

Rapportserien kan köpas från Fritzes kundtjänst.

Beställningsadress:
Fritzes kundtjänst
106 47 Stockholm
Orderfax: 08-598 191 91
Ordertel: 08-598 191 90
E-post: order.fritzes@nj.se
Internet: www.fritzes.se

Tryckt av Elanders Sverige AB
Stockholm 2011

ISBN 978-91-38-23628-4

Förord

I likhet med de flesta andra utvecklade länder stiger kostnaderna för hälso- och sjukvård i Sverige stadigt som andel av BNP. Stora summor avsätts till vården, men trots ökade resurser och förbättrad produktivitet tycks inte sektorns problem mildras. Det leder då och då till debatt. Men oftast handlar denna mer om att lindra symptom – t.ex. behandlingsskøer och tillfälliga miljardsatsningar för att minska køerna – än om de grundläggande orsakerna till problemen i sjukvården.

För att på ett översiktligt och pedagogiskt vis belysa svårigheterna med att få en effektiv sjukvård har Expertgruppen för studier i offentlig ekonomi (ESO) uppdragit åt professor Tor Iversen att med hjälp av hälsoekonomisk teori och empiri diskutera och jämföra vården i de nordiska länderna. Det nordiska perspektivet är bra eftersom våra samhällen har många likheter samtidigt som länderna skiljer sig åt när det gäller sjukvårdens organisation och finansiering.

Iversen beskriver hur de nordiska länderna ransonerar vårdtjänster. Inget av länderna tillämpar direkt ransonering med öppna prioriteringar mellan olika slags vård. Sverige har dock kommit en bit på denna väg. Iversen menar att detta är bra; det är viktigt att vidareutveckla kriterier och processer för öppna prioriteringar eftersom detta sannolikt är en mer effektiv metod för att välja vem och vad som ska behandlas än väntetid. I detta sammanhang bör även differentierade patientavgifter analyseras som ett komplement. Avsaknaden av en tydligt redovisad ransonering och rädslan för en bristande tillgång på offentliga vårdtjänster bidrar till en snabb tillväxt av privata vårdförsäkringar.

En annan viktig fråga rör styrningen av patientströmmar mellan primär- och specialistvård. Här har de nordiska länderna valt olika metoder, med direkt styrning i Danmark och Norge och mer indirekt styrning via ekonomiska incitament i Sverige. Iversen konsta-

terar dock att det saknas systematiskt underlag för att avgöra om den ena vägen är bättre än den andra.

Vidare pekar Iversen på vikten av en starkare koppling mellan finansieringen av vården och det vården kan erbjuda. Att synliggöra kostnaden blir allt viktigare när efterfrågan på vårdtjänster växer. En sådan koppling skulle t.ex. kunna åstadkommas om en separat vårdskatt infördes.

Avslutningsvis diskuterar rapporten mer genomgripande förändringar av vårdsystemen där man i likhet med systemet i Nederländerna inför reglerad konkurrens mellan försäkringsbolag som producerar sjukvård samtidigt som man håller fast vid den obligatoriska vårdförsäkringen, med en utjämning av försäkringspremierna beroende på inkomst och hälsa.

Det är min förhoppning att denna rapport ska utgöra ett bra och pedagogiskt underlag i den fortsatta diskussionen om sjukvårdens organisering och finansiering i Sverige.

Arbetet med denna rapport har följts av en referensgrupp bestående av personer med god insikt i dessa frågor. Gruppen har letts av Harry Flam, ledamot i ESO:s styrelse. Författaren själv ansvarar dock för innehåll, slutsatser och förslag i rapporten.

Stockholm i oktober 2011

Lars Heikensten
Ordförande för ESO

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 vårdsystemen 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.

Tabell 2.3 Vårdtjänster med patientavgifter i Norden

	Danmark	Finland	Norge	Sverige
Primärvård	Nej	Ja, om patienten är >18 år	Ja, om patienten är >16 år	Ja – storleken varierar mellan landstingen
Specialistvård poliklinik	Nej	Ja	Ja, om patienten är >16 år	Ja – storleken varierar mellan landstingen
Sjukhusinläggning	Nej	Ja	Nej	Ja – storleken varierar mellan landstingen
Läkemedel	Ja	Ja	Ja	Ja
Tandvård	Ja, om patienten är >18 år	Ja	Ja, om patienten är >18 år	Ja, om patienten är >20 år
Övre gräns för patientavgifter	Ja, för läkemedel och tandvård	Ja, för totala utgifter för vårdtjänster	Ja	Ja, nationellt fastställd övre gräns för läkemedel, sjukresor, öppenvård

Källa: NOMESKO (2010).

