

Innehåll

Sammanfattning	9
Summary	21
1 Inledning	31
2 Vad som kännetecknar de nordiska vårdsystemen	33
2.1 Organisation.....	33
2.2 Finansiering.....	35
2.3 Patientavgifter	38
2.4 De nordiska länderna i OECD:s klassificering av vårdsystemen.....	40
2.5 Kännetecknen i sammanfattning.....	41
2.6 Resursanvändning, hälsoindikatorer och tillfredsställelse.....	42
3 Behovet av att reglera marknaden för vårdförsäkringar och vårdtjänster	47
3.1 Inledning.....	47
3.2 Behovet av att reglera marknaden för vårdförsäkringar	50
3.2.1 Positiva eller negativa urval.....	51
3.2.2 Riskbeteende (moral hazard).....	53
3.2.3 Obligatoriska försäkringar	54
3.2.4 Sammanfattning av behovet av att reglera marknaden för vårdförsäkringar	58

3.3	Förhållandet mellan försäkringsbolag och vårdgivare.....	60
3.3.1	Riskneutrala vårdgivare.....	60
3.3.2	Riskavert vårdgivare.....	61
3.3.3	Försäkringsbolaget känner inte till patientsammansättningen.....	62
3.3.4	Försäkringsbolaget känner inte till kvaliteten på vården.....	62
3.3.5	Patientselektion.....	63
3.3.6	Sammanfattning av ersättningen till vårdgivarna	64
4	Vissa problem i de nordiska systemen	67
4.1	Hoten mot den kollektiva finansieringen.....	67
4.1.1	Befolkningens ålderssammansättning.....	68
4.1.2	Kroniska sjukdomar kopplade till livsstilen	71
4.1.3	Standardförbättringar: Dyra nya behandlingar	74
4.1.4	Utveckling mot ojämlikheter i hälsan.....	76
4.2	Ransonering och prioritering	77
4.2.1	Allmänt om ransonering inom vårdsektorn	77
4.2.2	Väntetider och prioritering i Norden	81
4.2.3	Vägning av kostnader och vinster vid införandet av ny medicinsk teknik	84
4.2.4	Privata vårdförsäkringar	85
4.3	Reglering av vårdgivare och patientströmmar	88
4.3.1	Reglering av patientströmmar från primärvården till specialistvården.....	88
4.3.2	Kvalitet och bristen på tjänsteintegration	95
4.3.3	Internationaliseringen av vårdtjänsterna	99
5	Idéer för närmare utvärdering.....	105
5.1	Bakgrund.....	105
5.2	Högre produktivitet och bättre kvalitet inom vårdsektorn	107
5.2.1	Jämförande studier av kostnader och behandlingsresultat	107
5.2.2	Integration av tjänster.....	109
5.3	Ransonering och prioritering	112

5.3.1	Optimal sammansättning av ransoneringsinstrumenten	112
5.3.2	Differentierade patientavgifter (value based insurance)	114
5.4	Finansieringsproblemet	116
5.4.1	Vårdskatt	116
5.4.2	Konkurrerande försäkringssystem	117
6	Avslutande kommentarer	123
	Referenser	129
	Bilaga: En fördjupning av argumenten kring regleringen av marknaden för sjukvårdsförsäkringar	139

Sammanfattning

Den här rapporten ska enligt uppdrag från ESO ge en översiktlig beskrivning och diskussion kring vårdsektorns problem i de nordiska länderna. Diskussionen lägger större tyngd på bredden än på djupet. En översikt i kombination med teori kan bidra till insikter för läsare som inte sedan tidigare har ingående kunskaper om vårdsektorn. Samtidigt kan experter på de skilda områdena sakna fördjupningar. Sådana fördjupningar kan utgöra temat för eventuella uppföljande rapporter.

Organisation och finansiering av hälsotjänster i Norden – likheter och olikheter

I del 2 beskriver rapporten kortfattat vårdsektorns organisation och finansiering i de nordiska länderna. I samtliga dessa länder är vårdssystemen organiserade med utgångspunkt i den offentliga sektorn.

Hög grad av politisk decentralisering i Sverige

Det som skiljer de nordiska ländernas vårdssystem åt är graden av decentralisering. I Danmark är ansvaret för specialistvården och det mesta av primärvården fördelad över fem regioner. I Finland är det kommunerna som har huvudansvaret för vårdtjänsterna. Kommunerna är förpliktade att ansluta sig till något av de 20 sjukhusdistrikten och kommunerna i ett sjukhusdistrikt är tillsammans ansvariga för sjukhusets organisation och ekonomi. I Norge är vårdsektorn uppdelad på två förvaltningsnivåer. Medan staten genom fyra regionala hälsomyndigheter har ansvaret för specialistvården har kommunerna ansvaret för primärvården och omsorgen. I Sverige är huvudansvaret för specialistvården och det mesta av

primärvården förlagd till landstingen (vilket inkluderar två regioner). Från 2010 råder det enligt lag fri etablering för privata leverantörer av primärvård, förutsatt att man uppfyller landstingens etableringskrav. Enligt lag har även befolkningen rätt att fritt välja vilken privat eller offentlig vårdcentral de vill vända sig till. Det finns en hög grad av politisk decentralisering, vilket ger en större variation när det gäller de organisatoriska lösningarna än i de övriga länderna (i synnerhet Danmark och Norge). Kommunerna har fullt ansvar för vårdtjänsterna upp till och med äldreomsorgen i de särskilda boendeformerna, men det är mer varierat när det gäller hemsjukvården.

Finansieringen av vårdtjänsterna sker på två nivåer. För det första handlar det om finansieringen av den offentliga nivå som ansvarar för att befolkningen får tillgång till de olika vårdtjänsterna. Man kan säga att detta är finansieringen av försäkringsfunktionen. För det andra handlar det om finansieringen från denna offentliga nivå (och eventuellt från andra betalare) till själva leverantörerna av vårdtjänsterna. I Danmark finansieras regionerna i huvudsak genom bidrag från staten baserat på behovskriterier. Regionerna har ingen egen beskattningsrätt. I Finland kommer den huvudsakliga delen av kommunernas intäkter från kommunalskatten, där kommunerna själva fastställer skattesatserna. Det finns även ett utjämningsbidrag från staten till kommunerna. I Norge får de fyra regionala hälsomyndigheterna sina inkomster från staten i form av en rambudget och en verksamhetsbaserad finansiering. Kommunernas intäkter kommer dels från den lokala inkomst- och förmögenhetsskatten med maxtaxor och dels från statliga bidrag. I Sverige finansierar landstingen sjukvården huvudsakligen genom lokala skatter. Dessutom lämnar staten ett bidrag till landstingen för att utjämna de intäkts-, behovs- och kostnadsskillnader som ligger utanför landstingens direkta kontroll. Både i Danmark och Norge finansieras sjukhusen genom en kombination av rambudget och verksamhetsbaserade intäkter. De privatpraktiserande läkarna inom primärvården får sina intäkter genom en kombination av bidrag för varje person de har på sina listor (per capitabidrag) och verksamhetsbaserade taxor. Både i Finland och i Sverige varierar de kriterier som används som utgångspunkt för sjukhusens intäkter. Medan en kommunal vårdgivare i Finland har en fast budget från kommunen har primärvårdsreformen i Sverige inneburit att primärvårdens intäkter utgår från antalet och sammansättningen hos de patienter

som valt den. Det förekommer en viss variation mellan landstingen utifrån hur de olika komponenterna ska värderas.

