pågå i några år framöver och belysa den fortsatta

utvecklingen och förändringar i tillgången till vård och service. THL tar även fram och sammanställer indikatorer om välfärdsområdena och jämför utvecklingen med andra länder, med fokus på välfärdsområdenas operativa verksamhet. Reformen i Finland är omfattande, och en slutsats från våra intervjuer är att uppföljningen än så länge är långt ifrån tillräcklig. Det finns farhågor om att den inte kommer att ge tillräckliga svar på hur hälso- och sjukvården fungerar efter reformen.

7.4 Hälso- och sjukvårdssystemen har delvis samma utmaningar som före reformerna

Vår analys i kapitel 6 visar att hälso- och sjukvården i de nordiska länderna i dag har ungefär samma utmaningar, oavsett om några större strukturreformer har genomförts eller inte. Flera paralleller kan dras mellan utmaningarna i de studerade länderna och den svenska hälso- och sjukvården.

7.4.1 Gemensamma megatrender påverkar utvecklingen i alla länder oavsett strukturreformerna

Norge, Danmark, Finland och Sverige har ungefär samma generella utveckling med bättre medicinsk kvalitet, färre vårdplatser, mer öppenvård och långsamt ökande kostnader – oavsett struktur och styrning. Detta beror delvis på megatrender som påverkar förutsättningarna för alla länders hälso- och sjukvårdssystem. Ett exempel är de demografiska förändringarna som innebär att befolkningen blir allt äldre. Det leder i sin tur till ökade vårdbehov, brist på personal och minskade skatteintäkter att finansiera vården med.

Ett annat exempel är den medicinska och tekniska utvecklingen som skapar nya och allt bättre behandlingsmöjligheter. Utvecklingen bidrar till ökad överlevnad och gradvis högre medelålder i befolkningen men ställer också krav på kompetensutveckling, organisering och finansiering av hälso- och sjukvården.

7.4.2 Utmaningarna finns kvar i alla länder

Hälso- och sjukvården i Norge, Danmark och Finland har stora utmaningar, också inom de områden som stod i fokus för reformerna (se kapitel 6), trots att förbättringar har skett på vissa områden. Det är inte förvånande eftersom det gäller så breda områden som effektivitet och produktivitet, tillgänglighet, kvalitet och jämlikhet och det finns skäl att tro att de fortsatt kommer att vara utmaningar för hälso- och sjukvården.

De tre länder vi har studerat har, liksom Sverige, även andra gemensamma utmaningar, till exempel med finansiering och kompetensförsörjning. I alla tre länderna finns också en diskussion om primärvårdens uppdrag och förutsättningar för att klara det uppdraget, trots att primärvårdssystemen skiljer sig mycket åt mellan länderna. Behovet av vårdplatser diskuteras också i både Norge, Danmark och Sverige, trots att primärvården har en mer grindvaktande roll i Norge och i viss mån Danmark (Vård- och omsorgsanalys 2017a).

7.4.3 Samordningen brister oavsett hälso- och sjukvårdssystem

Alla länderna har problem med bristande samordning mellan olika aktörer och vårdnivåer i hälso- och sjukvårdssystemet. Som vi nämnt tidigare (kapitel 6) var bättre samordning inte ett explicit mål för reformerna i Norge och Danmark, men de skulle förbättra den organisatoriska strukturen genom ökad centralisering. Efter reformerna har båda länderna initierat flera andra reformer och justeringar av systemet för att förbättra samordningen, men problemen tycks finnas kvar. Det gäller även i Sverige där stärkt samordning är ett av flera mål för till exempel omställningen till en god och nära vård (Vård- och omsorgsanalys 2023).

7.5 Viktigt att ha tydliga mål och insatser men även rimliga förväntningar på reformer

Vi har i denna promemoria belyst både likheter och skillnader i de nuvarande systemen och de reformer som genomförts i Norge, Danmark och Finland. Vår analys visar att det finns flera gemensamma erfarenheter av strukturreformerna, och lärdomarna kan användas i framtida reformer. Samtidigt visar erfarenheterna att en reform inte kan lösa alla problem och att det är viktigt med rimliga förväntningar.

7.5.1 Generella lärdomar inför kommande reformer

Erfarenheterna från de studerade reformerna visar att det är viktigt att klargöra vilka problem som en reform ska lösa och vilka för- och nackdelarna är med olika alternativ för hälso- och sjukvårdens struktur och ansvarsförhållanden. Det behövs transparenta prioriteringar som tydliggör varför vissa problem ska lösas och varför inte andra handlingsalternativ är tillräckliga. Det är viktigt att staten har ett helhetsperspektiv som omfattar både struktur och ansvar i hälso- och sjukvårdssystemet. Det har varit ett centralt inslag i reformerna i alla tre länderna, där staten har velat bryta upp gamla strukturer och ansvarsförhållanden som inte längre har ansetts ändamålsenliga. Samtidigt är det viktigt att noggrant konkretisera konsekvenserna av förändringar, och att beakta att det till exempel kan vara svårt att beräkna kostnaderna för hälso- och sjukvård samt att reformen i sig kan vara kostnadsdrivande på grund av bland annat förväntningar på investeringar. Förutsättningarna för reformens genomförande kan även påverkas av att olika delar av landet har olika utgångsläge.