2.4 De nordiska länderna i OECD:s klassificering av vårdssystemen

OECD har tidigare klassificerat vårdssystemen i Offentliga integrerade system, Offentliga avtalssystem och Privatförsäkringar med privata tjänsteleverantörer. I denna klassificering hör alla de nordiska länderna hemma bland Offentliga integrerade system. Inom OECD finns det en uppfattning om att denna klassificering inte längre är tillämpbar, eftersom vårdssystemen inom OECD-länderna har blivit mer differentierade under senare år. OECD har därför nyligen föreslagit en ny klassificering av vårdssystemen. Klassifikationen bygger på en undersökning bland medlemsländerna för att identifiera typiska egenskaper hos vårdssystemen (Paris et al., 2010). Undersökningen riktade sig till medlemsländernas hälsovårdsmyndigheter och hämtade information om försäkringar, finansiering och organisation av vårdsektorn och de övergripande styr- och regleringssystemen. Paris et al. (2010) presenterar på ett systematiskt sätt resultaten från undersökningen, som är tänkt att bidra med nya insikter kring vårdsektorns fin-

ansiering och organisation i medlemsländerna.⁴ Baserat på en klusteranalys av ett urval av indikatorerna identifierar Joumard et al. (2010) sex grupper av länder med liknande uppsättningar institutioner. De nordiska länderna befinner sig i tre olika grupper och man ger en beskrivning av de tre gruppernas kännetecken. Sverige, tillsammans med Island och Turkiet, tillhör gruppen med ett fritt val av vårdgivare utan någon portvaktsfunktion, varken inom primärvården eller specialistvården. Det privata utbudet är samtidigt mycket begränsat – det finns en strikt prisreglering och leverantörerna uppmuntras till mycket ringa del att höja produktionsvolymen. Med undantag för Sverige finns det inga hårda budgetbegränsningar. Danmark och Finland befinner sig i nästa grupp tillsammans med Mexiko, Portugal och Spanien. Den här gruppen kännetecknas av ett strikt reglerat offentligt system med ett omfattande bruk av portvakter (gatekeepers). Det finns kostnads mål men inga absoluta budgetkrav. Inom gruppen är Finland mer decentraliserat än Danmark. Även den sista gruppen, där Norge ingår tillsammans med Ungern, Italien, Irland, Nya Zeeland, Polen och Storbritannien, består av strängt reglerade offentliga system. Här finns hårdare budgetrestriktioner än i de flesta av de övriga OECD-länderna. Patienternas valfrihet är större än i den förra gruppen och systemen är mer centraliserade. I avsnitt 5.1 ger jag en närmare beskrivning av förhållandet mellan resultatmål och vårdsystem.

2.5 Kännetecknen i sammanfattning

Sammanfattningsvis kan man kanske säga att det finns vissa kännetecken som bidrar till en karakterisering av den nordiska modellen för organisation och finansiering av vårdtjänster:

1. En universell vårdförsäkring som omfattar hela befolkningen
2. Vårdförsäkringen är offentlig
3. Vårdförsäkringen finansieras genom allmänna skatter
4. Fram tills nu har bara en liten del av vårdtjänsterna finansierats genom privata vårdförsäkringar
5. Offentligt ägande och drift av sjukhusen dominerar

⁴ Det finns även några överraskande uppgifter. Till exempel karakteriseras Sverige som ett nationellt system (national health service), medan både Danmark, Finland och Norge karakteriseras som lokala system (local health services).

6. Betydande decentralisering av ekonomi och verksamhet till lägre förvaltningsnivåer.

Det finns samtidigt skillnader mellan länderna när det gäller graden av decentralisering, där Finland och Sverige är de mest decentraliserade. Det finns även skillnader i kraven på remisser från primärvården till specialistvården.