Låg grad av självfinansiering

Systemen för patientavgifter skiftar i de nordiska länderna. I Norge och Danmark betalar patienterna inte för sjukhusvistelser. I Danmark är det heller inga avgifter för läkarbesök. Däremot betalar man mer för läkemedlen än i Norge och Sverige. I samtliga länder finns det ett avgiftstak (högkostnadsskydd). Taket är lägre i Norge och Sverige än i Finland, med Danmark i en mellanposition. I flera europeiska länder kan man teckna privata försäkringar mot höga patientavgifter. Om man tittar på patientavgifter och privata vårdförsäkringar tillsammans visar OECD Health Data att patientavgifter och privata vårdförsäkringar utgör 15-16 procent av de samlade vårdtjänstutgifterna i Danmark, Norge och Sverige, medan motsvarande siffra för Finland är 21 procent. Genomsnittet för OECD-länderna är 23 procent. Det finns samtidigt flera länder i Europa där procenten är lägre än i de skandinaviska länderna (t.ex. i Nederländerna och Storbritannien).

Sammanfattningsvis kan man konstatera att det finns vissa egenskaper som kan sägas vara typiska för det nordiska sättet att organisera och finansiera sjukvården: En offentlig vårdförsäkring som omfattar hela befolkningen; en vårdförsäkring som finansieras genom allmänna skatter; att bara en liten del av vårdtjänsterna finansieras genom privata vårdförsäkringar; ett dominerande offentligt ägande och drift av sjukhusen; en betydande decentralisering av ekonomi och drift till lägre förvaltningsnivåer. Det finns även skillnader mellan länderna när det gäller graden av decentralisering, där Finland och Sverige är de mest decentraliserade.

Stora skillnader i vårdtjänstutgifter

Det finns stora skillnader mellan de nordiska länderna i fråga om utgifter för vårdtjänster. Norges utgifter för vården är 65 procent högre per capita än i Finland, och 44 procent högre än i Sverige. Det här beror delvis på skillnader i kostnadsnivå och delvis på skillnader i resursanvändningen. De samlade hälsoindikatorerna

visar dock inte att skillnaderna mellan Norge och de övriga nordiska länderna återspeglas i några hälsoskillnader. För Sveriges del är alla hälsomålen lika bra eller bättre än motsvarande i Norge. Detta betonar att livsstil och resursinsatser på andra områden än hälso- och sjukvården har stor betydelse för hälsan.

Finansieringsproblem, ransonering och privata alternativ

Diskussionen kring problemen inom vårdsektorn i Norden utgår från de egenskaper som kännetecknar marknaden för vårdförsäkringar och vårdproduktion. De här egenskaperna, som beskrivs i del 3 av rapporten, kommer att styra avvägningarna mellan olika delmål och den samlade måluppfyllelsen inom vårdsektorn. Del 3 utgår från att riskaversion och osäkerhet kring den framtida hälsan leder till en efterfrågan på vårdförsäkringar för att täcka sjukvårdens framtida kostnader. Syftet med vårdförsäkringarna är att medborgarna inte ska behöva bära den ekonomiska risk som hör samman med höga vårdkostnader. Vårdförsäkringarna innebär därför att det finns en tredje part som betalar för vården. En sådan extern finansiering är kännetecknande för alla slag av försäkringar och utgör i sig självt inte något effektivitetsproblem. Det potentiella effektivitetsproblemet uppstår när informationen om förebyggande vård, sjukdomsrisker, kostnader och vårdkvalitet är ojämnt fördelad mellan de tre parterna patient, försäkringsbolag och vårdgivare. Variationerna mellan sjukdomsrisk och graden av riskaversion hos befolkningen i kombination med att försäkringsbolagen vet mindre om individernas sjukdomsrisk än individerna själva är en orsak till marknadsmisslyckanden som resulterar i att alla inte kommer att få det försäkringsskydd de önskar sig. Den ojämn informationsfördelningen kan därför vara ett argument för obligatoriska vårdförsäkringar. I del 3 kommer det även att visas att obligatoriska vårdförsäkringar med inkomstjusterade premier kan motiveras utifrån medianväljarens intressen. Osäkerhet kring vilken riskgrupp man vill tillhöra i framtiden, liksom en hälso-betingad altruism, bidrar till en robustare kollektiv finansiering. En kollektiv finansiering blir samtidigt svårare att upprätthålla ju större variation det är i sjukdomsrisk och ju större andel av befolkningen som löper högre risk att drabbas av sjukdom, samt dyrare diagnos och behandling av sjukdomarna. I del 4 beskriver jag några hot mot den kollektiva finansieringen med utgångspunkt från

detta resonemang. De ämnen som diskuteras är den ökande andelen äldre i befolkningen, nya dyra behandlingsmetoder, ökad förekomst av kroniska livsstilsberoende sjukdomar, samt mer generellt utvecklingen mot ojämlikhet inom vården i Skandinavien.

Väntetid – en allt svagare ransoneringsmekanism

Låga patientavgifter inom vårdsektorn gör att patienterna kommer att efterfråga vårdtjänster även om värderingen av de marginella förbättringarna av hälsan är lägre än marginalkostnaden för att utnyttja dem. Prismekanismen kommer därför inte att uppfylla sin roll vid fördelningen av samhällets resurser till och inom vårdsektorn. Det finns ett behov av direkt ransonering utöver den begränsade ransonering som kan ske med hjälp av prismekanismen. I del 4 redogörs för hur väntetider, vårdgivarnas outtalade prioriteringar och myndigheternas öppna prioriteringar används som ransoneringsmekanismer i de nordiska länderna. Jag drar slutsatsen att väntetid som ransoneringsmekanism tycks ge en mindre effekt än tidigare, samtidigt som öppna prioriteringar inte är någon genomgående praxis i något av de nordiska länderna, även om Sverige är det land som har kommit längst inom detta område. Begränsade resurser i kombination med oklara regler om vad invånarna i sin roll som patienter kan förvänta sig av vården skapar spänningar i systemet mellan dessa förväntningar och systemets verklighet. Med undantag för läkemedlen finns det inga mekanismer som på samhällsnivån kan väga nyttan mot kostnaderna av att införa ny teknik och behandlingsmetoder. Sådana beslut sker till stor del decentraliserat och med begränsad samordning.

Rädslan för ransonering och rädslan för en bristande tillgång på offentliga vårdtjänster bidrar till en tillväxt inom den privata sjukvården och de privata vårdförsäkringarna. Del 4 beskriver ökningen av de privata vårdförsäkringarna i Norden. Framför allt Danmark har sett en betydande ökning, vilket troligen hänger ihop med att de vårdförsäkringar som arbetsgivaren betalar inte beskattas som en del av den anställdes lön. Å andra sidan har det inte skett någon motsvarande ökning i Sverige, trots att skatte- reglerna är relativt lika.