Det är viktigt att utifrån problembeskrivningen formulera mål som är tydliga, tidsatta, realistiska och uppföljningsbara. I Finland har man till exempel inledningsvis fokuserat på att införa nya strukturer och arbetssätt som mer tar sikte på förutsättningskapande mål, och effektmålen verkar vara mer långsiktiga. Men genomgående saknar reformerna tydliga och uppföljningsbara mål.

Det är också viktigt att det framgår vilka mekanismer som ska bidra till måloppfyllelse, till exempel vilka insatser som ska vidtas för att tillgängligheten ska förbättras. Vår analys visar att prioriteringar, insatser och konsekvenser inte alltid beskrivs på ett tydligt sätt. Till exempel har länderna valt olika lösningar för att centralisera planering och beslut om investeringar, vilket har inneburit olika utveckling av sjukhusstruktur och

nivåstrukturerings. Ett mer programteoretiskt upplägg för reformerna, med en beskrivning av hur utgångsläge, planerade aktiviteter, resurser och mål var sammankopplade och hur det var tänkt att reformerna skulle ge förväntade resultat och effekter, hade troligen bidragit till att tydliggöra reformernas förändringar och effekter.

Erfarenheterna från de reformer vi studerat visar också att det är viktigt med tidiga uppföljningar och utvärderingar, och att ha beredskap för att anpassa styrningen.

7.5.2 Ökad centralisering kan bidra till att stärka förmågan att möta utmaningar men har också nackdelar

Det är svårt att dra skarpa slutsatser om reformerna i Norge, Danmark och Finland, men vår uppfattning är att en centraliserad struktur och ett mer nationellt beslutsfattande kan öka hälso- och sjukvårdssystemens förmåga att hantera framtida utmaningar. Det handlar bland annat om att öka effektiviteten genom nivåstrukturerings och att samordna beslut om prioriteringar, investeringar och gemensam infrastruktur, till exempel när det gäller digitalisering. Både Norge och Danmark går mot nationella it-system i vården (European Observatory on Health Systems and Policies 2022; Birk m.fl. 2024). I den pågående processen för nivåstrukturerings i Finland lyfts också den bristande kompetensförsörjningen fram som ytterligare ett skäl att minska antalet sjukhus och skapa större enheter där det finns en tydligare planering för vem som gör vad.

Vi har i tidigare rapporter pekat på behovet av ökad centralisering och statlig styrning inom flera delar av den svenska hälso- och sjukvården. De övergripande motiven till det har varit ökad likvärdighet och effektivitet, exempelvis när det gäller informationsdelning (Vård- och omsorgsanalys 2019), reglering av primärvårdens uppdrag (Vård- och omsorgsanalys 2017b), kompetensförsörjning (Vård- och omsorgsanalys 2018) och ordnat införande av nya läkemedel (Vård- och omsorgsanalys 2017c). Vi har också konstaterat att den pågående medicinska och tekniska utvecklingen medför ett allt större behov av att i Sverige fatta gemensamma beslut om prioriteringar och nivåstrukturerings. Ett exempel är precisionsmedicin som används allt mer inom områden såsom cancer, sällsynta diagnoser och infektionssjukdomar, och det kommer sannolikt att påverka stora delar av hälso- och sjukvården genom att ställa krav på bättre infrastruktur, it-system, organisering och personalförsörjning. Alltmer avancerad diagnostik och behandling av cancer innebär ett ökat behov av att koncentrera delar av vården till ett fåtal platser med nationell upptagning. Regionerna kommer att vara för små för att på ett effektivt sätt kunna erbjuda vård med hög kvalitet (Vård- och omsorgsanalys 2021, 2024b).

Centraliseringen löser inte alla problem

Samordningen mellan olika aktörer i hälso- och sjukvårdssystemen är och har länge varit en utmaning i alla länderna, liksom i Sverige. Centraliseringen i Norge och Danmark verkar alltså inte ha löst eller minskat problemet med samordning. Både norsk och dansk primärvård har också tidigare beskrivits som relativt stark men nu är läget pressat och primärvården har inte utvecklats i samma takt som sjukhusvården. Detta är viktigt att beakta, särskilt med tanke på omställningen till "nära vård" där primärvården och den kommunala hälso- och sjukvården och omsorgen blir allt viktigare. I den delen av vården saknas skalfördelar och förmågan till lokal anpassning kan vara viktigare.

En centraliserad hälso- och sjukvård kan innebära att besluten tas längre bort från verksamheterna, som därmed blir mindre delaktiga i beslutsprocessen. Det finns också demokratispekter av en ökad centralisering, men det har vi inte närmare belyst i denna promemoria.

7.5.3 Erfarenheterna visar att det behövs rimliga förväntningar på en reform

Reformerna har inneburit likartade och relativt omfattande förändringar i hälso- och sjukvårdssystemen, men det är svårt att avgöra vad de lett till i termer av effekter på övergripande målsättningar för hälso- och sjukvården. Även tidigare forskning på området har pekat på att det saknas vetenskaplig evidens för de faktiska effekterna av centralisering kontra decentralisering inom exempelvis hälso- och sjukvårdssystem. Enligt forskningen finns för- och nackdelar med båda, och de ingår inte sällan i en cyklisk förflyttning av makt och ansvar mellan olika nationella och lokala nivåer (de Vries 2000; Axelsson 2000). Detta har inom forskningen beskrivits som en inneboende organisatorisk dynamik (Cummings 1995). Och ytterst är det ett politiskt avgörande hur den framtida hälso- och sjukvårdsorganisationen ska vara utformad.