2.6 Resursanvändning, hälsoindikatorer och tillfredsställelse

Tabell 2.4 Några kännetecken på resursanvändning och hälsa i de nordiska länderna jämfört med Nederländerna och Storbritannien. 2009 eller närmaste år.

	Danmark	Finland	Norge	Sverige	Nederl.	Storbr.
BNP/capita 2009, US\$ PPP	35 620	33 241	57 404	35 161	39 967	34 651
Vårdutgifter/capita 2007, US\$ PPP	3 540	2 900	4 791	3 349	3 853	2 990
Totala vårdutgifter i % av BNP	9,7	8,2	8,9	9,1	9,7	8,4
Praktiserande läkare/1000 invånare	3,42	2,69	3,90	3,58		2,52
% Offentlig finansiering av totala vårdutgifter	84,5	74,5	84,1	81,7	75,2	82,0
Förväntad medellivslängd från födsel – kvinnor	81,0	83,3	83,0	83,2	82,3	81,8
Förväntad medellivslängd från födsel – män	76,5	76,5	78,3	79,1	78,0	77,6
Spädbarnsdödlighet – Döda/1000 levande-födda	4,0	2,6	2,7	2,5	3,8	4,7
% av männen som anser sig ha god eller mycket god hälsa	81,6	67,4	82,0	81,9	81,4	88,9

Källa: OECD Health Data.

Tabell 2.4 visar några siffror kring resursanvändning och hälsa i de nordiska länderna jämfört med Nederländerna och Storbritannien. Uppgifterna är hämtade från den senaste tillgängliga informationen i OECD Health Data. Vi ser att de köpkraftskorrigerade sjukvårdskostnaderna i Norden ligger i linje med de båda andra länderna. Inom Norden finns det betydande skillnader. Vi ser att de norska vårdutgifterna per invånare är 65 procent högre än de finska och 44 procent högre än de svenska. Skillnaderna i ekonomiska resurser är samtidigt lägre. Antalet praktiserande läkare per 1000 invånare är 14 procent högre i Norge än i Finland och 9 procent högre än i Sverige. De grova hälsoindikatorer som anges i tabellen tyder inte på 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.

En fråga är då om skillnaderna mellan kostnaderna i de nordiska länderna enbart kan skyllas på skillnader i kostnadsnivå och effektivitet inom vårdsektorn eller om det även finns skillnader i aktivitetsnivå i form av antal och sammansättning i fråga om behandlingarna. Den här frågan har studerats av Kittelsen et al. (2009), specifikt kring specialistvården. Baserat på en egen deflator som tar hänsyn till lönenivån inom vårdsektorn finner de att kostnaderna för sjukhusen i Finland år 2007 ligger på 93 procent av den svenska kostnadsnivån, medan nivån i Norge är 23 procent högre än i Sverige. Det finns även skillnader inom resursanvändningen mellan länderna när man tar hänsyn till skillnader i kostnadsnivå. Under 2007 låg nivån på resursanvändningen inom specialistvården i Sverige på 94 procent av nivån i Norge. Nivån i Finland var cirka 65 procent av nivån i Norge. Variationen inom den psykiatriska vården ser ut att vara större, men här finns det många reservationer på grund av osäkerhet kring datakvaliteten.

Skillnaderna i resursanvändning inom vårdsektorn i de nordiska länderna medför skillnader i dels aktivitet och dels i effektivitet. Kittelsen et al. (2009) finner att aktivitetsnivån inom sjukhusverksamheten och speciellt inom den psykiatriska vården tycks vara högre i Norge än i de övriga nordiska länderna. Deras siffror visar att Norge har en högre total förbrukning per invånare, både när detta mäts som besök, vårddygn och DRG-poäng. Det finns även en variation mellan olika typer av behandlingar.