Att styra patientströmmar i primär- och specialistvård

Lägre kostnadsansvar för vårdgivare vid begränsad information

Relationen mellan försäkringsbolagen och sjukvården påverkas av att försäkringsbolagen har en mer begränsad tillgång till information om vårdgivarnas verksamhet än vad vårdgivarna själva har. Detta gäller både kunskapen om vårdgivarens arbete för att minska kostnaderna, kunskap om patientsammansättning, kunskap om huruvida det förekommer någon patientselektion eller kunskap om behandlingskvalitet. Slutsatsen i del 3 är att ju mindre kunskap försäkringsbolaget har om vårdgivarens verksamhet, desto lägre kostnadsansvar bör åläggas vårdgivaren. Ett lägre kostnadsansvar kommer att leda till minskade insatser för att hålla nere kostnaderna, men också till ett minskat incitament att ge felaktiga uppgifter om patientsammansättningen, att avstå från patientselektion och att hålla en låg behandlingskvalitet, eftersom den ekonomiska vinsten av sådana aktiviteter då delas med försäkringsbolaget.

I del 4 används kunskapen från del 3 för att diskutera frågor som rör regleringen av vårdgivare och patientströmmar i Danmark, Norge och Sverige. Framför allt behandlas patientströmmarna mellan primärvården och specialistvården. Detta är en mycket viktig fråga, eftersom en stor del av specialistvårdens resursanvändning initieras av primärvården. I Danmark och Norge sker en direkt reglering i den meningen att patienterna måste ha en remiss från sin läkare för att få tillgång till en specialist, så länge det inte handlar om akuta lägen. I de nya styrelsereformerna i Sverige sker i allt högre grad en indirekt reglering genom att landstingen i viss utsträckning ger primärvården ekonomiska incitament att själva ta hand om patienterna. Det finns en variation mellan landstingen i vilken omfattning detta sker. Till exempel kan den vårdcentral en patient är registrerad hos få betala delar av de kostnader som uppkommer vid förskrivning av läkemedel eller när patienten vänder sig till andra läkare inom primärvården eller tar del av diagnostjänster. För närvarande finns det för lite systematisk kunskap om huruvida en direkt eller indirekt reglering (eller möjligen en kombination) är bäst lämpad för att uppnå en god arbetsfördelning mellan primärvården och specialistvården.

Bristande samordning vid kroniska sjukdomar

En god arbetsfördelning mellan primärvård och specialistvård är väsentlig för behandlingen av patienter med kroniska sjukdomar. Antalet sådana patienter kommer sannolikt att öka med andelen äldre i befolkningen. Dessa patienter har sjukdomar som de lever med i många år och som kräver insatser från många olika leverantörer inom sjukvården. I del 4 visas hur de nordiska länderna tycks ha problem med kvaliteten och samordningen av vårdtjänster till patienter med kroniska sjukdomar. Detta gäller även samordningen av omsorgsbehovet med behovet av vårdtjänster. En bättre samordning kan både leda till lägre kostnader och till en bättre kvalitet på de samlade tjänsterna.

Utifrån diskussionen om frågorna i del 4 beskrivs i del 5 några idéer till förändringar som skulle kunna studeras lite närmare. Syftet med detta avsnitt är mer att ge ett underlag för vidare diskussioner och utredningar än att komma med detaljerade förslag till förändringar. Det finns flera skäl till detta. För det första begränsar uppdraget sig till att skriva en översiktlig rapport om problemen inom de nordiska vårdsektorerna. För det andra kommer alternativa utformningar av vårdtjänsterna att innebära både fördelar och nackdelar. I del 5 hänvisas inledningsvis till en jämförande studie från OECD (Joumard et al., 2010), som finner att samtliga system har förbättringsmöjligheter.

Ett nordiskt perspektiv för att öka kunskapen

Kommentarerna i del 5 till förändringar som kan studeras närmare innehåller allt från idéer som kan leda till uppenbara förbättringar till idéer som är långt mer kontroversiella. Nordiska jämförande studier av kostnader och behandlingsresultat tillhör förmodligen den första gruppen.¹ Det finns en begränsad systematisk kunskap inom sjukvården om vad som fungerar och till vilken kostnad. De nordiska länderna har data på individnivå som kan användas för att undersöka behandlingsresultat och kostnader för specifika sjukdomar. Det finns redan i dag öppna jämförelser i Finland och Sverige med utgångspunkt från data på individnivå. Sverige planerar att vidareutveckla dessa studier. Om man breddar perspektivet till

¹ Det bör noteras att författaren är engagerad i angränsande forskningsprojekt och därför inte helt neutral.

hela Norden kan detta ge flera intressanta möjligheter, eftersom variationen i både behandlingsresultat, kostnader och institutionella faktorer är större. Resultaten från sådana studier kommer att ge incitament till ökad kunskap kring förbättringsmöjligheterna. Kanske kan även möjligheten att koppla belönings-system till resultaten i form av en prestandakonkurrens utredas.

Utvärdera alternativa organisationsformer

I alla de nordiska länderna är man intresserad av att ta reda på hur man kan uppnå en bättre samordning av vård- och omsorgstjänsterna till patienter med kroniska sjukdomar. En förbättrad hälsa är ett viktigt mål för denna samordning. Frågan är mer öppen huruvida det finns en potential för att sänka kostnaderna, men det är i vilket fall som helst en fråga av empiriskt slag. Det är viktigt att ta reda på vem som bäst kan ta på sig rollen som samordnare för de patienter som lider av kroniska sjukdomar och det budgetansvar som vederbörande då bör ha. Några möjligheter diskuteras i avsnitt 5.2.2. Det finns olika åsikter om vilken typ av organisation och avgiftssystem som är bäst lämpat för att kunna fatta de beslut som både tar hänsyn till patienternas hälsa och till samhällets resurser och den roll som de formella och informella marknaderna kan ha i det här sammanhanget. Det finns i dag olika system i de nordiska länderna, samtidigt som det finns olika system inom länderna. Det finns inte samma tradition av systematisk försöksverksamhet kring vårdsektorns organisation och finansiering som man finner inom den kliniska forskningen. Detta innebär att det finns en begränsad generell kunskap om vilken typ av organisation och finansiering som fungerar. Detta gäller även samordningen av vård- och omsorgstjänsterna till patienter med kroniska sjukdomar. En närliggande tanke är att vårdcentralen under ledning av patientens husläkare kan vara lämplig. En systematisk teoretisk och empirisk undersökning av egenskaperna hos alternativa organisationsformer och finansiering bedöms därför som nödvändig.

Öppna prioriteringar bättre än väntetid men det finns utmaningar

I del 5 diskuteras även den optimala sammansättningen av olika ransoneringsinstrument inom vårdsektorn. Ett viktigt resultat från den senaste hälsoekonomiska litteraturen är att ransoneringen med hjälp av väntetiden domineras av direkt ransonering (öppna prioriteringar) och eventuellt differentierade väntetider. Det är därför viktigt att fortsätta arbetet med att utveckla kriterier och procedurer för öppna prioriteringar som kan ges ett folkligt stöd. Det här arbetet för med sig många utmaningar. De sjukdomstillstånd och behandlingar som fram tills nu har varit uteslutna från offentlig finansiering har varit lätta att avgränsa. Om prioriteringarna ska bli mer omfattande och detaljerade blir detta svårare att göra. Behandlingsbeslut inom vården är ofta svåra att granska i efterhand. Även om behandlingsgränserna i sig själva kan vara mätbara (t.ex. gränsvärden för läkemedelsbehandling av förhöjt blodtryck) har många patienter sekundära diagnoser som kan påverka både den förväntade hälsovinsten vid en behandling och kostnaden för att avstå från en behandling. En viktig utmaning är alltså att skapa riktlinjer för den övergripande planen, som samtidigt följs upp i mötet mellan patienten och läkaren. En annan utmaning är att skapa system som gör att politikerna, som önskar bli omvalda, även ska kunna besluta om prioriteringssystem som kan komma att gå ut över potentiella väljare i deras roll som patienter. Omfattningen av vården i livets slutskede kan illustrera dessa dilemman. En betydande andel av resurserna inom sjukvården används under patienternas sista levnadsår. Troligtvis används stora behandlingsresurser på patienter med små utsikter till förbättrad hälsa. Samtidigt är det ett stort dilemma för de öppna prioriteringarna på det här området, både för läkarna som ska verkställa riktlinjerna och för politikerna som vill bli omvalda. De här och andra utmaningar pekar på att andra mekanismer bör komplettera den direkta prioriteringen vid fördelningen av resurser till och inom vårdsektorn.