Sådana diskussioner pågår för närvarande i Sverige. Coronakommissionen drog slutsatsen att det behövs en regional förvaltningsreform och en tydligare statlig styrning (SOU 2021:89). Vi har tidigare pekat på trenden mot ökad statlig styrning och övergripande planering av hälso- och sjukvården som även ses i Sverige, bland annat i form nationella planer och strategier för exempelvis vårdplatstillgång, kompetensförsörjning, förlossningsvård och en nationell vårdförmedling (Vård- och omsorgsanalys 2024a). Och genom Vårdansvarskommittén tog regeringen under 2023 första steget mot ett möjligt statligt huvudmannaskap för hälso- och sjukvården (dir. 2023:73). Vårdansvarskommittén ska ta fram ett beslutsunderlag som möjliggör ett stegvis och långsiktigt införande av ett helt eller delvis huvudmannaskap för hälso- och sjukvården. Oavsett vad som händer i denna fråga visar vår analys att det är viktigt att ha rimliga förväntningar på strukturreformer. Även om reformerna vi studerat haft mycket breda mål har de inte kunnat greppa över alla problem i hälso- och sjukvården, och de har följts av många andra mindre reformer och initiativ. Vi ser dessutom att dessa länder och Sverige har ungefär samma utmaningar som tidigare, även om förutsättningarna för att hantera dem kan skilja sig åt.

Referenser

- Aasland, O.G., Hagen, T.P. & Martinussen, P.E. (2007). *Sykehuslegenes syn på sykehusreformen*. Tidsskrift for den norske legeförening, 127 (17), s 2218-2221.
- Anthun, K.S., Kittelsen, A.C. & Magnussen, J. (2016). *Produktivitet i Spesialisthelsetjenesten* (Rapport 2016:7). Oslo: Frischenteret.
- Arbetshälsoinstitutet (2024). *Stödåtgärder för återhämtning och arbetsförmåga krävs i välfärdsområdena*. <https://www.ttl.fi/sv/aktuellt/pressmeddelande/stodatgarder-for-aterhamtning-och-arbetsformaga-kravs-i-valfardsomradena> [2024-06-10]
- Axelsson, R. (2000). The organizational pendulum: Healthcare management in Sweden 1865–1998. *Scandinavian Journal of Public Health* 2000; 28(1), s. 47–53.
- Bark, C. (2021). Grannländer men oj, så olika det blivit. *Sjukhusläkaren*, 21 december. <https://www.sjukhuslakaren.se/grannlander-men-uj-sa-olika-det-blivit/>
- Birk, H.O., Vrangbæk, K., Rudkjöbing, A., Krasnik, A., Eriksen, e., Richardson, E., & Jervelund, S.S. (2024). Denmark: Health System Review. *Health Systems in Transition*, 26(1), s. 1-151.
- Buhl Kristensen, F (2020). *Danmarks 46 sygehusbyggerier er forsinket med 44 år*. Sundhedsmonitor. <https://sundhedsmonitor.dk/nyheder/art8011993/Danmarks-46-sygehusbyggerier-er-forsinket-med-44-%C3%A5r> [2024-08-16]
- Byrkjeflot, H. och Neby, S. (2008). The End of the Decentralized Models of Healthcare Governance? Comparing Developments in the Scandinavian Hospital Sector. *Journal of Health Organization and Management*, 22(4), s. 331–349.
- Christensen, M. (2005). Sammenhæng mellem volumen og kvalitet. I Ankjær-Jensen, A. (red.) *Sygehusstruktur i Danmark – en antologi om konsekvenserne af centralisering i sygehusvæsenet*. København: DSI Institut for Sundhedsvæsen.
- Christiansen, T. & Vrangbæk, K. (2018). Hospital centralization and performance in Denmark — Ten years on. *Health Policy*, 122(1), ss. 321–328. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2017.12.009>
- Croell, K., Hetemaa, T., Knape, N., Leipälä, J., Louet-Lehtoniemi, T., Nieminen, J., Ridanpää, H., Suomela, T., Syrjä, V. & Syrjänen, T. (2023a) *Ordande av social- och hälsovård i Finland: Riksomfattande expertutvärdering våren 2023*. Helsingfors: THL. <https://www.julkari.fi/handle/10024/146574>
- Croell, K., Hetemaa, T., Knape, N., Leipälä, J., Louet-Lehtoniemi, T., Nieminen, J., Ridanpää, H., Suomela, T., Syrjä, V. & Syrjänen, T. (2023b) *Ordande av social- och hälsovård i Finland: Riksomfattande expertutvärdering hösten 2023*. Helsingfors: THL. <https://www.julkari.fi/handle/10024/147862>
- Cummings, S. (1995). Centralization and decentralization: The neverending story of separation and betrayal. *Scandinavian Journal of Management* 1995; 11(2), s. 103-117.

