

Ekonomiska frågeställningar

Dagens sjukvårdskostnader

Sjukvårdskostnader inom svensk hälso- och sjukvård idag och över tiden

Under 1990-talet har svensk hälso- och sjukvård genomgått stora förändringar. Samtidigt som vården expanderade på många områden tvingades den för första gången på flera decennier till kostnadsminskningar och personalreducering. Kostnadsutvecklingen har påverkats av det förändrade vårdbehovet, utbudet, efterfrågan men även av den medicinska teknologiska utvecklingen.

De samlade kostnaderna för svensk hälso- och sjukvård uppgick år 2000 till 8,5 % av BNP. Tio år tidigare var motsvarande siffra 8,8 %. Om vården år 2000 erhållit lika stor del av BNP som 1990 skulle kostnadsramen varit sex miljarder större. Vid en jämförelse med EU-länderna var det endast Sverige och Finland vars hälso- och sjukvårdskostnader fick en minskad andel av landets BNP under perioden 1990-2000.¹ I dag ligger andelen av BNP för svensk hälso- och sjukvård nära genomsnittet för EU-länderna. År 2002 uppgick siffran till 9,2 % av BNP.²

Den totala nettokostnaden³ för hälso- och sjukvården uppgick år 2002 till 130 miljarder kronor. Av dessa tillföll 59 % den specialiserade somatiska vården, 19 % gick till primärvården, 10 % till den specialiserade psykiatriska vården, 8 % till övrig hälso- och sjukvård, 3 % till tandvården och slutligen 1 % till politisk verksamhet med avseende på hälso- och sjukvård.⁴

Vårdproduktionen har under perioden 1990-2000 genomgått en kraftig förändring, utvecklingen har gått från sluten vård till mer öppen vård. Antalet vårdtillfällen har minskat med 8,5 % och även medelvårdtiden har sjunkit från 7,9 till 6,2 dagar. Vidare har antalet vårdplatser minskat med 45% vilket i sin tur inneburit att det genomsnittliga vårdplatsutnyttjandet under perioden ökat med 30%.⁵

¹ Svensk hälso- och sjukvård under 1990-talet, Landstingsförbundet, september 2002, s 4ff

² Landstingsförbundet, PM, Lars Johansson, 2004-08-13 (OBS, siffrorna är justerade för tex äldreomsorg och därmed jämförbara)

³ Nettokostnad = verksamhetens samtliga kostnader med avdrag för samtliga intäkter

⁴ Verksamhet och ekonomi i landsting och regioner, Statistik om hälso- o sjukvård samt regional utveckling 2002, Landstingsförbundet, 2002, s. 13

⁵ Svensk hälso- och sjukvård under 1990-talet, Landstingsförbundet, september 2002, s 4ff

År 2002 var antalet läkarbesök per invånare 2,9 stycken att jämföra med 2000 då antalet var 2,8. Antal vårdtillfällen per 1 000 invånare var 15,9 år 2002 och motsvarande siffra 2000 var 16,3, det vill säga en fortsatt minskning jämfört med perioden 1990-2000. Medelvårdtiden har även den fortsatt att sjunka från 6,2 år 2000 till 6,1 vård dagar år 2002.⁶

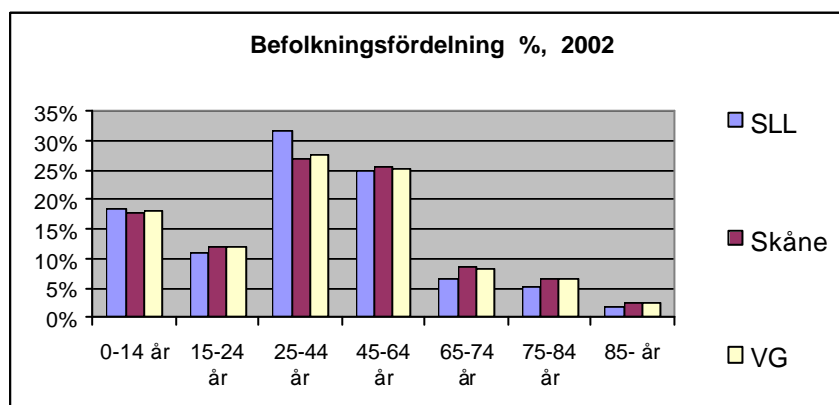
Jämförelse av sjukvårdskostnader inom SLL, Skåne samt Västra Götaland

Stockholms läns landsting, Region Skåne och Västra Götalandsregionen är relativt jämförbara områden. Detta i kombination med att liknande tendenser till strukturförändringar genomförs gör att det är intressant att studera och jämföra respektive landsting/regions sjukvårdskostnader, kostnadsnivå och vårdutnyttjande. Det statistiska underlaget som redovisas nedan kommer från Landstingsförbundet och det skall noteras att det finns flera potentiella felkällor och osäkerheter. De slutsatser som presenteras bör tolkas med försiktighet men siffrorna torde dock ge en antydning av nulägeskillnader för de tre områdena. Jämförelsen redovisas inom följande områden;

1. Befolkning
2. Nettokostnader inom hälso- och sjukvård
3. Vårdproduktion

Befolkning

År 2002 bestod befolkningen inom Stockholms läns landsting av 1,8 miljoner invånare. Motsvarande siffra för Region Skåne och Västra Götalandsregion var 1,1 respektive 1,5 miljoner invånare. Befolkningen inom Stockholms Läns landsting har under åren 2000- 2002 ökat genomsnittligen med 0,9 %. Motsvarande siffror för Region Skåne och Västra Götalands regionen är 0,6 % respektive 0,5 %.



Källa: Landstingsförbundet, Sjukvårdsdata i Fokus, 2004-08-13

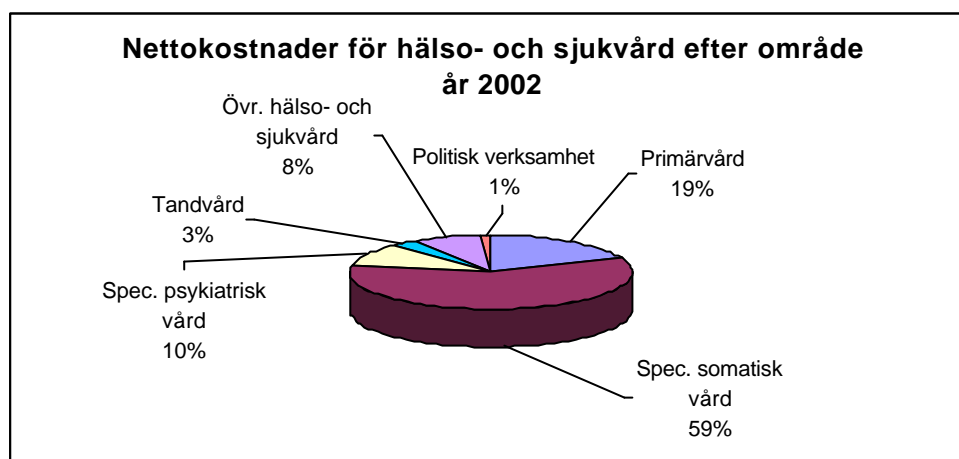
Som kan utläsas av diagrammet ovan har samtliga områden sin befolkningstygndpunkt i åldersspannet 25-64 år. Stockholms län har dock en högre andel av befolkningen i åldern 25-44 år och en lägre andel i åldrarna 65 och

⁶ Landstingsförbundet, Sjukvårdsdata i Fokus, 2004-08-13

uppåt. Region Skåne och Västra Götalandsregionen har i stor sett samma befolkningsandel per ålderskategori.