Egenavgifter som komplement

Differentierade patientavgifter (value based insurance) har lanserats som en möjlig mekanism som kan komplettera direkta

prioriteringar. I stället för att säga nej till en behandling, kan en behandling med en låg förväntad hälsoeffekt i förhållande till kostnaden erbjudas mot en högre avgift jämfört med en effektivare behandling. Detta kommer att ge patienterna incitament att minska efterfrågan på sådana behandlingar. Återigen är uppmaningen att skapa ett system som har legitimitet hos invånarna, samtidigt som det är tillräckligt detaljerat för att kunna fungera praktiskt i mötet mellan den enskilda patienten och läkaren. Som patientens representant får läkaren kanske anstränga sig för att de potentiella hälsofördelarna för patienten ska framstå som de bästa möjliga för att patientavgiften ska kunna bli så låg som möjligt. Det kan vara värt att närmare utreda fördelarna hos alternativa utformningar av de differentierade patientavgifterna.

Tydligare koppling mellan finansiering och vård

En viktig uppgift är att utarbeta mekanismer för att ransonera och prioritera den sjukvård som ska finansieras inom den offentliga försäkringen. Samtidigt visar studier att människornas betalningsvilja när det gäller vårdtjänster ökar procentuellt mer än inkomsterna över tid. En viktig utmaning är därför att utforma mekanismer som gör att den potentiella betalningsviljan också blir den faktiska betalningsviljan under det kollektiva finansierings-systemet. Detta pekar på att man bör ha en tydligare koppling mellan finansieringen av vården och det vården kan erbjuda än vad som är fallet i dag. En separat vårdskatt kan vara ett tänkbart alternativ. I Sverige kan man säga att man redan har en sådan, eftersom 90 procent av landstingens utgifter går till vården. Samtidigt finns det ingen tydlig koppling mellan innehållet i den offentligt finansierade vården och landstingsskattens storlek. En sådan koppling kan göras parallellt med arbetet med öppna prioriteringar och kan kanske ge en möjlighet att skapa en större förståelse för sambandet mellan innehåll och kostnad för den offentligt finansierade vården. En tydligare beskrivning av innehållet och kostnaden för den offentliga vården kommer även att bidra till en större förutsägbarhet för invånarna och därmed mer välgrundade beslut om man skulle vilja komplettera det offentliga utbudet med en privatfinansierad vårdförsäkring.

En obligatorisk försäkring med konkurrens

Avslutningsvis beskrivs i del 5 kortfattat en långt mer omfattande förändring av de nordiska vårdsystemen. Det handlar om att hålla fast vid den obligatoriska vårdförsäkringen med en utjämning av försäkringspremierna beroende på inkomst och hälsa, samtidigt som man inför en reglerad konkurrens mellan flera försäkringsbolag. En sådan modell kommer att ha likheter med vårdsystemet i Nederländerna, som i sin tur är inspirerat av den amerikanska ekonomen Alain Enthoven. Det måste då finnas utjämningssystem som ser till att det inte blir mer attraktivt att försäkra en person med låg sjukdomsrisk än med hög (för att motverka patientselektion). Försäkringsbolagen kan ingå avtal med alla eller ett urval godkända vårdgivare. Konkurrensen om avtalen kommer att uppmuntra dessa att tillhandahålla tjänster av hög kvalitet i förhållande till resursinsatsen. På motsvarande sätt innebär konkurrensen om kunderna för försäkringsbolagen att de ingår avtal med vårdgivare som kan leverera en bra kombination av pris och kvalitet. För att förhindra riskselektion ska ansvarigt departement fastställa innehållet i det obligatoriska försäkringssystemet. Eftersom det måste finnas ett samband mellan detta innehåll och nivån på försäkringspremierna får man en tydligare koppling mellan sjukvården och dess kostnader än vad man har i de system som finansieras genom allmänna skattemedel. Det kan vara intressant med en närmare granskning av fördelar och nackdelar med ett liknande system i de nordiska länderna för att få mer kunskap om vad en så radikal förändring skulle kunna medföra. Även om svaret skulle bli negativt bör diskussionen kunna leda till en större medvetenhet om varför man då skulle vilja behålla den nordiska skattefinansierade modellens grundelement.

Summary

The purpose of this report is to describe and discuss problems in the health sectors of the Nordic countries. The discussion emphasizes breadth rather than depth. An overview of institutions combined with theory can provide insight for readers who might be lacking in health care knowledge. Simultaneously, experts will certainly miss elaborations that might be topics for follow-up reports.

Section 2 provides a brief description of the organization and financing of health sectors in the Nordic countries. In all the Nordic countries, the health care system is organized within the public sector, and there are varying degrees of decentralization. In Denmark, the responsibility for specialist health services and most of the primary health care is assigned to five regions. In Finland, municipalities have the main responsibility for health services and are obliged to join one of the 20 hospital districts. Municipalities in a hospital district are responsible for public hospital organization and finances. In Norway, the health sector is divided between two levels of government. While the state is responsible for specialized health services through four regional health authorities, municipalities have responsibility for primary health care. In Sweden, the main responsibility for specialist health services and most of the primary health care is assigned to the county councils (including two regions). Since 2010 law regulates free entry for private providers of primary health care that meet the county council's requirements for establishment. The law also regulates the population's right to choose their preferred private or public health center for their primary health care. There is a high degree of political decentralization, which entails a wider variety of organizational solutions, more so than in the other countries (in particular, Denmark and Norway). Municipalities are entirely responsible for health services up to and including nursing in

community housing, while it is more complex when it comes to nursing services for individuals living in their own homes.

There are two levels of health care financing. First, is the financing of the government level that is responsible for providing access to health care. This task corresponds to funding of the insurance function. Second, is the funding from this government level (and possibly from other sources) to providers of health services. In Denmark, the regions are financed mainly by grants from the central government according to needs criteria. The regions do not collect taxes. In Finland, local government revenues come mainly from municipal taxes with tax rates determined locally. There are also income - and expenditure - equalizing grants from the state to municipalities. The four regional health authorities in Norway are funded by the state through a combination of the need-based grants and activity-based funding. Revenues of the municipalities come partly from local income and property taxes and partly from government transfers. In Sweden, the county councils finance the health services mainly through local taxation, and it is their responsibility to decide local tax rates. In addition, there are transfers from the government to county councils to equalize income - needs - and cost differences between counties outside their control. Both in Denmark and Norway, hospitals are funded by a combination of needs-based and activity-based revenue. The income of private primary care physicians with a contract is a combination of grants per person they have on their lists (per capita grants) and fee-for-service. Both in Finland and Sweden there are variations in the criteria that determine hospitals' revenues. While a local primary health center in Finland has a fixed budget from the municipality, the reform of primary care in Sweden entails that a larger portion of the primary health center's revenue depends on the number and composition of the patients who are listed with them. There is variation between county councils with regard to how the different components are emphasized.