Tabell 2.5 Några operationstyper (årligt antal operationer per 100 000 invånare) i Norden, Nederländerna och Storbritannien

	Danmark	Finland	Norge	Sverige	Nederl.	Storbr.
Kranskärls-operationer ¹ (2006)	78,6	66,2	81,0	53,7	58,2	43,5
Percutaneous Coronary Intervention (PCI) ²	193,6	125,7	246,7	172,6	135,4	92,7
Protesoperation i höften ³ (2007)	199,6	181,2	230,7	206,7	205,1	187,4
Protesoperation i knä ⁴	105,8	168,7		107,8	97,9	115,7
Blindtarms-operation (2007)	100,4	116,1	120,2	106,6	91,8	91,0

¹ Ett ingrepp där man öppnar bröstkorgen och syr fast ett eller flera blodkärl som tagits från andra ställen i kroppen (eller ett konstgjort blodkärl), för att leda blodet förbi förträngningar i hjärtats kranskärl.

² Åtgärder i hjärtats kranskärl med hjälp av kateter, så kallad ballongvidgning.

³ Insättning av konstgjord höftled som ersättning för en utsliten led.

⁴ Insättning av konstgjord knäled som ersättning för en utsliten led.

Källa: OECD Health Data – de senaste tillgängliga uppgifterna efter 2005.

I Tabell 2.5 har uppgifter hämtats från den senaste tillgängliga årgången av OECD Health Data och de nordiska länderna presenteras återigen tillsammans med Nederländerna och Storbritannien.⁵ Vi ser att bland de nordiska länderna är antalet kranskärls-operationer störst i Norge och lägst i Sverige, medan antalet för PCI är störst i Norge och lägst i Finland. För de övriga procedurerna tycks variationen i Norden vara lägre. Det finns en tendens till att variationen är lägst där behandlingsbeslutet förmodligen innebär lägst godtycke (avlägsnande av blindtarm) och störst där det finns alternativa behandlingsmetoder och där en hel del godtycke är inblandat i valet av behandlingsmetod (kranskärlsoperation, PCI, protesoperation av knä). I det här sammanhanget är det kanske något överraskande att variationen när det gäller antalet höftledsoperationer är så liten.

Det har även framkommit skillnader i sjukhusens effektivitet mellan de nordiska länderna. Med effektivitet menas i det här

⁵ Det är oklart hur pålitlig behandlingsinformationen från OECD Health Data är. Till exempel finns det avvikelser för de nordiska länderna i förhållande till vad man kan hitta hos Kittelsen et al (2009). Samtidigt är OECD Health Datas databas den bästa som finns för jämförande internationella studier.

sammanhanget förhållandet mellan antalet behandlingar justerat för patientsammansättning och kostnader. Linna et al. (2010) finner med hjälp av en effektivitetsanalys (DEA-metoden) att de norska och svenska sjukhusen är 13-20 procent mindre effektiva än de finska och att de danska sjukhusen befinner sig någonstans mitt emellan.

Commonwealth Fund (CWF) i USA genomför regelbundet undersökningar för att ta reda på människors tillfredsställelse när det gäller sjukvården i olika länder. I undersökningen från 2010 deltog Sverige och Norge av de nordiska länderna. Undersökningen genomförs i form av telefonintervjuer. Svarefrekvensen varierar, men författarna hävdar att datakvaliteten är god (Schoen et al., 2010, Skudal et al., 2010). De båda nordiska länderna (och särskilt då Norge) har inte fått några särskilt bra resultat i jämförelse med andra länder i Europa. I Norge anser 41 procent av de tillfrågade att "totalt sett fungerar sjukvården ganska bra, men mindre förändringar är nödvändiga." Motsvarande siffra för Sverige är 46 procent och för resten av Europa är det 48 procent. I USA är det bara 30 procent som har denna uppfattning om sjukvården. I Norge är det 45 procent som fått hjälp från primärvårdsläkaren samma dag eller dagen efter det att personen blivit sjuk. I Sverige var motsvarande siffra 57 procent och i resten av Europa 69 procent. Kvaliteten på den medicinska hjälpen från den ordinarie läkarmottagningen anges av 51 procent i Sverige som utmärkt eller mycket bra. Motsvarande siffra för Norge är 64 procent och för övriga Europa 63 procent. 75 procent av de intervjuade i USA uppger att kvaliteten är utmärkt eller mycket bra. I Norge är det en större andel som säger sig ha blivit drabbade av felmedicinering eller felbehandlingar än vad som gäller för Sverige och resten av Europa.