Nettokostnader inom hälso- och sjukvård

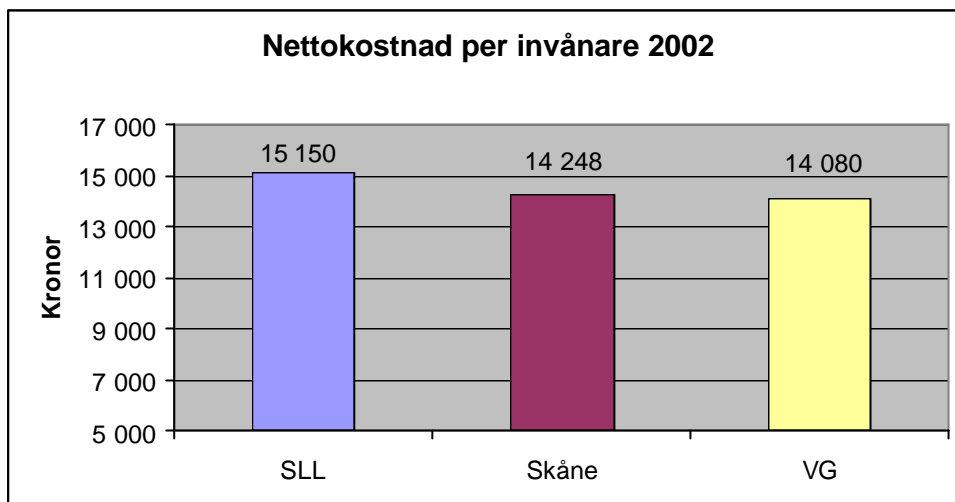
Kostnaderna inom hälso- och sjukvård fördelas mellan primärvården, specialiserad somatisk vård, specialiserad psykiatrisk vård, tandvård, övrig hälso- och sjukvård (t ex handikappverksamhet, ambulans- och sjuktransporter) samt kostnader för politisk verksamhet knutna till hälso- och sjukvården.



Källa: Verksamhet och ekonomi i landsting och regioner, Statistik om hälso- o sjukvård samt regional utveckling 2002, Landstingsförbundet, 2002, s. 13

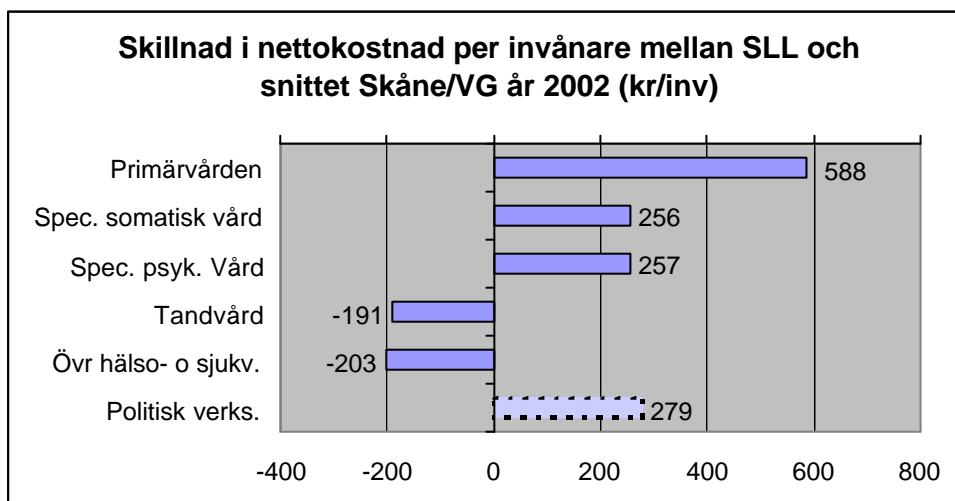
Den största kostnadsbäraren inom svensk hälso- och sjukvård är den specialiserade somatiska vården som står för närmare 60 % av nettokostnaderna. Därefter kommer primärvården och den specialiserade psykiatriska vården som de två andra stora posterna. Denna fördelning stämmer väl överens med de tre jämförda landsting/regionerna.

Nettokostnaden per invånare ligger på ungefär samma nivå vid en jämförelse mellan Region Skåne och Västra Götalandsregionen. Stockholms läns landsting har en nettokostnad per invånare motsvarande 15 150 kronor vilket är 1 070 kronor högre än Västra Götalandsregionen och 902 kronor högre än Region Skåne.



Källa: Landstingsförbundet, Sjukvårdsdata i Fokus, 2004-08-13

Omräknat till ett genomsnittligt värde ligger Stockholms läns landsting totalt 986 kronor eller 7 % högre, vilket motsvarar 1,8 miljarder i merkostnad per år. För att få en bättre helhetsbild bör ovan nämnda siffror ställas i relation till respektive landstings/regions produktion.

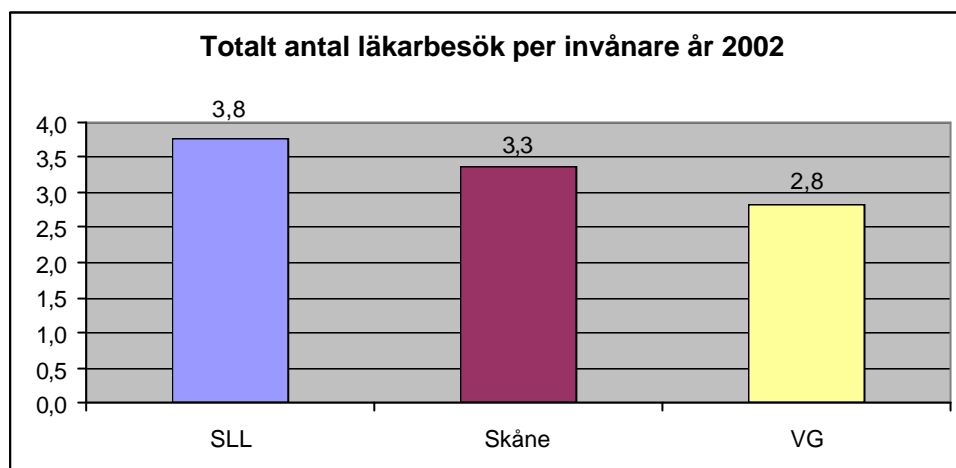


Källa: Landstingsförbundet, Sjukvårdsdata i Fokus, 2004-08-13

Den största kostnadsdifferensen förklaras av att primärvården inom Stockholms Läns landsting har en högre kostnad. Andra områden som ligger högre är specialiserad somatisk vård och den specialiserade psykiatrisk vården. Kostnaden för övrig hälso- och sjukvård samt tandvården ligger dock lägre i Stockholms läns landsting, -203 respektive -191 kronor per invånare. Kostnaden för den politiska verksamheten som är knuten till hälso- och sjukvården råder det extra stor osäkerhet kring då variationen är stor mellan vad som registreras och inte.

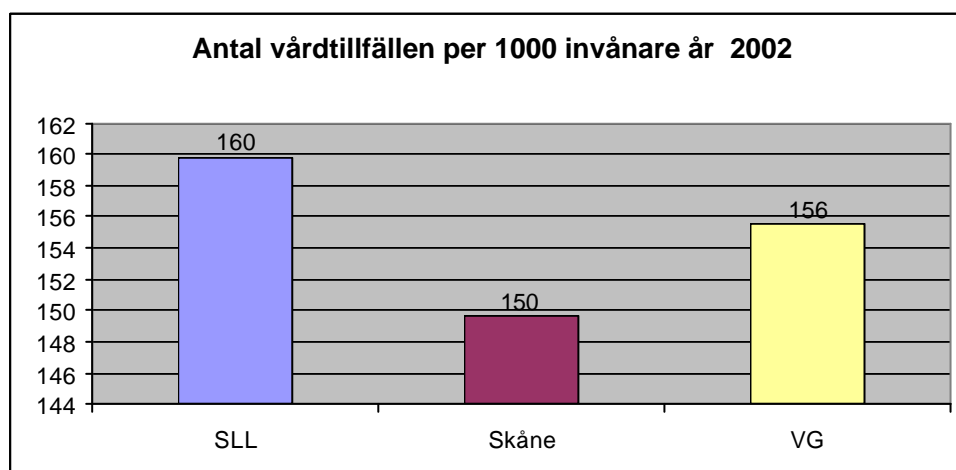
Vårdproduktion

När de tre landsting/regionernas vårdproduktion jämförts har antal läkarbesök, antal vårdtillfällen samt medelvårdtid undersökts. I totalt antal läkarbesök avses mottagningsbesök, hembesök och hemsjukvårdsbesök. Vidare är besök vid mvc och bvc exkluderade. Antal vårdtillfällen är åldersstandardiserade vilket innebär att de renser för skillnader i åldersstruktur.