Types and levels of patient co-payment vary between the Nordic countries. Neither Denmark nor Norway has co-payment for hospitalization. In Denmark, physician visits are also exempted from co-payment. However, co-payment for drugs is more extensive than in Norway and Sweden. In all countries there are ceilings on co-payment. The ceiling is lower in Norway and Sweden than in Finland, with Denmark in an intermediate position.

In several European countries the residents can buy private insurance against large co-payments. Considering co-payments and private health insurance together, the OECD Health Data show that in Denmark, Norway, and Sweden co-payments and private health insurance premiums amount to between 15 and 16 percent of total health expenditure, while the corresponding figure for Finland is 21 percent. The average for OECD countries is 23 percent. There are several European countries where the percentage is less than in the Scandinavian countries (for instance, the Netherlands and the UK).

In summary we can say that there are some characteristics that help to define a Nordic model for organizing and financing of health services: Public health insurance that covers the entire population, health insurance financed by general taxes, only a small proportion of health services funded by private health insurance; dominant public ownership and operation of hospitals; and significant decentralization of finance and operations to lower administrative levels. There are also differences between countries in terms of degree of decentralization with Finland and Sweden as the most decentralized.

There are considerable differences in the cost of health services between the Nordic countries. Norway's health care expenditure per capita is 65 percent larger than Finland's and 44 percent greater than Sweden's. The difference is partly due to differences in cost level and partly to differences in resource use. Overall health indicators do not suggest that the difference between Norway and other Nordic countries is reflected in health differences. Sweden scores equally well or better than Norway on all the health indicators. The figures indicate that lifestyle and resources used for other purposes than health care is important for the health of the population.

The discussion of problems in the health sector in the Nordic countries is based on the characteristics of the markets for health insurance and health service production. These characteristics, as described in Section 3 of the report, determine the trade-offs between various objectives and goals overall in the health sector. Risk aversion and uncertainty about future health imply demand for health insurance to cover future costs of health care. The purpose of health insurance is to relieve the citizens of bearing the financial risk for major health expenses. Hence, health services insurance implies that there is a third party that pays for health

services. Such third party financing characterizes all insurance policies, and represents in itself no efficiency problem. The potential efficiency problem arises when information about disease prevention, disease risk, cost, and quality of care is unevenly distributed among the three parties; i.e. the patient, the insurance company, and health service provider. Variation in disease risk and the degree of risk aversion in the population combined with the fact that the insurance company knows less about the individual's disease risk than the individuals themselves, result in market imperfections with not everyone getting the insurance coverage they want. Hence, the unequal distribution of information can entail an argument for mandatory insurance. In Section 3, I also argue that the median voter's interests can justify mandatory insurance with income-dependent premiums. Uncertainty about future risk groups as well as health-related altruism contribute to more robust public financing. Public funding will be harder to maintain the greater variability there is in disease risk, the greater the proportion of the population who are at high risk of disease, and the more costly diagnosis and treatment of disease are. In Section 4, I describe some threats to the collective funding based on this reasoning. The topics being discussed are the increasing proportion of elderly in the population, expensive new treatments, increased incidence of chronic diseases related to lifestyle, and development in health inequalities more generally in the Nordic countries.

Small patient co-payments imply that patients will demand health care even if their valuation of the marginal health improvements from care is less than the marginal cost of providing health care. Hence, the price mechanism will not fulfill its role in the allocation of resources to the health sector and within the health sector. There is a need for direct rationing additional to the limited rationing by means of the price mechanism. In Section 4, I explain how waiting times, implicit prioritizing by service providers, and governments' explicit prioritizing are used as rationing mechanisms in the Nordic countries. I conclude that waiting times as a rationing mechanism seem to have less impact than previously while explicit prioritizing is still not general practice in the Nordic countries, although Sweden is the country that has made the most progress in this area. Limited resources together with uncertainty about what the population as patients can expect from the health care system, create tensions in the

system between the population's expectations and the system's realities. With the exception of pharmaceuticals, there is no mechanism at societal level that weighs the benefits against the costs of introducing new technologies and treatment methods. Decisions are mainly decentralized and uncoordinated.

Perceived rationing and risk of limited access to public health services contribute to growth in the market for private healthcare and private health insurance. Chapter 4 describes the growth in private health insurance policies that has taken place in the Nordic countries. In particular, Denmark has experienced significant growth, which probably reflects that the employer-paid health insurance is not taxed as part of the employee's income. On the other hand, there is no corresponding growth in Sweden despite the fact that tax rules are quite similar.

The relationship between insurer and health service provider is characterized by the fact that the insurer has less access to information about the service provider's operations than the service provider itself has. This applies both to information about the service provider's efforts to reduce costs, information about the patient composition, information of the possible patient selection, and information about the quality of care provided. The conclusion of Section 3 is that the less information the insurer has about the service provider's operations, the less cost responsibility should be imposed on the service provider. Less cost responsibility will certainly entail less effort to maintain low costs, but also less incentive to misinform about patient composition, to engage in selection of patients, and to provide low quality of care, since the monetary benefit of such activities is shared with the insurer.

In Section 4, the knowledge from Section 3 is applied to discuss issues related to the regulation of service providers and patient flows in Denmark, Norway, and Sweden. In particular, the patient flow between primary care and specialist health service is discussed. This is an important issue since much of the resource use of specialist health care is initiated in primary care. In Denmark and Norway there is direct regulation in the sense that patients must have a referral from their general practitioner to have access to specialists except for emergencies. The new forms of governance in Sweden entail some indirect regulation since the primary health centers in some counties face financial incentives to take care of the patients themselves. There is variation between the county councils to what extent this occurs. For example, the primary health center

a patient is registered with may have to pay some of the costs incurred by prescribing medications and the patient's use of other primary doctors or diagnostic healthcare. At present there is not enough systematic knowledge about whether the direct or indirect regulation (or possibly a combination) is more appropriate to achieve a proper coordination between primary and secondary care.

An appropriate division of tasks between primary and secondary care is essential for the treatment of patients with chronic diseases. The number of these patients will likely increase with the proportion of elderly in the population. These patients have diseases they live with for many years and that require effort from many kinds of health service providers. In Section 4, I describe the problems the Nordic countries seem to have in dealing with quality and coordination of services to patients with chronic diseases. This includes coordination between care services and health services for patients with chronic diseases. Improved coordination, could lead to both lower costs and better quality of overall services.

Based on the discussion in Section 4, I describe in Section 5 some ideas for changes that can be further evaluated. My aim in this section is more to provide input to further discussion and study than to submit detailed proposals for change. There are several reasons for this limited ambition. First, the assignment is limited to writing a report on problems in the Nordic health sectors. Second, all types of health care systems have both advantages and disadvantages. Initially in Section 5, I refer to a comparative study from the OECD (Joumard et al.. 2010), which finds that all systems can be improved.

Section 5 contains probably a variety from ideas that can lead to obvious improvements to ideas that are far more controversial. Nordic comparative studies of costs and treatment outcomes belong most likely to the first group. There is little systematic knowledge about what works at what cost in health care. The Nordic countries have registry data at the individual patient level that can be used to examine treatment outcomes and costs of specific diseases. Comparative studies in Finland and in Sweden have already been done on the basis of registry data at the individual patient level. Sweden plans to further develop these studies. To broaden the perspective to the Nordic region can provide a number of interesting possibilities since the variation in treatment outcome, cost, and institutions is larger. The results of such studies may encourage dissemination of knowledge of

improvement opportunities. Perhaps one could also explore opportunities to link reward schemes to results in terms of yardstick competition.