- Danske Regioner (2023). *Regionerne har brug for 5,4 milliarder til modernisering af hospitaler*. <https://www.regioner.dk/services/nyheder/2023/maj/regionerne-har-brug-for-5-4-milliarder-til-modernisering-af-hospitaler/> [2024-06-13]
- De Vries, M.S. (2000). The rise and fall of decentralization: A comparative analysis of arguments and practices in European countries. *European Journal of Political Research* 38, s. 193–224 (2000).
- Den norske legeförening (2019). *Utviklingsplan for fastlegeordningen sammendrag*. Oslo: Den norske legeförening.
- European Observatory on Health Systems and Policies (2022), *Norway: Health System Summary*. WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies, Copenhagen.
- Eurostat (2023). *Population structure indicators at national level* https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/demo_pjanind/default/table?lang=en [2024-05-06]
- EY & Vista Analyse (2019). *Evaluering av fastlegeordningen*. Oslo: Ernst & Young AS.
- Finlands officiella statistik (2023). *FPA-statistik: Företagshälsovård*. <https://tietotarjotin.fi/sv/publikation/2089325/fpa-statistik-foretagshalsovord> [2024-05-24]
- Finansministeriet (2024a). *Aftale om kommunernes økonomi for 2025*. Köpenhamn: Finansministeriet.
- Finansministeriet (2024b). *Aftale om regionernes økonomi for 2025*. Köpenhamn: Finansministeriet.
- Fisker J. (2023) *Sundhedsvaesenets udfordringer*. Sundhedsstrukturkommissionen presentation december 2023.
- Förvaltningsutskottet (2022). *Utlåtande FvUU 12/2021 rd (Regeringens proposition 241/2020 rd)*. Helsingfors: Riksdagen.
- Hagen, T.P. & Vrangbæk, K. (2009). The changing political governance structures of Nordic health care systems. I: Magnussen, J., Vrangbæk, K. & Saltman, R.B. (red.) *Nordic health care systems: Recent reforms and current policy challenges*. Maidenhead: Open University Press.
- Helsedirektoratet (2020). *Produktivitetutvikling i somatisk spesialisthelsetjeneste (Rapport IS-2950)*. Oslo: Helsedirektoratet.
- Helsedirektoratet (2024). *Allmennlegetjenesten – årsrapport 2023, inklusive status per mai 2024*. Oslo: Helsedirektoratet.
- Helsedirektoratet (u.å.) *Bruk av fastlege och legevakt 2017-2019*. (Rapport IS-2944). Oslo: Helsedirektoratet.
- Helse- og omsorgsdepartementet (1999). *Om lov om endringer i lov 19. november 1982 nr. 66 om helsetjenesten i kommune og i visse andre lover (fastlegeordningen)* (Ot.prp. nr. 99 (1998-99)). Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- Helse- og omsorgsdepartementet (2001). *Om lov om helseforetak m.m.* (Ot.prp. nr. 66 2000-2001). Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- Helse- og omsorgsdepartementet (2009a). *Nasjonal helseplan*. Nasjonal helseplan – regjeringen.no [2024-05-21]
- Helse- og omsorgsdepartementet (2009b). *Samhandlingsreformen: Rett behandling – på rett sted – til rett tid*. (St. meld. nr. 47). Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.

- Helse- og omsorgsdepartementet (2013). *Nye styrever til de regionale helseforetakene fra januar 2014 – endringer i prinsipper for oppnevning av styremedlemmer*. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nye-styrever-til-de-regionale-helseforetak/id745865/> [2024-06-14]
- Helse- og omsorgsdepartementet (2019). *Nasjonal helse- og sykehusplan 2020–2023* (Meld. St. 7 til Stortinget). Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- Helse- og omsorgsdepartementet (2020). *Handlingsplan for Allmennlegetjenesten 2020–2024; Attraktiv, kvalitetssikker og teambasert*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- Helse- og omsorgsdepartementet (2023). *Gjennomgang av allmennlegetjenesten: Ekspertutvalgets rapport*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- Helse- og omsorgsdepartementet (2024). *Nasjonal helse- og samhandlingsplan 2024–2027: Vår felles helsetjeneste* (Meld. St. 9 til Stortinget). Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- Indenrigs- og Sundhedsministeriet (2004a). *Aftale om strukturreform*. Köpenhamn: Indenrigs- og Sundhedsministeriet.
- Indenrigs- og Sundhedsministeriet (2004b). *Strukturkommissionens betænkning* (betænkning nr. 1434). Köpenhamn: Indenrigs- og Sundhedsministeriet.
- Indenrigs- og Sundhedsministeriet, (2005a). *Aftale mellem regeringen (Venstre og Det Konservative Folkeparti) og Socialdemokraterne, Dansk Folkeparti og Det Radikale Venstre om den kommunale inddeling, pr. 1 januar 2007*. Köpenhamn: Indenrigs- og Sundhedsministeriet.
- Indenrigs- og Sundhedsministeriet (2005b). *Kommunalreformen – kort fortalt*. Köpenhamn: Indenrigs- og Sundhedsministeriet.
- Indenrigs- og Sundhedsministeriet (2023a). *Eftersyn af sygehusvæsenet*. Köpenhamn: Indenrigs- og Sundhedsministeriet.
- Indenrigs- og Sundhedsministeriet (2023b). *Robusthedskommissionens anbefalinger*. Köpenhamn: Indenrigs- og Sundhedsministeriet.
- Indenrigs- og Sundhedsministeriet (2024a). *Nye anbefalinger skal sikre sammenhæng og større lighed i sundhedsvæsenet tæt på borgeren*. <https://www.ism.dk/nyheder/2024/juni/nye-anbefalinger-skal-sikre-sammenhaeng-og-stoerre-lighed-i-sundhedsvaesenet-taet-paa-borgeren> [2024-06-13]
- Indenrigs- og Sundhedsministeriet (2024b). *Sundhedsstrukturkommissionen*. <https://www.ism.dk/temaer/sundhedsstrukturkommissionen> [2024-06-13]
- Indenrigs- og Sundhedsministeriet (2024c). *Sundhedsstrukturkommissionens rapport: Sammenfatning*. Köpenhamn: Indenrigs- og Sundhedsministeriet.
- Indenrigs- og Sundhedsministeriet (u.å.). *8 nationale mål for sundhedsvæsenet*. <https://www.ism.dk/temaer/8-nationale-maal-for-sundhedsvaesenet> [2024-05-22]
- Jensen, B. (2021). *Feilaktige påstander om ressursbruk i norsk helsevesen da helseforetaksreformen ble vedtatt*. Samfunn og økonomi. <https://www.samfunnogokonomi.no/2021/07/helseforetaksreformen-mal-og-virkninger/>
- Johnsen, J. R. (2006). *Health Systems in Transition: Norway*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies, Keskimäki, I., Tynkkynen, L.-K., Reissell, E., Koivusalo, M., Syrjä, V., Vuorenkoski, L., Rechel, B. & Karanikolos, M. (2019). Finland: Health system review. *Health Systems in Transition*, 21 (2), s. 1-165.