Källa: Landstingsförbundet, Sjukvårdsdata i Fokus, 2004-08-13

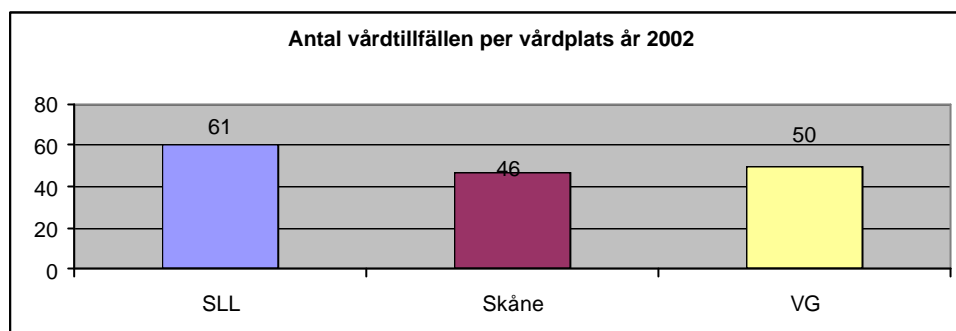
Stockholms läns landsting har den högsta produktionen av antal läkarbesök per invånare. Lägst produktion av läkarbesök uppvisar Västra Götalandsregionen. Stockholms läns landsting producerar 0,9 (33%) fler besök per invånare än Västra Götalandsregionen. Motsvarande siffra är 0,4 (13%) fler när länet jämförs med Region Skåne. Om ett genomsnittligt värde beräknas för Region Skåne och Västra Götalandsregionen ligger länet 0,7 besök högre i antalet läkarbesök per invånare vilket motsvarar 22%.



Källa: Landstingsförbundet, Sjukvårdsdata i Fokus, 2004-08-13

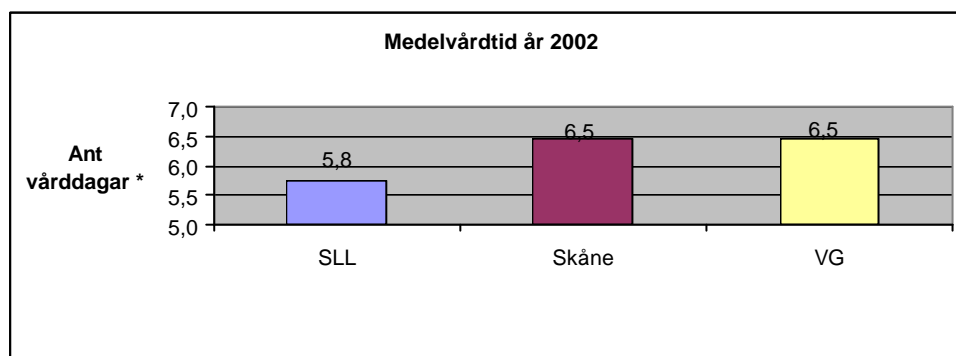
Stockholms läns landsting har det högsta antalet vårdtillfällen per 1000 invånare, 160 stycken och ligger 7 % respektive 3 % högre i antalet än Region

Skåne och Västra Götalandsregionen. För att få en bättre uppfattning vad detta medför för vårdproduktionen ställs antalet vårdtillfällen mot antalet vårdplatser. Antalet vårdtillfällen per vårdplats beskriver hur stor genomströmningen är per vårdplats.



Källa: Landstingsförbundet, Sjukvårdsdata i Fokus, 2004-08-13

År 2002 redovisade Stockholms läns landsting 4 883 vårdplatser. Motsvarande antal i Region Skåne och Västra Götalandsregionen var 3 687 respektive 4 687. Stockholms läns landsting hade 33 % fler vårdtillfällen per vårdplats jämfört med Region Skåne och 22 % fler än Västra Götalandsregionen.



Källa: Landstingsförbundet, Sjukvårdsdata i Fokus, 2004-08-13

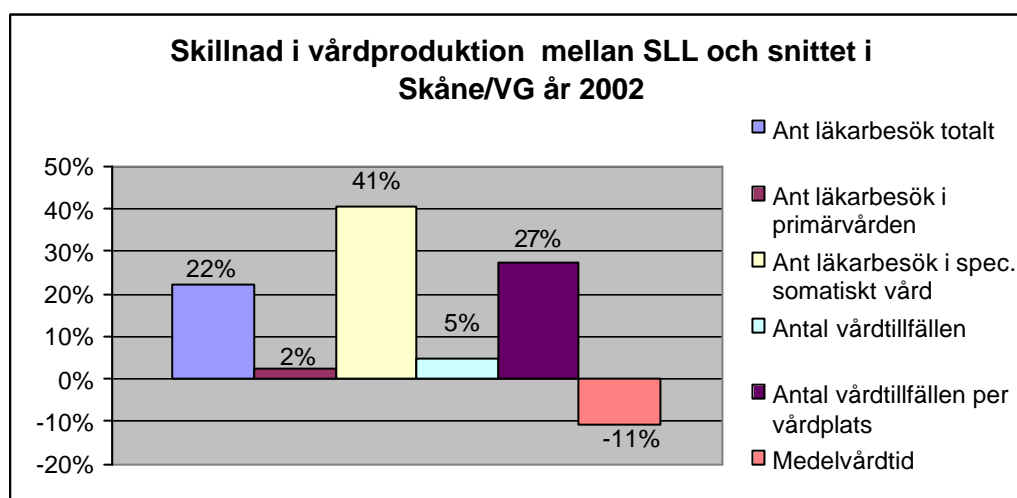
*; In- och utskrivningsdag räknas tillsammans som en dag. In- och utskrivning samma dag räknas dock som 0 dagar.

Medelvårdtiden beskriver antalet vård dagar per vårdtillfälle. Stockholm läns landsting har den kortaste medelvårdtiden, 5,8 vård dagar vilket är 12 % lägre än de båda andra regionerna. Under åren 2000-2002 har medelvårdtiden kontinuerligt sjunkit inom länet och år 2002 var medelvårdtiden 3 % lägre jämfört med 2000. Motsvarande jämförelse visar en ökad medelvårdtid inom Region Skåne (1%) och Västra Götalands regionen (3%).⁷

⁷ Landstingsförbundet, Sjukvårdsdata i Fokus, 2004-08-13

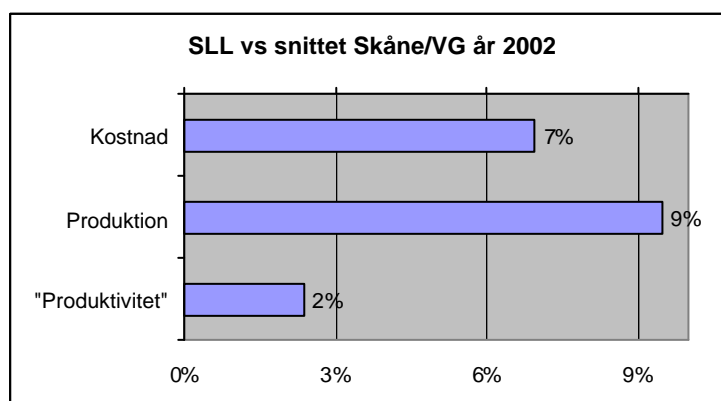
Sammanfattning

För att erhålla en mer sammanfattande bild redovisas en jämförelse mellan Stockholms läns landsting och genomsnittet för Region Skåne och Västra Götalandsregionen nedan. Stockholms län landsting har den största befolkningen av de jämförda områdena och har de senaste åren haft den största ökningen. En av skillnaderna i befolkningsstrukturen är att Stockholms läns landsting har en lägre andel i åldern 65 år och äldre jämfört med de övriga två regionerna. Nettokostnaden per invånare i Stockholms läns landsting är 15 150 kronor och ligger 7% högre.



Källa: Landstingsförbundet, Sjukvårdsdata i Fokus, 2004-08-13

Som tidigare beskrivits så har Stockholms läns landsting en genomgående högre produktion av antalet läkarbesök och antal vårdtillfällen. Länet ligger t ex 22 % högre i antal läkarbesök när antalet jämförs med det genomsnittliga värdet i Region Skåne och Västra Götalandsregionen. Medelvårdtiden i länet är lägre och ligger 11% under det genomsnittliga värdet.