In all the Nordic countries, one is concerned with how to achieve a better coordination of health care services to patients with chronic diseases. Health improvement is a key objective of coordination. Whether or not there is a potential for cost reductions is more open, and an empirical question. Finding the appropriate coordinator for patients with chronic diseases and the budget they should have, is important. I discuss some possibilities a little further in Section 5.2.2. There are different opinions about what kind of organization and payment system are best suited to make decisions that benefit both patients' health and efficient use of the society's resources and what role formal and informal markets can have in this context. Today there are various arrangements in the Nordic countries. There is not the same tradition of controlled trials with types of organization and financing as there is in the clinical research. Hence, there is little general knowledge about the kind of organization and financing that works. This also applies to the coordination of health care services to patients with chronic diseases. One option might be that the primary health center under the management of the patient's primary physician is an appropriate coordinator of care. A systematic theoretical and empirical exploration of the properties of alternative organizations can be considered.

In Section 5, I also discuss the optimal mix of instruments in health care rationing. An important result of recent health economics literature is that rationing by waiting time is dominated by direct rationing (open priorities) and by differentiated waiting times. The effort to develop criteria and procedures for open priorities that have popular support therefore seems important to continue. There are many challenges in this work. Here are two that probably are important. Until now, the conditions and treatments that have been excluded from public funding have been easy to define. If priorities should be more comprehensive and detailed, this becomes more difficult. Many treatment decisions in health care are not verifiable. While treatment thresholds can be measured (for example, thresholds on drug treatment for high blood pressure), many patients have a secondary diagnosis, which can affect the expected health gain from treatment and the cost of not to treat. An important challenge is thus to create general

guidelines that also are complied with in the encounter between patient and doctor. Another challenge is to create systems that allow politicians who aim at being re-elected, to be able to adopt prioritization schemes that might affect their potential voters as patients. Health services by the end of life can illustrate these dilemmas. A significant proportion of health care resources are used in patients' last year of life. It is likely that significant treatment resources are assigned to patients who have few prospects for health improvement. Great dilemmas are involved in open prioritizing in this area both for physicians who are supposed to implement the guidelines and for politicians who aim at being re-elected.

These and other challenges suggest that other mechanisms should complement direct prioritizing in the allocation of resources to and within the health sector. Graded co-payments (value-based insurance) have been promoted as such a supplement. Instead of rejecting treatment altogether, treatment with low expected health benefits relative to costs could be offered with a greater patient co-payment than the more effective treatments. This will encourage patients to be reluctant to ask for such treatments. Again, the challenge is to create a system that has legitimacy in the population, yet is detailed enough to work in practice in the encounter between the individual patient and doctor. As the patient's representative the doctor may overstate the potential health benefit in order to minimize the co-payment. Properties of alternative designs of graded co-payments may be worth further investigation.

Developing mechanisms to ration and prioritize health services to be financed within the public insurance scheme, are important tasks. At the same time, studies show that people's willingness to pay for health care increases relatively more than the income over time. An important challenge is to design mechanisms that allow the potential willingness to pay to be transformed to willingness to pay under a collective funding. A closer link between funding health care and the provision of health care might be called for. A separate health tax might be an alternative worth further consideration. In Sweden, one can argue that there already is a health tax since 90 percent of the county councils' spending goes to health care. Simultaneously, there is no explicit connection between the content of the publicly funded health care and tax revenue. Such a link might be created in parallel with the work of

open priorities and create greater understanding of the relationship between content and cost of the publicly funded health care system. More explicit description of the content and cost of publicly funded health care will also contribute to greater predictability for the population and to informed decisions about whether or not to supplement the public provision with private health insurance.

Finally, Section 5 outlines a far more extensive change in the health systems in the Nordic region. Mandatory health insurance with the equalization of insurance premiums depending on income and health is supposed to be maintained while regulated competition between several insurers is introduced. Such a model would be similar to the health care system in the Netherlands, which is in turn inspired by the American economist Alain Enthoven. There will be compensation arrangements to prevent insurers from selecting low-risk people. Insurance companies may enter into contracts with all or a selection of approved health service providers. Competition for contracts will encourage providers to deliver services of good quality relative to costs. Similarly, competition encourages insurance companies to enter into contracts with health care providers which offer an attractive combination of price and quality. To prevent risk selection, the health ministry determines the content of the compulsory insurance scheme. Since there must be a connection between this content and level of insurance premiums, one might claim that there is a more transparent link between health services and their costs compared with systems that are financed by general taxation. A closer examination of the advantages and disadvantages of a similar system in the Nordic countries may be of interest to gain more knowledge about whether or not such a radical change is the way to go. Even if the answer turns out to be no, the discussion could lead to greater awareness of the arguments for retaining the essential features of the Nordic tax-funded model.

1 Inledning

En ökande del av samhällets resurser används inom sjukvården. I USA utgör vårdsektorn nästan 20 procent av bruttonationalprodukten. I de nordiska länderna kommer snart 10 procent av bruttonationalprodukten från vårdsektorn. Även om det finns skillnader mellan länderna tycks det i allmänhet vara så att viljan att betala för sjukvården ökar när samhället blir rikare. Samtidigt gör sjukvårdens speciella egenskaper att en marknadsanpassning av sektorn inte utan vidare kommer att leda till en samhälls-ekonomiskt effektiv produktion eller önskad fördelning. I alla utvecklade samhällen har därför den offentliga sektorn en viktig roll att spela för regleringen och tillhandahållandet av vårdförsäkringar och produktionen av vårdtjänster. Samtidigt skapar den offentliga finansieringen, regleringen och produktionen sina egna problem som kräver en synlig hand både när det gäller att identifiera och analysera problemen och att utveckla lämpliga institutioner.

Syftet med denna rapport är att applicera hälsoekonomiska principer för att identifiera och diskutera problemen inom vårdsektorn i de nordiska länderna. Området är stort och formatet ger inte utrymme för att gå in på detaljer inom enskilda teman. Förhoppningen är att översiktligheten ska kunna bidra med kunskap om sambanden och samtidigt uppmuntra till mer detaljerade studier. Mot slutet av rapporten lägger jag in några idéer kring dessa vidare studier.

Det har varit nödvändigt att göra några begränsningar för att omfånget inte ska bli för stort. Tandhälsan och de receptbelagda läkemedlen har inte tagits med. Äldreomsorgen är bara inkluderad när jag tar upp problemen med samordningen av olika typer av vårdtjänster. Beskrivningen av de nordiska länderna är begränsad till Danmark, Finland, Norge och Sverige.

Rapporten är strukturerad enligt följande. Jag börjar med en kortfattad beskrivning av de nordiska vårdsystemen i del 2. Därefter beskriver jag i del 3 centrala fel hos marknaden för dessa vårdtjänster. Med utgångspunkt från marknadsmisslyckandena följer de huvudsakliga argumenten ur den hälsoekonomiska litteraturen för offentlig reglering. Men den offentliga organisationen och finansieringen har också sina problem. I del 4 kommer jag att närmare diskutera några av dessa problem i de nordiska länderna. I del 5 beskrivs några idéer för vidare utvärdering i diskussionen kring den framtida organisationen och finansieringen av vårdsektorn. Medan del 2–4 enligt uppdraget har ett nordiskt perspektiv är del 5 mer inriktad på Sverige. Detta innebär dock inte att diskussionen och de beskrivna idéerna är ointressanta för de övriga nordiska länderna.