- Kittelsen, S.A.C., Magnussen, J.M. & Anthun, K.S. (2007). Har sykehusreformen ført til økt produktivitet? I: *Resultatevaluering av sykehusreformen. Tilgjengelighet, prioritering, effektivitet, brukermedvirkning og medbestemmelse*. Oslo: Norges forskningsråd, s. 94-102.
- Kittelsen, S.A.C., Magnussen, J.M. & Anthun, K.S., Häkkinen, U., Linna, M., Medin, E., Rose Olsen, K. & Rehnberg, C. (2008). *Hospital productivity and the Norwegian ownership reform – A Nordic comparative study*. Health Economics Research Programme at the University of Oslo, 2008:10, s. 1-24.
- Kommunforbundet (2020). *Organiseringen av social- og helsevården 2020*. <https://www.kommunforbundet.fi/organiseringen-av-social-och-halsovarden-2020> [2024-06-10]
- Kommunforbundet (2021). *Kommunernes og velferdsområdenes samarbeide og kontaktytter*. www.kommunforbundet.fi/samarbeide-och-kontaktytter [2024-05-22]
- Kristensen, T., Olsen, K.R., Kilsmark, J., Lauridsen, J.T. & Pedersen K.M. (2012). Economies of scale and scope in the Danish hospital sector prior to radical restructuring plans. *Health policy* 106 120–126.
- Lassen, A.B. & Ankjær-Jensen, A. (2005). Sammenhengen mellom sykehusstørrelse og produktivitet. I Ankjær-Jensen, A. (red.) *Sykehusstruktur i Danmark – en antologi om konsekvensene av centralisering i sykehusvesenet*. København: DSI Institut for Sundhedsvæsen.
- Lundberg, O., Yngwe, M.Å., Stjärne, M.K., Björk, Ö. & Fritzell, J. (2008). *Health equity studies No 12. The Nordic experience: Welfare state and public health (NEWS)*. Stockholm: Centre for Health Equity studies, (CHESS), Stockholm University/Karolinska Institute.
- Magnussen, J., Vrangbæk, K., Saltman, R.B. & Martinussen, P.E. (2009). Introduction: the Nordic model of health care. I: Magnussen, J., Vrangbæk, K. & Saltman, R.B. (red.) *Nordic health care systems: Recent reforms and current policy challenges*. Maidenhead: Open University Press.
- Magnussen, J., Vrangbæk, K. & Saltman, R.B. (red.) (2009). *Nordic health care systems: Recent reforms and current policy challenges*. Maidenhead: Open University Press.
- Martinussen, P.E. & Magnussen, J. (2009). Health care reform: the Nordic experience. I: Magnussen, J., Vrangbæk, K. & Saltman, R.B. (red.) *Nordic health care systems: Recent reforms and current policy challenges*. Maidenhead: Open University Press.
- Martinussen, P.E. & Magnussen, J. (2011). Resisting market-inspired reform in healthcare: the role of professional subcultures in medicine. *Social science & medicine* (1982), 73(2), s. 193–200.
- Nilssen, Y., Terje Brustugun, O., Tanderg Eriksen, M., Gulbrandsen, J., Skaaheim Haug, E., Naume, B. & Møller, B. (2019). Decreasing waiting time for treatment before and during implementation of cancer patient pathways in Norway. *Cancer Epidemiology*, 61(1), s. 59-69. doi: <https://doi.org/10.1016/j.canep.2019.05.004>
- Norges forskningsråd (2006). *Evaluering av fastlegereformen 2001-2005*. Oslo: Norges forskningsråd
- Norges forskningsråd (2007). *Resultatevaluering av sykehusreformen: tilgjengelighet, prioritering, effektivitet, brukesmedvirkning og medbestemmelse*. Oslo: Norges forskningsråd.