Källa: Landstingsförbundet, Sjukvårdsdata i Fokus, 2004-08-13

För att få en samlad bild har produktionen viktats. Beräkningar visar att Stockholms läns landstings produktion år 2002 låg 9% högre än det genomsnittliga värdet i Region Skåne och Västra Götalandsregionen. För att få en bättre helhetsbild bör kostnaden ställas i relation till den av länet utförda produktionen. Ovan nämnda resonemang leder fram till att produktiviteten i Stockholms läns landsting år 2002 var 2 % högre än det genomsnittliga värdet.

Framtidens sjukvårdskostnader

Debatten har under en längre tid fokuserat på bristerna inom svensk sjukvård. Denna debatt har handlat om allt från långa vårdköer till bristande patientfokus och det är framförallt nedskärningar och besparingar som angetts som avgörande faktorer. För att bringa klarhet i sjukvårdens ekonomiska problematik måste vården analyseras ingående. En god helhetsbild erhålls först när de kostnadsdrivande faktorerna analyserats.

Kostnadsutveckling, dess orsaker och konsekvenser

Kostnadsutvecklingen inom sjukvården påverkas av en mängd faktorer. Sjukvårdens kostnader påverkas bl. a av befolkningsstrukturen, dess behov och efterfrågan av vård. En annan viktig faktor i detta resonemang är utbudet av vård som bland annat är en följd av politiska beslut men även en effekt av den medicinska forskningen och professionens drivkraft. Den medicinska teknologins utveckling har en stark inverkan på vården och därmed dess kostnadsutveckling. Ny medicinsk teknologi påverkar möjligheten till förbättrad diagnostisering och behandling men även kravet på ökad kompetensnivå hos personalen.

Vårdbehov

Behov av vård och efterfrågad vård är inte samma sak. Behovet motsvarar inte alltid det patienten efterfrågar, vilket i sin tur kan leda till över- eller undernyttjande av vården om inte vårdbehovet får styra. Förebyggande vård, t ex behandling av högt blodtryck underkonsumeras om patienten inte haft insikt om sitt vårdbehov och därmed inte söker vård. Detta kan senare resultera i behovet av en mer resurskrävande vård vid t ex en blodpropp. Motsatt effekt uppstår när vårdkonsumtionen är större än det faktiska vårdbehovet, vilket vanligen sker när patienten inte har erhållit tillräckligt med rådgivning kring sin situation.⁸ I båda fallen är vårdstruktur, information och rådgivning avgörande för att förhindra en negativ kostnadsutveckling samt för att identifiera patientens verkliga vårdbehov.

En avgörande faktor för vårdbehovet och därmed kostnadsutvecklingen inom vården är de demografiska faktorerna. En stark korrelation råder mellan ålder och vårdbehov. Sveriges demografiska struktur går mot ett ökat antal äldre sett i relation till hela befolkningen.

⁸ Hälsoekonomins grunder, H Brodin, A Andersson, 1998, s 42

Under nittioalet ökade medellivslängden för män med 2,6 år och för kvinnor med 1,6 år. SCB:s befolkningsprognos visar att den största ökning fram till år 2020 kommer att ske i åldersgruppen 65-74 år (44%) men även åldersgruppen 75-84 och den äldsta gruppen 85- förväntas öka (36% respektive 34%).⁹

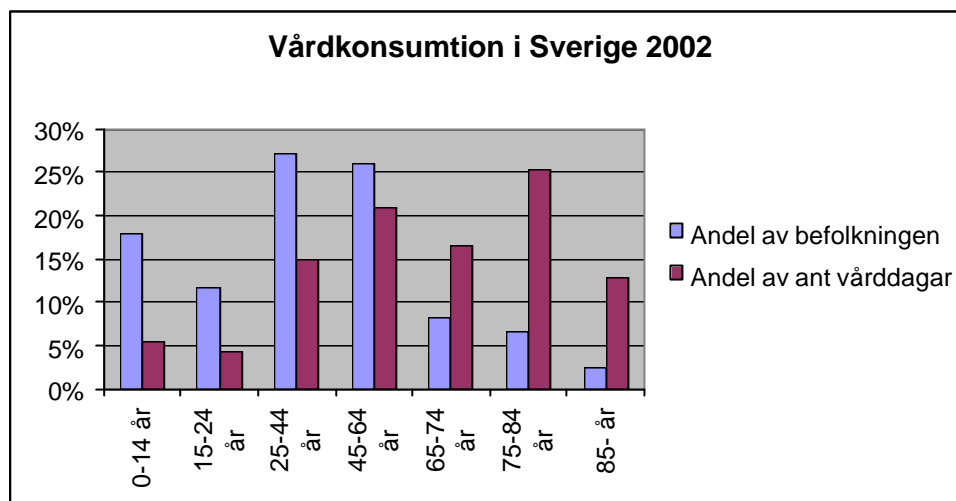


Diagram X

Källa: Landstingsförbundet, Sjukvårdsdata i Fokus, 2004-08-13

Med en äldre befolkning ökar och förändras vårdbehovet samtidigt som den medicinska teknologiska utvecklingen i allt högre grad möjliggör behandling av sjukdomar som drabbar äldre. Detta framkommer tydligt om en jämförelse görs mellan respektive åldersgrupps befolkningsandel och vårdandel. De höga vårdkostnaderna för den äldre befolkningen gäller dock främst under patientens sista levnadsår oavsett ålder men som tidigare nämnts har den medicinska teknologiska utvecklingen möjliggjort att äldre patienter i allt högre grad kan opereras/behandlas. Detta medför i sig ökade kostnader för vården.¹⁰

När folkhälsan senast granskades tydliggjordes att en av de positivare trenderna är just ökad medellivslängd hos befolkningen. Andra positiva faktorer är minskad spädbarnsdödlighet, färre rökare samt minskad dödlighet i akut hjärtinfarkt och slaganfall. Däremot ökar förekomsten av psykisk ohälsa, ökad förekomst av värk, fetma, en ökad alkoholkonsumtion, ökad förekomst av allergier samt sexuellt överförda infektioner. Dessa faktorer gör att vårdbehovet förändras och ställer nya krav på vårdstrukturen.¹¹ I Sverige råder en allt större kulturell och språklig mångfald. Detta sammantaget med att framtidens patient i större utsträckning har en varierad hälsobakgrund kom-

⁹ Svensk hälso- och sjukvård under 1990-talet, Landstingsförbundet, september 2002, s 12

¹⁰ Svensk hälso- och sjukvård under 1990-talet, Landstingsförbundet, september 2002, s 17

¹¹ Folkhälsan i stockholms län 2003, Samhällsmedicin, s. 10ff

mer att påverka det framtida behovet av vård, vårdformen och därmed kostnadsutvecklingen.

En stor andel av vårdbehovet återfinns bland patienter som behöver vård från flertalet vårdgivare under samma vårdperiod, t ex äldre och/eller multisjuka patienter.¹² Kostnadsutveckling är således i hög grad beroende av hur utvecklingen och samordningen ser ut inom sjukvården. Att identifiera vårdbehovet hos respektive framtida patientgrupp blir avgörande både för patientens bästa samt för att minimera en kostsam vård på fel nivå.

Behovet av vård är således en stark förklaring till hur kostnadsutvecklingen kommer att se ut i framtiden och därmed hur vårdstrukturen, informationen och rådgivningen bör utformas för att på bästa sätt dämpa en ineffektiv kostnadsutveckling. Vårdutbudet och befolkningens efterfrågan är andra starkt påverkande faktorer.