2 Vad som kännetecknar de nordiska vårdsystemen

Det har gjorts flera beskrivningar över vad som kännetecknar de nordiska vårdsystemens organisation och finansiering. Anell (2005), Møller Pedersen et al. (2005) och Häkkinen (2005) beskriver och diskuterar systemen i respektive Sverige, Danmark och Finland. Magnussen, Vrangbæk och Saltman (2009) ger dels en beskrivning av huvuddragen hos de olika systemen, specifikt kring aktuella reformer, och diskuterar dels de aktuella utmaningar länderna står inför inom vårdpolitiken. Kittelsen et al. (2009) och Kalseth et al. (2010) ger uppdaterade beskrivningar av systemen för organisation och finansiering.

2.1 Organisation

I alla de nordiska länderna är systemen för vårdtjänster organiserade med utgångspunkt i den offentliga sektorn. I Danmark genomfördes 2007 en viktig reform i fråga om hur den offentliga sektorn skulle organiseras. Fem regioner tog då över ansvaret för specialistvården och det mesta av primärvården. Sjukhusen i Danmark är offentligt ägda av en region, medan de flesta läkarna inom primärvården är privatpraktiserande och har avtal med sin region. Regionerna styrs av valda regionråd. Kommunerna ansvarar för bland annat rehabilitering och äldreomsorg.

I Finland har kommunerna huvudansvaret för sjukvården. Inom primärvården spelar de så kallade hälsocentralerna en viktig roll. Här erbjuds både primärvård, rehabilitering, äldreomsorg och viss specialistvård. Kommunerna är skyldiga att ansluta sig till något av de 20 sjukhusdistrikten. Kommunerna i ett sjukhusdistrikt är gemensamt ansvariga för sjukhusets organisation och ekonomi.

Förutom de offentliga vårdgivarna spelar privatpraktiserande läkare en viktig roll inom den finska sjukvården. Detta gäller både för den lagstadgade företagshälsovården, som samtidigt avlastar primärvården, och för privatpraktiserande specialister.

I Norge är sjukvården uppdelad i två förvaltningsnivåer. Medan staten ansvarar för specialistsjukvården genom fyra regionala hälsomyndigheter har kommunerna ansvaret för primärvården. Medan praktiskt taget alla sjukhus är offentligt ägda av de regionala hälsovårdsmyndigheterna är mer än 90 procent av läkarna inom primärvården privatpraktiserande med avtal med en kommun.

I Sverige är huvudansvaret för specialistvården och det mesta av primärvården förlagd till de olika landstingen (vilket inkluderar två regioner). Primärvården har av tradition varit organiserad kring vårdcentraler med ansvar för invånarna inom ett geografiskt område (Anell, 2010a). En vårdcentral består av både allmänläkare och annan vårdpersonal. Från och med 2010 gäller fri etablering för privata leverantörer av primärvård, förutsatt att de uppfyller landstingets etableringskrav. Samtidigt har även allmänheten rätt att välja vilken privat eller offentlig vårdcentral de vill vända sig till för sin primärvård. Det uppskattas att 30 procent av invånarna nu är anslutna till privatägda vårdcentraler. Det finns en hög grad av politisk decentralisering, vilket har gett stora variationer i de organisatoriska lösningarna jämfört med andra länder (särskilt Danmark och Norge). Detta kommer att beskrivas närmare i avsnitt 4.3.1. Kommunerna har helhetsansvaret för vårdtjänsterna upp till och med vården i särskilda boendeformer, medan det är mer komplext när det gäller hemsjukvården. Kommunerna kan, enligt avtal med landstingen och med regeringens godkännande, helt eller delvis ta över ansvaret för den ordinarie hemsjukvården. Under 2007 hade detta skett i mer än hälften av kommunerna (Socialstyrelsen, 2008, s. 48).

Tabell 2.1 är inspirerad av Kittelsen et al. (2009) och sammanfattar vårdsektorns övergripande organisation i de nordiska länderna.

Tabell 2.1 Ansvaret för specialist- och primärvården i de nordiska länderna

	Finland	Sverige	Danmark	Norge
Specialistvård	21 distrikt	21 landsting (regioner)	5 regioner	4 regionala hälsovårds- myndigheter
Decentraliserad politisk styrning av specialist- vården	Ja, genom sjukhus- distrikten	Ja, genom landstingen	Ja, genom regionerna	Nej
Primärvården	348 kommuner	21 landsting – 290 kommuner med partiellt ansvar för äldre- omsorgen	5 regioner – 98 kommuner med ansvar för om- vårdnad inom äldreomsorgen	430 kommuner
Lokal politisk styrning av primärvården	Ja	Ja	Ja	Ja

Källa: Kittelsen et al. (2009).

2.2 Finansiering

Finansieringen sker på två nivåer. För det första är det frågan om finansieringen av den offentliga nivå som ansvarar för att invånarna får tillgång till vårdtjänster. Man kan säga att detta är finansieringen av försäkringsfunktionen. För det andra handlar det om finansieringen från denna offentliga nivå (och eventuellt från andra betalare) till leverantörerna av vårdtjänsterna.

I Danmark finansieras regionerna huvudsakligen genom bidrag från staten med utgångspunkt från behovskriterier. Regionerna har ingen egen beskattningsrätt. Som andel av de totala intäkterna under 2010 anger Kalseth et al (2010) att det behovsbaserade stödet uppgår till 77 procent, det verksamhetsbaserade bidraget från staten uppgår till 3 procent, det befolkningsbaserade bidraget från kommunerna uppgår till 8 procent och det verksamhetsbaserade bidraget från kommunerna uppgår till 12 procent. Den verksamhetsbaserade finansieringen från staten utlöses om verksamheten blir större än den som avtalats mellan staten och regionerna. Regionernas finansiering av sjukhusen bygger på en kombination av ramlagstiftning och verksamhetsberoende intäkter. Dessa

intäkter beräknas i form av uppnådda poäng inom DRG-systemet². Det finns variationer mellan regionerna beroende på den vikt de fäster vid ramfinansieringen i förhållande till den verksamhetsbaserade finansieringen av sjukhusen. De privatpraktiserande läkarna inom primärvården får sina inkomster genom en kombination av verksamhetsbaserade taxor och bidrag för varje person de har på sina listor (per capitabidrag).