- Norges forskningsråd (2016). *Evaluering av samhandlingsreformen: Sluttrapport fra styringsgruppen for forskningsbasert følgeevaluering av samhandlingsreformen*. Oslo: Norges forskningsråd.
- Norman, R. M., Danielsen, K., Bjertnæs, Ø. A., & Holmboe, O. (2022). *Pasienterfaringer med fastlegen og fastlegekontoret i 2021/2022* (Rapport 2022:566). Oslo: Folkehelseinstituttet.
- NOU 1996:5 (1996). *Hvem skal eie sykehusene?* Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- NOU 1999:15 (1999). *Hvor nært skal det være? Tilknytningsformer for offentlige sykehus*. Oslo: Sosial- og helsedepartementet.
- NOU 2016:25 (2016). *Organisering og styring av spesialisthelsetjenesten: Hvordan bør statens eierskap innrettes framover?* Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- NOU 2022:5 (2022). *Myndighetenes håndtering av koronapandemien – del 2 – Rapport fra Koronakommisjonen*. Oslo: Statsministerens kontor.
- NOU 2023:4 (2023). *Tid for handling – personellet i en bærekraftig helse- og omsorgstjeneste*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- NOU 2023:8 (2023). *Fellesskapets sykehus: Styrning, finansiering, samhandling og ledelse*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- OECD (2014). *Geographic Variations in Health Care. What do we know and what can be done to improve health system performance*. OECD Health Policy Studies. OECD Publishing.
- OECD (2021). *Health at a Glance 2021: OECD Indicators*. Paris: OECD Publishing.
- OECD (2023a). *Health at a Glance 2023: OECD Indicators*. Paris: OECD Publishing.
- OECD (2023b). Denmark: Country Health Profile 2023. *State of Health in the EU*. Paris: OECD Publishing. <https://doi.org/10.1787/e4f0bee3-en>.
- OECD (2023c). Finland: Country Health Profile 2023. *State of the Health in the EU*. Paris: OECD Publishing. <https://doi.org/10.1787/e7af1b4d-en>.
- OECD (2023d). Norway: Country Health Profile 2023. *State of Health in the EU*. Paris: OECD Publishing. <https://doi.org/10.1787/256fd7cf-en>.
- OECD (2023e). *OECD Health Statistics 2023*. <https://www.oecd.org/health/health-data.htm> [2024-05-23]
- Olejaz, M., Juul Nielsen, A., Rudkjøbing, A., Okkels Birk, H., Krasnik, A. & Hernández-Quevedo, C. (2012). Denmark: Health system review. *Health Systems in Transition*, 14(2), s. 1-192.
- Papanicolas I, Rajan D, Karanikolos M, Soucat A, Figueras J, editors (2022). *Health system performance assessment: a framework for policy analysis*. Geneva: World Health Organization; 2022 (Health Policy Series, No. 57).
- Pedersen, K.M. (2002). *Reforming decentralized integrated health care systems: Theory and the case of the Norwegian reform*. University of Southern Denmark Working Paper 2002: 7 (uio.no).
- Pedersen, A.F. & Vedsted, P. (2023). *Alment praktiserende lægers psykiske arbejdsmiljø og jobtilfredshed 2023*. Aarhus Universitet: Forskningsenheden for Almen Praksis.
- Prang, R. (2007). Helse Øst og Helse Sør slås sammen. *NRK*. <https://www.nrk.no/ostfold/helse-ost-og-helse-sor-slas-sammen-1.1582290> [2024-06-14]
- Regeringen (2004). *Det nye Danmark – en enkel offentlig sektor tæt på borgeren*. Regeringen: Köpenhamn.

- Region Hovedstaden (2018). *Renoveringsanalyse: Store problemer med vedligehold af hospitalerne*. <https://www.regionh.dk/til-fagfolk/presse-og-nyt/pressemeddelelser-og-nyheder/pressemeddelelser-og-nyheder/Sider/Renoveringsanalyse-Store-problemer-med-vedligehold-af-hospitalerne.aspx?rhKeywords=Renoveringsanalysen> [2024-06-13]
- Rehnberg (2019). *Vem vårddar bäst? En ESO-rapport om svensk sjukhusvård i ett jämförande Perspektiv (Rapport 2019:8)*. Stockholm: Expertgruppen för studier i offentlig ekonomi.
- Riksrevisionen (2023). *I väntan på vård – ineffektiv statlig styrning för kortare köer*. RiR 2023:12. Stockholm: Riksrevisionen.
- Riksrevisjonen (2013). *Riksrevisjonens undersøkelse av effektivitet i sykehus (Dokument 3:4)*. Oslo: Riksrevisjonen.
- Ringard, Å., Sagan, A., Saunes, I.S. & Lindahl, A.K. (2013). Health system review. *Health Systems in Transition*, 15(8), s. 1-162.
- Saunes, I.S., Karanikolos, M. & Sagan, A. (2020). Norway: Health system review. *Health Systems in Transition*, 22(1), s. 1-163.
- Schmidt, I., Lundholm, P., Fastbom, J., Nyman, F. (2022). *De nordiska ländernas arbete för en mer sammanhållen vård och omsorg. Centrala iakttagelser av lagstiftning, policies och exempel på tillämpat arbete*. Nordic Council of Ministers 2022. <http://dx.doi.org/10.6027/temanord2022-548>
- Sjøli, S.I. & Lønning, I. (2009). *Representantforslag nr. 94*. <https://www.stortinget.no/globalassets/pdf/representantforslag/2008-2009/dok8-200809-094.pdf> [2024-05-21]
- SKDE – Senter for klinisk dokumentasjon og evaluering (2021). *Helseatlas for kvalitet. En beskrivelse av kvalitet i utvalgte nødvendige helsetjenester for årene 2017–2019*. helseatlas-for-kvalitet-i-nodvendige-helsetjenester-skde-2021.pdf (helse-nord.no)
- SKDE – Senter for klinisk dokumentasjon og evaluering (2024). *Likeverdige helsetjenester – uansett hvor du bor?* Helseatlas (skde.no). Hämtat 2024-05-28.
- Social- och hälsovårdsministeriet (2023a). *Kommunerna*. <https://stm.fi/sv/kommunerna> [2024-05-22]
- Social- och hälsovårdsministeriet (2023b). *Ledningen och organisationen*. <https://stm.fi/sv/ledningen-och-organisationen> [2024-05-22]
- Social- och hälsovårdsministeriet (2023c). *Välfärdsområdena ansvarar för ordnandet av social- och hälsovårdstjänsterna och räddningsväsendet från början av 2023*. <https://stm.fi/sv/valfardsomraden> [2024-05-22]
- Social- och hälsovårdsministeriet (2023d). *Social- och hälsovårdsministeriets roll i styrningen av välfärdsområdena*. <https://stm.fi/sv/styrning-av-valfardsomradena> [2024-05-22]
- Social- och hälsovårdsministeriet (2024a). *De riksomfattande målen för ordnandet av social- och hälsovården (Rapport 2024:6)*. Helsingfors: Social- och hälsovårdsministeriet.
- Social- och hälsovårdsministeriet (2024b). *Nationell utredning av stegvis gradering, arbetsfördelning och samarbete för sjukhus inom den specialiserade sjukvården och jourmottagningar (Referat av arbetsgruppens rapport VN/24983/2023)*. Helsingfors: Social- och hälsovårdsministeriet.
- Social- och hälsovårdsministeriet (2024c). *Utredning om hur välfärdsområdenas ansvar för att ordna social- och hälsovård uppfylldes 2023 (2024:1)*. Helsingfors: Social- och hälsovårdsministeriet.