Utbud

I ekonomiska sammanhang beskrivs utbudet som en relation mellan den mängd varor/tjänster som erbjuds på marknaden och den ersättning som varan/tjänsten genererar. Sjukvården i Sverige är huvudsakligen finansierad genom skatter vilket gör att utbudet inte i första hand påverkas av produkten/tjänstens pris.¹³ Producenten är naturligtvis beroende av andra faktorer som t ex lämplig utrustning, kompetent personal, lokaler etc. Detta ses tydligt inom vård och omsorg där produktionsförutsättningarna och därmed utbudet till stor del styrs av personalens kompetens, erfarenhetsnivå och drivkraft, lokaler och den medicinska teknologiska utvecklingen.¹⁴

Samordning av vårdutbudet som idag finns på många nivåer; internationell-, nationell-, regional- och landstingsnivå etc är en kritisk fråga för den framtida kostnadsutvecklingen. Att samordna vårdutbudet är av stor vikt för att patienten inte ska behandlas på fel och en mer kostsam vårdnivå. Utredningar gjorda av socialstyrelsen visar att 10-20 % av patienterna vid medicinklinikernas slutenvård egentligen borde behandlas inom primärvården. Specialiserad vård är resurskrävande och mycket kostsam vilket innebär att felaktigt nyttjande av detta vårdutbud blir kostnadsdrivande.¹⁵ Tendensen att folkhälsoproblemen förskjuts från ett mer akut sjukdomstillstånd som t ex stroke och hjärtinfarkt till ökad ohälsoproblem som psykisk ohälsa, värk etc ställer även det nya krav på vården och dess anpassningsförmåga för att minimera en negativ kostnadsutveckling.

Underutnyttjat utbud är mycket ineffektivt ur kostnadssynpunkt och förekommer t ex då befolkningsunderlaget är för lågt för ett optimalt resursut-

¹² Struktur, Resurser, Drivkrafter – sjukvårdens förutsättningar, Anders Anell, 2004, s. 81

¹³ Hälsoekonomins grunder, H Brodin, A Andersson, 1998, s 38

¹⁴ Hälsoekonomins grunder, H Brodin, A Andersson, 1998, s 36ff

¹⁵ Utvecklingen i svensk hälso- och sjukvård, Landstingsförbundet och Kommunförbundet, 2004, s. 10

nyttjande. Detta gäller i hög grad verksamheter som är resurskrävande med anledning av det stora behovet av högspecialiserad personal, jourlinjer, utrustning etc.¹⁶

Både över- och underutnyttjande av sjukvårdens utbud har negativa ekonomiska följder. Nyttjandet och därmed kostnaden för vården är en kombination av behovet, utbudet och den rådande efterfrågan.

Efterfrågan

I generella ekonomiska resonemang styrs efterfrågan huvudsakligen av priset på produkten. Den förenklade modellen säger att ”Ju lägre priset är på den utbudna varan, desto mer vill konsumenten köpa”, dvs en ökad efterfrågan.¹⁷ Efterfrågan på vård kan endast i mycket begränsad utsträckning styras av ett pris då vården i Sverige huvudsakligen är skattefinansierad och därmed inte priskänslig på samma sätt som övrig konsumtion. Exempel på andra faktorer som påverkar efterfrågan är inkomstnivå och attityder. Studier visar att ökade inkomster följs av en ökad efterfråga och konsumtion av vård oavsett patientens egentliga vårdbehov. Detta är förmodligen en avspeglning av Maslows behovstrappa som omsatt till produkter kan beskrivas som en trappa från basala nödvändighetsvaror (mat) till lyxkonsumtion (självförverkligande, upplevelser).¹⁸ Studier visar också att utbildningsnivån ökar människors kunskap, förväntan och krav på vården.¹⁹

Den efterfrågade vården styrs huvudsakligen av den upplevda graden av sjukdomstillstånd, patientens kunskapsnivå, attityder samt informationstillgång. En individ kan uppleva sitt sjukvårdsbehov som större än vad det egentligen är och därmed efterfråga vård som individen egentligen inte är i behov av. Å andra sidan efterfrågas vård ibland i ett alltför sent läge vilket i sin tur kan innebära att mer avancerad och kapitalintensiv vård krävs, så är fallet t. ex. vid hjärtinfarkt.²⁰

Befolkningens förhållningssätt har en avgörande betydelse för efterfrågad vård och omsorg och därmed den framtida kostnadsutvecklingen. Den stora spridning som i dag sker av nya informationsteknologier och därmed den ökade tillgången av information medför att patienter och anhöriga ställer allt större krav på vården och dess kvalitet. Patienten kan inte alltid själv avgöra om dennes efterfråga av vård motsvarar ett faktiskt behov av en viss typ av vård. Konsumtion av vård och därmed kostnadsutvecklingen inom vården är därmed beroende av de som besitter den korrekta kompetensen, vanligtvis de som producerar tjänsten. Denna maktposition som professionen besitter

¹⁶ Utvecklingen i svensk hälso- och sjukvård, Landstingsförbundet och Kommunförbundet, 2004, s. 8

¹⁷ Hälsoekonomins grunder, H Brodin, A Andersson, 1998, s 39

¹⁸ Hälsoekonomins grunder, H Brodin, A Andersson, 1998, s 41

¹⁹ Den medicinska utvecklingens konsekvenser för sjukvårdens resurser, Landstingsförbundet, 2002, s. 10ff

²⁰ Lägre kostnad bättre sjukvård, T Åberg och G Wallin, 1992, s 13

ger dem ett stort ansvar när det gäller den framtida kostnadsutvecklingen inom vården.

Medicinsk teknologi

För att förstå den medicinska teknologins effekter på framtidens sjukvårdskostnader måste man veta vad detta begrepp avser. En vanlig definition av medicinsk teknologi är; "...medicinska, kirurgiska procedurer, läkemedel och utrustning som används i hälso- och sjukvården, samt de organisatoriska och stödjande system inom vilken vården ges."²¹

Under 1990-talet stagnerade resurstilldelningen till sjukvården. Trots detta har utvecklingen inom medicinsk teknologi inte avstannat kanske är det även så att den ekonomiska situationen drivit på utvecklingen.²² Utvecklingen på detta område sker i en snabb takt. Det finns dock exempel på nya metoder och tekniker som möjliggjort förändringar i vården som i sin tur har minskat kostnaden för olika vårdformer. Exempel på detta är laproskopisk kirurgi (titthålskirurgi) denna teknik förbättrar inte bara behandling och minskar lidandet för patienten utan medför kortare vårdtider och därmed minskade kostnader. Andra konkreta exempel på vad den medicinska teknologiska utvecklingen medfört är att allt äldre patienter kan genomgå starr-, höftleds- och kranskärlsoperationer. Den förbättrade medicinska behandlingen beror bl. a på en utvecklad och förfinade anesthesiologi som möjliggör att äldre kan opereras i allt större utsträckning. Detta medför en ökad livskvalitet men även ökade kostnader för vården.²³ Vidare kan behandlingar som förr krävde slutna vård övergå till dagkirurgi eller öppenvård om vårdstrukturen möjliggör detta och följer med i förändringstakten. När vården fasas till rätt vårdnivå kan kostnadsutvecklingen dämpas.²⁴

Dokumentation och utvärdering av olika metoder har inte alltid varit ett prioriterat område inom hälso- och sjukvården. Eftersom medicinsk teknologi kan vara en mycket resurskrävande faktor i vården är en nogsam utvärderad utveckling av stor vikt sett utifrån en ekonomisk synvinkel. Utan en korrekt utvärdering sprids och prioriteras olika teknologier på ett okontrollerat sätt. Det är inte helt ovanligt att kapitalintensiv teknologi, t ex MR kammor införskaffats för att attrahera alternativt behålla kompetent personal eller för att höja statusen hos en vårdgivare. Fortsätter denna utveckling riskerar kostnadsbilden att skena och risken för felaktiga prioriteringar i vården blir stor.²⁵

Organisation och bemanning är faktorer som också påverkas av den medicinska teknologiska utvecklingen. Personalkostnader är den största posten

²¹ Hälsoekonomins grunder, H Brodin, A Andersson, 1998, s 80

²² Politik och marknad i framtidens sjukvård, G Arvidsson, B Jönsson, 1997, s 91

²³ Svensk hälso- och sjukvård under 1990-talet, Landstingsförbundet, september 2002, s 5

²⁴ Politik och marknad i framtidens sjukvård, G Arvidsson, B Jönsson, 1997, s 91

²⁵ Hälsoekonomins grunder, H Brodin, A Andersson, 1998, s 82

inom sjukvårdens totala kostnader, vikten av rätt bemanning och resursutnyttjande blir därför avgörande för att förhindra en negativ kostnadsutveckling i framtiden. Dessa två faktorer påverkas i hög grad den medicinska teknologiska utvecklingen samt av de rådande lokalmässiga förhållandena inom vården. En konsekvens av dålig lokalplanering är t ex att arbetsgrupper inte kan hjälpas åt alternativt inte tillåter en lägre bemanning som med verksamhetsanpassade lokaler skulle vara möjlig.²⁶