I Finland kommer huvuddelen av kommunernas intäkter från kommunalskatten, där kommunerna själva bestämmer skattesatserna. Det finns även intäkts- och kostnadsutjämnande bidrag från staten till kommunerna. Det föreligger ingen verksamhetsbaserad finansiering från staten. Enligt Häkkinen (2010) finns det inga statliga regleringar som bestämmer hur kommunerna ska betala sjukhusvården för sina invånare. Det normala är att denna betalas i förväg i förhållande till den förväntade konsumtionen av sjukhusvård och detta förhandlas fram mellan kommunerna och sjukhusdistriktet i syfte att nå fram till en kombination mellan volym och pris. Om ett sjukhusdistrikt visar underskott får de kommuner som ingår i sjukhusdistriktet täcka underskottet. De principer enligt vilket detta sker varierar mellan sjukhusdistrikten. I Norge får de fyra regionala hälsomyndigheterna sina intäkter från staten genom en kombination av rambudget baserad på behovskriterier och kostnadsutjämnning tillsammans med aktivitetsbaserade bidrag som huvudsakligen är beroende av antalet levererade DRG-poäng. De aktivitetsbaserade bidragen utgör omkring 40 procent av de samlade intäkterna. De regionala hälsomyndigheterna finansierar vården (sjukhusen) huvudsakligen enligt samma principer som de själva får sina intäkter. Primärvården finansieras dels av staten genom prestationsbaserade avgifter till primärvårdsläkarna och dels av kommunerna. Kommunernas intäkter kommer dels från lokal inkomst- och förmögenhetsskatt med maxbelopp som fastställs av staten och dels från ett statligt utjämningsystem, där summan av den statliga utjämnningen till en kommun huvudsakligen bestäms av relativa utgiftsbehov och kostnadsfaktorer. Drygt 90 procent av primärvårdens läkare får sina intäkter genom en kombination av fasta bidrag per listad person och prestationsbaserade avgifter från staten och patienten.

² DRG-poängen är ett mått på vårdens omfattning och sammansättning inom specialistvården på sjukhus baserat på diagnosrelaterade grupper (DRG). Varje patientgrupp (DRG) tilldelas en vikt baserad på hur resurskrävande vården är för gruppen.

De prestationsbaserade avgifterna utgör i genomsnitt runt 70 procent av primärvårdsläkarens inkomster.

I Sverige finansierar landstingen vårdsektorn i stor utsträckning genom lokala skatter. Dessutom görs överföringar från staten till landstingen för att utjämna intäktsskillnader, samt för att täcka behov och kostnader som ligger utanför landstingens kontroll. Landstingen har stor frihet i hur de ska finansiera vården inom respektive landsting. Detta innebär att det finns stora skillnader mellan landstingen med tanke på hur sjukhusen och primärvården finansieras. Enligt Socialstyrelsen (2010) är det sju landsting som använder sig av DRG-systemet som budgetverktyg. De flesta landstingen använder det som ett verktyg för att begära in ersättning för patienter som kommer från andra landsting, medan bara fem till sju använder det för patienterna inom det egna landstinget.

Inom primärvården betalar landstingen på samma sätt för tjänster som tillhandahålls både av privatläkare med avtal och av offentliga vårdgivare. Betalningsmetoden är vanligtvis en kombination av komponenterna per capitabetalning och prestationsbaserade arvoden (t.ex. beroende på antalet läkarbesök). Komponenternas innehåll och sammansättning varierar mellan landstingen. Jag kommer i avsnitt 4.3.1 att återkomma till primärvården i Sverige i samband med diskussionen om regleringen av patientflödet från primärvården till specialistvården.

Följande tabell sammanfattar de viktigaste dragen i hur vårdgivarna får sin ersättning i de fyra länderna.

Tabell 2.2 Ersättning till vårdgivare

	Norge	Sverige	Finland	Danmark
Specialistvård (inläggning på sjukhus)	40 % baserad på DRG-poäng 60 % baserad på beräknat behov	DRG-systemet används som budget- och debiteringsverktyg i varierande grad bland landstingen	Budgeten baseras främst på DRG. Ej vanligt med aktivitetsbaserad finansiering	50 % baserad på DRG-systemet. Skillnader mellan regionerna
Öppenvård inom specialistvården	På sjukhus som för inlagda Privata specialister med avtal: Driftbidrag (30 %), avgifter (70 %)	På sjukhus som för inlagda Dessutom privata specialister med landstingsavtal	På sjukhus som för inlagda Dessutom privata specialister med vårdförsäkring med hög självrisk	På sjukhus som för inlagda Dessutom privata specialister med regionavtal
Psykisk hälsa	Rambudget, delvis befolkningsbaserat	Huvudsakligen rambudget	Efter vårddygn eller i kommunala vårdcentraler	Rambudget
Primärvården	Primärvårds-läkare: Kombination av bidrag per invånare och prestationsbaserade arvoden	Privata eller offentliga vårdcentraler med bidrag per invånare och olika grader av riskjustering och prestationsbaserade arvoden	Kommunala vårdcentraler med fast budget	Primärvårds-läkare: Kombination av bidrag per invånare och prestationsbaserade arvoden

Källa: Kittelsen et al. (2009) (uppdaterade siffror).

2.3 Patientavgifter

Det är generellt låga patientavgifter i Norden jämfört med förhållandena i många andra länder. Det finns även skillnader mellan länderna i fråga om vilka tjänster som är avgiftsbelagda. I alla fyra länderna får patienterna själva betala för nödvändiga läkemedel. I Danmark tas inga avgifter ut för sjukvård eller inläggning på sjukhus. I Finland är alla slags tjänster avgiftsbelagda. För läkemedel finns det tre avgiftskategorier som varierar från 58

procent av läkemedelspriset till att det offentliga betalar allt. Vi kommer senare att se att den privatfinansierade delen av sjukvårdskostnaderna är större i Finland än i de övriga nordiska länderna. I Norge är både primärvården och specialistvården avgiftsbelagd. Man tar däremot inte ut någon avgift för sjukhusvården när patienten är inlagd. I Sverige är alla slags tjänster avgiftsbelagda. Patientavgiftens nivå varierar i regel mellan landstingen. Det finns en nationellt fastställd läkemedelsavgift. Samtliga länder har en övre gräns för de årliga patientavgifterna. I Danmark sjunker patientavgiftens andel för läkemedel med storleken på läkemedelskostnaden. Den övre gränsen för patientavgifter i Danmark ligger 2011 på 3 555 danska kronor. I Finland ligger den maximala egenavgiften för läkemedel under ett år på 673 euro. Det finns även ett totalt avgiftstak för den kommunala vårdtjänsten som ligger på 633 euro. I Norge finns det två typer av avgiftstak beroende på typ av tjänst. Tak I, som inkluderar sjukvård, läkemedel och resor, ligger under 2011 på 1880 norska kronor. I Sverige har regeringen bestämt ett avgiftstak på 900 svenska kronor för den öppna sjukvården och 1 800 svenska kronor för läkemedel.

I flera europeiska länder kan man teckna privata försäkringar mot högre egna avgifter. Tittar man på patientavgifter och privata vårdförsäkringar tillsammans visar OECD Health Data³ att i Danmark, Norge och Sverige utgör patientavgifter och privata vårdförsäkringar mellan 15–16 procent av de totala vårdutgifterna, medan motsvarande siffra för Finland är 21 procent. Det finns samtidigt flera länder i Europa där procentsatsen är lägre än i de skandinaviska länderna (t.ex. i Nederländerna och Storbritannien). Skudal et al. (2010) beskriver resultaten från en internationell intervjuundersökning genomförd av Commonwealth Fund. I denna anger 4,6 procent av de norska deltagarna och 5,2 procent av de svenska att de har haft stora problem med att betala eller att inte betala för sjukvård under de senaste tolv månaderna. Genomsnittet för Europa är 4,9 procent. Allt som allt innebär detta att nivån på patientavgifterna i de nordiska länderna inte skiljer sig från nivån i andra delar av Europa.

I grova drag kan systemen för patientavgifter beskrivas med hjälp av tabell 2.3.

³ OECD (2009) s. 171.