- Social- och hälsovårdsministeriet (u.å). *Social- och hälsovårdsministeriets roll i styrningen av välfärdsområdena*. <https://stm.fi/sv/styrning-av-valfardsomradena> [2024-05-22]
- Social- och hälsovårdsreformen. 2023. <https://soteuudistus.fi/sv/social-och-halsovards-reformen> [2023-06-27]
- Socialstyrelsen (2016). *Regionala variationer i vårdkonsumtion. En studie av skillnader mellan och inom länder*. Stockholm: Socialstyrelsen
- Socialstyrelsen (2018). *Tillgänglighet i hälso- och sjukvården*. Stockholm: Socialstyrelsen
- SOU 2007:10. *Hållbar samhällsorganisation med utvecklingskraft. Ansvarskommitténs slutbetänkande*. Stockholm: Finansdepartementet
- SOU 2015:98. *Träning ger färdighet. Koncentrera vården för patientens bästa*. Stockholm: Socialdepartementet.
- SOU 2016:2. *Effektiv vård. Slutbetänkande av En nationell samordnare för effektivare resursutnyttjande inom hälso- och sjukvården*. Stockholm: Socialdepartementet.
- SOU 2021:71. *Riksstressen i hälso- och sjukvården – stärkt statlig styrning för hållbar vårdinfrastruktur*. Stockholm: Socialdepartementet.
- SOU 2021:89. *Sverige under pandemin*. Stockholm: Socialdepartementet.
- SOU 2022:10. *Sverige under pandemin*. Stockholm: Socialdepartementet.
- SOU 2022:22. *Vägen till ökad tillgänglighet – delaktighet, tidiga insatser och inom lagens ram*. Stockholm: Socialdepartementet.
- SOU 2022:41. *Nästa steg. Ökad kvalitet och jämlikhet i vård och omsorg för äldre personer*. Stockholm: Socialdepartementet.
- Statistikcentralen (2022). *Valdeltagandet var lågt i det första välfärdsområdesvalet*. <https://stat.fi/sv/publikation/ckvam7f8w2osuob57nwdjaxsz> [2024-06-10]
- Statsrådet (2024). *Regeringens proposition om sjukhus- och journätet har sänts på remiss*. <https://valtioneuvosto.fi/sv/-/1271139/regeringens-proposition-om-sjukhus-och-journatet-har-sants-pa-remiss> [2024-06-13]
- Strandberg-Larsen, M., Bernt Nielsen, M., Vallgård, S., Krasnik, A. & Vrangbæk, K. (2007). Denmark: Health system review. *Health Systems in Transition*, 9(6), s. 1-162.
- Sundhedsdatastyrelsen (2021). *Løbende offentliggørelse af produktivitet i sygehussektoren: Udviklingen fra 2017 til 2018*. Oslo: Sundhedsdatastyrelsen.
- Sundhedsstrukturkommissionen (2024). *Sundhedsstrukturkommissionens rapport. Beslutningsgrundlag for et mere lige, sammenhængende og bæredygtigt sundhedsvesen*. <https://www.regeringen.dk/aktuelt/publikationer-og-aftaletekster/sundhedsstrukturkommissionens-rapport/> [2024-06-15]
- Sundhedsstyrelsen (2019). *Ulighed i sundhed – årsaker og indsatser*. Köpenhamn: Sundhedsstyrelsen.
- Sundhedsstyrelsen (2020). *Social ulighed i sundhed og sygdom: Udviklingen i Danmark 2010-2017*. Köpenhamn: Sundhedsstyrelsen.
- Sundhedsstyrelsen (2023a). *Gældende specialeplan*. <https://www.sst.dk/da/Fagperson/Sundhedsvaesnets-rammer-og-uddannelser/Specialeplaner-for-sygehusvaesnet/Gaeldende-specialeplan> [2024-05-21]
- Sundhedsstyrelsen (2023b). *Om specialeplanlægning*. <https://www.sst.dk/da/Fagperson/Sundhedsvaesnets-rammer-og-uddannelser/Specialeplaner-for-sygehusvaesnet/Om-specialeplanlaegning> [2024-06-27]