Läkemedel är en annan kostnadsdrivande faktor inom medicinsk teknologi och därmed inom vården. De senaste åren har uppvisat stigande kostnader för läkemedel. År 1990 låg läkemedelskostnaderna på 10 miljarder kronor och 2002 låg de på drygt 18 miljarder. Detta innebar att läkemedelskostnaderna år 2002 svarade för 14,0 % av landstingens totala sjukvårdskostnader, vilket kan jämföras med 8,4 % 1990.²⁷

En viktig förklaring till att läkemedelskostnaderna ökar är att det kontinuerligt introduceras nya läkemedel för nya behandlingsmetoder eller som ersättning till äldre läkemedel. Att läkemedelskostnaderna i sig ökar behöver dock inte innebära något problem under förutsättning att pengarna får en mer kostnadseffektiv användning.²⁸ Nya läkemedel kan användas för att ersätta annan tidskrävande behandling vilket skulle kunna innebära mindre lidande för patienten, kortare vårdtider och därmed billigare och bättre vård totalt sett. Detta kräver dock att en vårdform fasas ut för en annan och att vårdstrukturen anpassas.²⁹ Avgörande för framtidens läkemedelskostnader är att olika läkemedel utvärderas så att alternativkostnader analyseras och att vårdpersonal gör rätt prioritering som gynnar patienten och den ekonomiska kostnadsutvecklingen.³⁰

Sammanfattning

Framtidens kostnadsutveckling är till stor del beroende av hur behovet, utbudet och efterfrågan av vård samt hur den medicinska teknologiska utvecklingen hanteras. Om inte utbudet anpassas till det verkliga behovet och om inte den framtida patientens efterfråga hanteras och bemöts med t ex rätt information och rådgivning är risken stor att en negativ kostnadsutveckling sker inom vården som en följd av en över- och/eller underutnyttjad vård.

Att följa, styra och påverka dessa faktorer samt hanteringen av den medicinska teknologiska utvecklingen kommer att vara avgörande för hur de framtida kostnaderna inom sjukvården utvecklas.

²⁶ Lägre kostnad Bättre sjukvård, T Åberg och G Wallin, 1992, s.117ff

²⁷ Verksamhet och ekonomi i landsting och regioner, Statistik om hälso- o sjukvård samt regional utveckling 2002, Landstingsförbundet, 2002, s. 60 samt Utvecklingen i svensk hälso- och sjukvård, Landstingsförbundet och Kommunförbundet, 2004, s. 13

²⁸ Politik och marknad i framtidens sjukvård, G Arvidsson, B Jönsson, 1997, s 69

²⁹ Hälsoekonomins grunder, H Brodin, A Andersson, 1998, s 91ff

³⁰ Politik och marknad i framtidens sjukvård, G Arvidsson, B Jönsson, 1997, s. 70 ff

Generella resonemang kring kostnadseffektiv sjukvård

På en vanlig produktionsmarknad dimensioneras verksamheten av efterfrågan och de produktionsekonomiska förutsättningar som råder. Verksamheten anpassas efter utbud och efterfrågan och när inte kostnadseffektivitet kan uppnås läggs verksamheten ned och nya verksamheter utvecklas.³¹

Hälso- och sjukvården i Sverige lyder under hälso- och sjukvårdslagen som säger; ”god hälsa och vård på lika villkor för hela befolkningen”³². Lagen innebär ett mer komplicerat ansvar och mindre handlingsutrymme än på den vanliga produktionsmarknaden. Grundsatsen inom hälsoekonomi är att resurserna är ändliga. I Sverige är större delen av sjukvården finansierad genom skatteintäkter som i sin tur är just ändliga. Detta resonemang om resursernas ändlighet medför att en kostnadseffektiv sjukvård måste organiseras, samverka och prioritera så att största möjliga nytta uppnås utifrån de givna resurserna.

En kostnadseffektiv sjukvård karakteriseras i hög grad av en effektiv sjukvårdsstruktur med god samverkan och rätt prioriteringar.

Vissa patientgrupper är mycket små och deras sjukdomstillstånd kräver en mycket komplicerad och kapitalintensiv behandling. I dessa fall är centralisering en förutsättning inte bara för att det krävs ett visst antal patienter för att uppnå en viss kompetens och erfarenhet på området utan även för att uppnå kostnadseffektiv sjukvård. En centralisering möjliggör i dessa fall ett kostnadseffektivt nyttjande av vårdplatser, jourlinjer, röntgen, anestesi, kapitalintensiv utrustning och personal.³³ En centralisering av specialiserad vård underlättar också samarbete mellan regioner och inom nationen. Exempel på vård som centraliserats är t ex koncentrationen av hjärtkirurgi på barn som genomfördes under 90-talet.³⁴ För att uppnå en mer kostnadseffektiv vård bör arbetsuppgifter vidare fördelas mellan sjukhus så att inte varje sjukhus står med ett komplett men underutnyttjat vårdutbud. Ett annat sätt att öka kostnadseffektiviteten är ett ökat samarbete över landstingsgränser samt öka den regional samordningen.³⁵

För att koncentration av specialiserad vård skall kunna vara kostnadseffektivt krävs att resurserna nyttjas för rätt vård. Det är därför av stor vikt att annan vård decentraliseras till rätt vårdnivå. För att en decentralisering skall vara möjlig krävs en utbyggd närsjukvård som kan ta hand om patientens vårdbehov. Närsjukvården måste kunna erbjuda vård för tillstånd som är vanligt förekommande i befolkningen, ofta förekommande för individen samt samhällsekonomiskt rimliga att tillhandahålla på lokal nivå. Exempel på sådan vård är; förebyggande insatser och vanliga vårdbehov i primärvår-

³¹ Politik och marknad i framtidens sjukvård, G Arvidsson och B Jönsson, 1997, s. 60

³² Politik och marknad i framtidens sjukvård, G Arvidsson och B Jönsson, 1997, s. 118

³³ Högspecialiserad sjukvård – kartläggning och förslag, Ds 2003:56, s. 160

³⁴ Lägre kostnad Bättre vård, Torkel Åberg och Gun Wallin, 1992, s.97ff

³⁵ SOU 1996:163, s. 29

den, sviktande allmäntillstånd, yrsel. För att detta skall lyckas krävs bl. a samarbete, information och rådgivning samt en god spridning av kunskap och metoder som är tillräckligt utvecklade för en mindre avancerad vårdnivå.³⁶

Samverkan mellan olika vårdenheter är en avgörande faktor för att uppnå en kostnadseffektiv sjukvård. Genom att prioritera och vårda patienten på lägsta effektiva omhändertagandenivå, vilket innebär en ökad arbetsfördelning mellan högspecialiserad vård, specialiserad vård, bassjukvård och förebyggande vård kan resurserna nyttjas effektivt. Detta kräver dock en samsyn och förståelse för hela vårdssystemet. Samverkan är viktig även utifrån aspekten kunskapspridning. Det sker genom att billigare och bättre metoder sprids och används vid rätt enhet, vilket möjliggöra kostnadsminskningar inom vården.³⁷

För att en lyckad samverkan och en kostnadseffektiv vårdstruktur skall komma till stånd krävs också att ny teknologi och nya informationssystem införs så att de samlade resurserna kan användas på ett optimalt sätt. Detta för att underlätta vårdbeslut och medicinska konsultationer från bl. a specialister.³⁸

För att minimera risken av ett överutnyttjat och kostnadsineffektivt sjukvårdssystem är det av stor vikt att möta och informera patienten. För att klara detta krävs inte enbart medicinsk kompetens utan informationskanaler som på ett tidigt stadium stärker patientens delaktighet, egenvård samt hjälp att söka eller inte söka viss vård. Detta är av stor vikt speciellt inom när-sjukvården där patienter behöver olika typer av vårdformer under en längre tid.³⁹

Sammanfattning

För att skapa en kostnadseffektiv sjukvård krävs ett effektivt resursutnyttjande. Detta innebär att vårdstrukturen bör byggas så att vården kan maximera vårdproduktionen och på så sätt nå skalfördelar, så att bästa möjliga kvalitet kan nås till lägsta möjliga resursåtgång. Genom bra information, rådgivning, rätt prioritering och samarbete kan patienten vårdas på rätt vårdnivå, antalet undersökningar minimeras och ett effektivt flöde av patienter uppnås. På så sätt används utrustning, lokaler, personal med rätt kompetensnivå på det mest effektiva sättet.