- Theie, M.G., Lind, L.H., Haugland, L.M. och Skogli, E. (2018). *Fastlegeordningen i krise – hva sier tallene?* Rapport. <https://www.legeforeningen.no/contentassets/1f-3039425ea744adab5e11ac5706b85a/fastlegeordningen-i-krise-hva-sier-tallene-endelig-rapport.pdf> [2024-08-15]
- Tynkkynen, L.K., Keskimäki, I., Karanikolos, M. & Litvinova, Y. (2023). *Finland: Health sy-stem summary, 2023*.
- Vallgård, S., Krasnik, A. & Vrangbæk, K. (2001). Denmark. *Health Care Systems in Transition*, 3(7), s. 1-92.
- Vård- och omsorgsanalys (2014a). *En mer jämlik vård är möjlig. Analys av omotiverade skillnader i vård, behandling och bemötande (Rapport 2014:7)*. Stockholm: Vård- och omsorgsanalys.
- Vård- och omsorgsanalys (2014b). *Strukturreformer i hälso- och sjukvårdssystem Erfarenheter från Danmark, Norge, England och Nederländerna (Rapport 2014:8)*. Stockholm: Vård- och omsorgsanalys.
- Vård- och omsorgsanalys (2017a). *Primärvårdens resurser, styrning och organisation. En jämförelse av villkor och förhållanden i Danmark, Norge, Nederländerna och Storbritannien (PM 2017:1)*. Stockholm: Vård- och omsorgsanalys.
- Vård- och omsorgsanalys (2017b). *En primär angelägenhet. Kunskapsunderlag för en stärkt primärvård med patienten i centrum (Rapport 2017:3)*. Stockholm: Vård- och omsorgsanalys.
- Vård- och omsorgsanalys (2017c). *Ordning i leden? Utvärdering av ordnat införande av nya läkemedel (Rapport 2017:5)*. Stockholm: Vård- och omsorgsanalys.
- Vård- och omsorgsanalys (2018). *Allmän tillgång? Ett kunskapsunderlag för en stärkt försörjning av läkarkompetens i första linjens vård (Rapport 2018:5)*. Stockholm: Vård- och omsorgsanalys.
- Vård- och omsorgsanalys (2019). *Gränslösa möjligheter, gränslösa utmaningar? Behov av digitala stöd hos personal och patienter i cancer vården (Rapport 2019:5)*. Stockholm: Vård- och omsorgsanalys.
- Vård- och omsorgsanalys (2021). *Genvägen till ökad precision. En framåtblickande analys av precisionsmedicin i hälso- och sjukvården (Rapport 2021:5)*. Stockholm: Vård- och omsorgsanalys.
- Vård- och omsorgsanalys (2022). *Nationell uppföljning av hälso- och sjukvården 2022. Indikatorer på kvalitet, jämlikhet och effektivitet (PM 2022:3)*. Stockholm: Vård- och omsorgsanalys.
- Vård- och omsorgsanalys (2023). *Ordnat för omställning? Utvärdering av omställningen till en god och nära vård: delrapport (Rapport 2023:2)*. Stockholm: Vård- och omsorgsanalys.
- Vård- och omsorgsanalys (2024a). *Analysplan 2024*. Stockholm: Vård- och omsorgsanalys.
- Vård- och omsorgsanalys (2024b). *Lägesbild av den nationella cancerstrategin. Kartläggning av styrkor och utvecklingsbehov. (PM 2024:2)*. Stockholm: Vård- och omsorgsanalys.
- WHO (2000). *Health care systems in transition: Norway*. World Health Organization. Regional Office for Europe. <https://iris.who.int/handle/10665/108300>

- WHO (2024). *Health Systems and Policy Monitor (HSPM)*. eurohealthobservatory.who.int/monitors/health-systems-monitor/analyses/hspm/denmark-2012/the-resilience-commission-has-presented-its-recommendations [2024-04-29]
- WHO (u.å.). *Global Health Expenditure Database*. <https://apps.who.int/nha/database> [2024-05-23]
- Økonomi- og Indenrigsministeriet (2013). *Evaluering af kommunalreformen*. København: Økonomi- og Indenrigsministeriet.

Bilaga – Intervjupersoner

Namn

Ilmo Keskimäki

Ingrid Sperre Saunes

Jon Magnussen

Karsten Vrangbæk

Liina-Kaisa Tynkkynen

Marianne Brehmer

Siv Sandberg

Tor Iversen

Titel

Professor Tampere universitet

Senior advisor Helsedirektoratet

Professor Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet

Professor Köpenhamns universitet

Assistant professor, Tampere Universitet

Docent Karolinska institutet

Lektor Åbo universitet

Professor Oslo universitet

Strukturreformer i Norden

Analys av hälso- och sjukvårdssystemen
i Norge, Danmark och Finland

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys uppgift är att ur ett patient-, brukar- och medborgarperspektiv följa upp och analysera hälso- och sjukvården, tandvården och omsorgen. Vi har patienternas och brukarnas behov som utgångspunkt i våra analyser. Myndigheten ska också verka för att samhällets resurser används på bästa sätt för att skapa en så god hälsa och patient- och brukarupplevd kvalitet som möjligt. Syftet är att bistå vården och omsorgen i att förbättra kvaliteten och effektiviteten – förbättringar som ytterst ska komma patienter, brukare och medborgare till del.