³⁶ Struktur, Resurser, Drivkrafter – sjukvårdens förutsättningar, Anders Anell, 2004, s. 83

³⁷ Revisionsrapport, Landstingsrevisorerna, 2004 februari, Rapport nr 7/04, s.

³⁸ SOU 1996:163, s. 28 ff

³⁹ Struktur, Resurser, Drivkrafter – sjukvårdens förutsättningar, Anders Anell, 2004, s. 105ff

Särskilt om 3 S utredningen

Sjukvårdens ekonomi har under det senaste årtiondet tenderat att fokusera på olika akuta problem. En stor risk med detta är ekonomiska suboptimeringar som på kort sikt räddar upp situationen men på lång sikt riskerar att urholka sjukvården ur ett helhetsperspektiv. 3 S utredningen bygger på en långsiktig lösning där hänsyn tas till patientens behov och framtidens kostnadsutveckling för att därigenom uppnå en kostnadseffektiv sjukvård för patientens bästa. 3 S utredningen består av;

1. Det nya universitetssjukhuset och den framtida akutsjukvårdsstrukturen
2. Den framtida närsjukvården

De styrande faktorerna för båda dessa utredningar har varit vårdutbudet, befolkningens behov, och efterfrågan. Strukturförändringarna som det senaste årtiondet diskuterats och som beskrivs i 3 S har i viss mån påbörjats. Tidigare Karolinska Sjukhuset och Huddinge Universitetssjukhuset AB slogs 1 januari 2004 samman vilket är ett första steg för att skapa ett starkt Universitetssjukhus – Karolinska Universitetssjukhuset. I augusti 2004 togs beslut om en koncentration av stora delar av den högspecialiserade vården till Karolinska, vilket ytterligare förstärker sjukhusets profil och spets internationellt och nationellt. I samband med denna koncentration sker nu en utflyttning av den specialiserade vården från Karolinska till bl a Danderyds Sjukhus AB, Södersjukhuset AB och St Görans Sjukhus AB. Akutverksamhet som inte kräver högspecialiserad vård flyttas från universitetssjukhuset till övriga akutsjukhus och till närsjukvården.

Den strukturförändring som fortsättningsvis föreslås i 3 S kommer att tydlig- och möjliggöra;

- a) Nationell samverkan
- b) Flödesorienterad vård
- c) Omhändertagande på rätt nivå
- d) Skalfördelar

Nationell samverkan

Såväl Ansvarskommittén (2003:2) och Socialdepartementet (DS 2003:56) framhåller i sina utredningar att den högspecialiserade vården är för kompetenskrävande och dyr samt rör alltför få patienter för att varje landsting skall erbjuda denna vård. Karolinska Universitetssjukhuset och den påbörjade koncentrationen av den högspecialiserade vården skapar en tydlig profil för Stockholms läns landsting i det nationella samarbetet. Ett bra exempel på möjligheten till utvecklat samarbete är den gemensam avsiktsförklaring som undertecknades av Karolinska och Sahlgrenska Universitetssjukhuset i juni 2004. I avsiktsförklaringen framgår att sjukhusen vill ha ett nära och långsiktigt samarbete inom den högspecialiserade vården, forskning och ut-

veckling. Utbytet kommer att bygga på ett ömsesidigt kunskaps- och erfarenhetsutbyte men även klinisk samverkan. Ett stärkt nationellt samarbete torde även innebära en starkare medicinsk profil internationellt.

Flödesorienterad vård

För att på bästa sätt möta den framtida patientens behov krävs en samverkan mellan universitetssjukhuset, akutsjukhusen och närsjukvården. Detta dels för att identifiera de rätta processerna för den framtida patientens behov men även för att effektivisera flödena i vården. För att möta detta behov struktureras vården till att bli mer flödesorienterad.

Denna process har redan påbörjats genom koncentrationen av den högspecialiserade vården inom Stockholms läns landsting. Den högspecialiserade vården ställer höga och särskilda krav på såväl personalens kompetens som övriga resurskrävande faktorer som t ex medicinsk teknologi. Högspecialiserad vård innefattar ofta ett fåtal patienter per diagnos, en koncentration av vården för dessa bör sannolikt innebära ett effektivare resursutnyttjande. Vidare torde detta ge bättre möjlighet att utveckla vården genom den samlade kompetensen och den medicinska teknologin som i ett senare skede kan föras ut till en lägre vårdnivå och där nyttjas bättre och effektivare både ur patient- och kostnadsperspektivet. Patientsäkerheten torde också öka då den högspecialiserade vården centraliseras och patienten behandlas där de bästa förutsättningarna finns, vilket i sin tur sannolikt minskar antalet reoperationer.

Denna koncentration torde också vara ett gott incitament för en snabb kunskapsöverföring mellan grundforskning, klinisk forskning samt den högspecialiserade vården. För att denna koncentration skall bli effektiv och görlig har en förflyttning av den specialiserad vård och/eller bassjukvård till andra sjukhus påbörjats. Detta medför större volymer och effektivare vårdflöden inom specialist- och bassjukvården.

Med ett nytt universitetssjukhus kommer inte bara patientflödena att förbättras detta bör också innebära en bättre och mer kostnadseffektiv logistik. Men en bättre lokalplanering kan bemanningen bättre anpassas till vårdbehovet till en lägre kostnad. En bättre lokalplanering bör också att ge bättre möjligheter till samutnyttjande av utrustning. Vidare förbättras förutsättningarna för forskningsuppdraget samt samarbetet med KI.

Akutsjukvården har utvecklats mot en allt mer akut karaktär där mer avancerade utredningar och behandlingar utförs. Detta har inneburit att sjukhusens kompetens och resurser i allt högre utsträckning måste finnas tillgänglig dygnet runt. Som en följd av 3 S utredningen har det påbörjats en styrning av olika akuta patientgrupper bl. a genom införandet av remisskrav till Akutmottagningen på Karolinska Universitetssjukhuset detta för att rätt patientgrupp skall behandlas där de mest kostnadskrävande resurserna finns. Vidare ökar volymen av andra akuta omhändertaganden vid övriga akut-

sjukhus genom att bl. a prio 3 ambulanstransporter dirigeras från Karolinska. Detta torde bl. a innebära att jourlinjer, utrustning och övriga resurser nyttjas mer effektivt.

Undersökningar har visat att många som söker till akutmottagningar inte är i behov av det akuta omhändertagande som akutsjukhusen erbjuder, att de skulle ha erhållit lika bra eller bättre vård inom närsjukvården. För att förändra detta patientflöde till akutsjukhusen föreslås i 3 S en ökad information till patienterna genom bättre sjukvårdsupplysning och rådgivning samt en stärkt närsjukvård. Närsjukvården skall bli mer tillgänglig för patienten genom t ex Vårdguiden samt en ökad telefontillgänglighet. I 3 S föreslås vidare en ökad tillgänglighet för patienter som behöver komma till närakutmottagningar. En utveckling av telemedicinen ger närsjukvården ökade möjligheter till stöd från specialister inom den övriga vården men ger även sjukhusen möjlighet att nyttja specialistkompetens som bara finns på ett fåtal sjukhus.

Omhändertagande på rätt nivå

Genom en utökad samverkan mellan olika vårdgivare kommer patienten lättare att kunna vårdas enligt LEON principen vilket genomsyrar hela 3 S utredningen. Genom att prioritera och vårda patienten på lägsta effektiva omhändertagandenivå, vilket innebär en ökad arbetsfördelning mellan högspecialiserad vård, specialiserad vård, bassjukvård och förebyggande vård, kan resurserna nyttjas effektivare.

För att detta skall vara möjligt föreslår 3 S utredningen en fortsatt koncentration av den högspecialiserade vården och bassjukvården, ett ökat samarbete mellan specialister och närsjukvården samt att tekniken med telemedicin utvecklas och nyttjas än mer. Ett annat viktigt verktyg för att uppnå en kostnadseffektiv och en hög vårdkvalitet är införandet av en gemensam vårddokumentation. Detta torde öka den medicinska säkerheten och minska behovet av antalet utförda undersökningar och provtagningar vilket minimerar kostnaderna men även underlättar vårdprocessen för patienten.

Som tidigare nämnts ökar förekomsten av psykisk ohälsa, förekomst av värk, fetma, en ökad alkoholkonsumtion samt en ökad förekomst av allergier. Dessa faktorer gör att vårdutbudet bör förändras. För att stävja den framtida kostnadsutvecklingen har närsjukvården en viktig roll. För att nå framgång kring detta problem föreslår 3 S utredningen en tydlig struktur för samverkan. Detta är särskilt viktigt för t. ex. äldre, kroniskt sjuka och personer med psykisk sjukdom. Närsjukvården ska tillgodose den största delen av äldres behov av vård och omsorg och föreslås därför koordinera insatser kring b. la. hemsjukvård, rehabilitering och hjälpmedel. Det är också av stor vikt att närsjukvården arbetar med preventiva insatser för att t. ex. minska alkohol- och narkotika missbruket. För att uppnå en kostnadseffektiv vård föreslår 3 S en fortsatt utveckling av samverkan mellan sjukvården och privata specialister inom närsjukvården. För att förbättra denna samverkan

föreslås en utveckling av gemensamma vårdprogram, en ökad medverkan i sjukhusens efterutbildningar och jourverksamhet. Genom en sådan samverkan kan närsjukvården bli en bra första instans med hög kvalitet och tillgänglighet för många patientgrupper, vilket bör medföra att vården sker på den mest kostnadseffektiva nivån.

Skalfördelar

Genom de åtgärder som 3 S föreslår samt den påbörjade strukturförändringen inom vården torde många skalfördelar uppnås såsom t ex en effektivare vårdproduktion, gemensam upphandling och inköp, samutnyttjande av jourlinjer och samutnyttjande av resurskrävande utrustning.

Sammanfattning

3 S utredningen bygger på en långsiktig lösning där hänsyn tas till patientens behov och framtidens kostnadsutveckling för att därigenom uppnå en kostnadseffektiv sjukvård för patientens bästa. I 3 S föreslås ett helhetsperspektiv på vården för att möta den framtidens kostnadsutveckling som till stor del är beroende av hur behovet, utbudet och efterfrågan av vård samt hur den medicinska teknologiska utvecklingen hanteras. Detta föreslås ske och har i viss mån påbörjats genom bl.a.;

- koncentration av den högspecialiserade vården och bassjukvården
- ökat samarbete mellan olika vårdgivare
- gemensam vårddokumentation
- ökad tillgänglighet och rådgivning
- samutnyttjade jourlinjer
- utveckling av telemedicin
- ökad samverkan nationellt
- ökade möjligheter till vård enligt LEON-principen
- ett nytt universitetssjukhus
- utvecklade vårdprogram

Processen är långsiktig och dess ekonomiska effekter är mycket svåra att uppskatta men en utveckling i enlighet med 3 S kommer att öka vårdkvaliteten och ge en mer kostnadseffektiv sjukvård på lång sikt.

Ekonomiska prioriteringar

Hantering av förändringar i budgetprocessen

Det överordnade ekonomiska målet för Stockholms läns landsting är en ekonomi i balans. Budgeten är det främsta styrmedlet för att säkerställa att de ekonomiska målen nås. Fullmäktiges beslut om "Ny budgetprocess för landstingskoncernen" reglerar budgetprocess och ekonomisk planering.

Att förändra sjukvårdens struktur i enlighet med 3 S - utredningen är ett omfattande arbete som sträcker sig över en relativt lång tidsperiod. Beslutade förändringar enligt 3 S kommer successivt att inarbetas i de avtal och vårdöverenskommelser som träffas mellan landstingets beställarorganisation och de olika sjukvårdsproducenterna.

I och med att förändringarna inarbetas i avtalen och dessa utgör en viktig grund för budgetbesluten kommer alltså strukturförändringarna att successivt införlivas i landstingets olika budgetbeslut de kommande åren.

Finansiering av ett nytt universitetssjukhus

Public Private Partnerships – PPP

Det finns många varianter på PPP⁴⁰). Gemensamt för dem är att privata aktörer helt eller delvis övertar risken och ansvaret för att bygga, driva och finansiera investeringen.

En viktig skillnad mellan PPP och en traditionell upphandling är att fokus ligger på användningen/ tjänsten och inte på själva anläggningen. Detta innebär att upphandlingen på sätt och vis blir mer komplicerad och kostnadskrävande.

Två syften brukar anges för PPP, dels att lösa finansieringsproblem och dels att uppnå effektiviseringsvinster. För landstingets del faller det förstnämnda bort då investeringen inte anslagsfinansieras med direktavskrivning, vilket är det vanligaste vid ex statliga väginvesteringar. Det sistnämnda är fortfarande intressant. Det finns många undersökningar utifrån erfarenheter i Storbritannien som pekar på kostnadsbesparingar i spannet 15-20 procent. Vidare har projekten genomförts inom givna budget- och tidsramar i mycket högre utsträckning än vid traditionell upphandling. För att uppnå effektivitetsvinsterna är det viktigt att avtalet utformas lämpligt. Risker som ger den privata aktören incitament att förbättra utförandet bör överföras till entreprenören.

Det är möjligt att låta den privata aktören finansiera investeringen. För att det ska vara lönsamt krävs att effektivitetsvinsterna är större än den privata aktörens högre lånekostnader. Alternativt finansierar landstinget investeringen och tar denna del av risken i avtalet, men att andra risker överförs till den privata aktören. Nackdelen med detta är att en viktig del av incitamentet att hantera risker i projektet faller bort från den privata aktören.

Erfarenheterna av PPP är begränsade i Sverige. Arlandabanan brukar lyftas fram, men vid en sammanvägning av olika faktorer och den risk som är

⁴⁰ Finansiering av infrastruktur, Inregia AB, mars 2004, på uppdrag av Sveriges Byggindustrier

överförd på privata aktörer anses Arlandabanan inte kunna benämnas PPP-projekt.

I Finland har en motorväg mellan Helsingfors och Lahtis byggts genom ett samarbete mellan offentliga och privata aktörer, det första PPP-projektet i Finland. Erfarenheterna av projektet är blandade, men vägen kunde öppnas ett år före utsatt tid.

Norge påbörjade sitt första PPP-projekt 2003. Det är liksom i Finland byggande av ett vägavsnitt. Vägen ska enligt planen vara klar att öppnas under hösten 2005, varför det är för tidigt att dra några slutsatser om hur väl projektet avlöpt.

I Storbritannien finns det däremot gott om exempel där privata aktörer byggt och driver vägar, fängelser och sjukhus. De samlade erfarenheterna i Storbritannien är som framgått ovan goda.

PPP för vårdfastigheter

PPP är, som framgått ovan, ett flexibelt verktyg. Det torde vara möjligt att uppföra sjukhusbyggnaderna och hantera fastighetsförvaltningen genom en PPP-lösning men samtidigt behålla ansvaret för den medicinska verksamheten inom landstinget.

Lånefinansiering

Traditionell lånefinansiering är det främsta alternativet för att finansiera större investeringsprojekt. En fördel med detta är att både lag- och branschpraxis är mer välutvecklad då de svenska erfarenheterna av PPP är ytterst begränsad. Vidare torde upphandlingsförfarandet bli enklare.

Samfinansiering med Karolinska Institutet

Diskussioner med KI kommer att påbörjas om det framtida samarbetet. Minst två alternativ för samarbetet kring det nya universitetssjukhuset står till buds. Det första alternativet innebär att KI garanterar att de hyr ett visst antal kvadratmeter lokalyta under en viss tid. Det andra alternativet innebär ett mera långtgående samarbete och där KI aktivt går in och tar del av projektet och dess finansiering. Vid ett långtgående samarbete måste frågor kring äganderätt mm lösas.