Det är tankeväckande att en så stor variation mellan de nordiska länderna när det gäller resursanvändningen inom vårdsektorn inte resulterar i några skillnader i storleken på de centrala hälsoindikatorerna. Detta understryker att livsstilen och resursinsatser på andra områden har stor betydelse för hälsan.

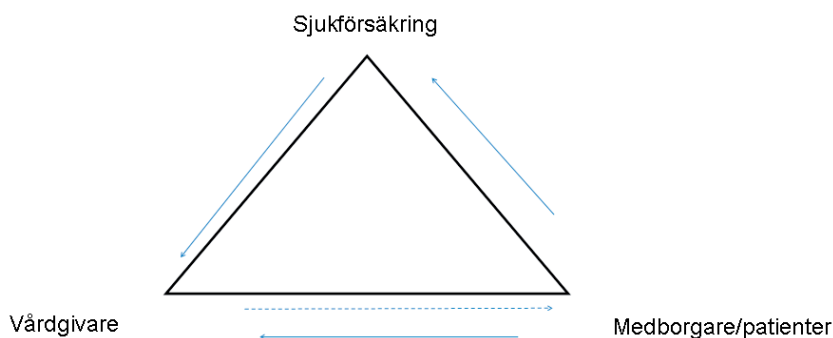
3 Behovet av att reglera marknaden för vårdförsäkringar och vårdtjänster

3.1 Inledning

Syftet med den här delen av rapporten är att granska de viktigaste ekonomiska argumenten för en reglering av marknaden för vårdförsäkringar och vårdtjänster. De här argumenten utgår från en önskan om att rätta till brister på marknaden. Regleringar medför ofta andra nackdelar som en följd av åtgärderna. Man står därmed inför en svår balansgång mellan valet av fördelar och nackdelar. Den något mer generella kunskap som förmedlas i det här avsnittet kommer att utgöra bakgrund för diskussionen om problemen i de nordiska vårdsektorerna i rapportens del 4.

Vårdsektorn har tre väsentliga intressentgrupper: leverantörer av vårdförsäkringar, leverantörer av vårdtjänster, samt befolkningen i rollerna som medborgare och patienter. Relationerna mellan de här tre grupperna framställs ofta som en triangel. I Figur 3.1 visar de heldragna linjerna betalningsflödets riktning och de streckade linjerna tjänsteflödets riktning.

Figur 3.1 Förhållandet mellan aktörerna inom vårdsektorn – hälsotriangeln



Medborgarna betalar försäkringspremier till dem som tillhandahåller vårdförsäkringarna, som kan vara privat eller offentligt organiserade. I system där den offentliga sektorn försäkrar invånarna kan skatteinbetalningen ses som en slags försäkringspremie. Vårdförsäkring betalar sedan vårdgivaren för de invånarna som är patienter. Ur patientens synvinkel fungerar vårdförsäkring som en tjänsteförsäkring (in kind). Eventuellt kan vårdförsäkring även återbetala (delar av) patientens utgifter. Om patienten betalar en avgift vid besökstillfället kommer det även att gå ett pengaflöde från patienten till vårdgivaren. Även om pengaflödet kan gå i flera riktningar kommer tjänsteflödet att uteslutande gå från vårdgivaren till patienten.

En sådan triangel kommer att prägla de flesta marknader som rör försäkringar och där försäkringsbidraget kommer i form av en kostnadsersättning för varor och tjänster. Det finns dock några egenskaper hos marknaden för vårdförsäkringar som ger upphov till ett samhällsmässigt behov av regleringar. Viktiga egenskaper är⁶:

- Asymmetrisk information mellan försäkringsbolaget och den försäkrade kring hälsa och livsstil. Den försäkrade har ofta kunskap om kroniska sjukdomar och symptom på framtida sjukdomar som försäkringsbolaget inte har och som med svårighet kan skrivas in i försäkringsavtalet. Försäkringsbolaget kommer i praktiken inte att kunna kontrollera om den försäkrade gör

⁶ En utförligare diskussion finns t.ex. hos Kornai och Eggleston (2001). Den klassiska referensen på området är Arrow (1963).

något för att hålla sig frisk. Att kontrollera kost, fysisk aktivitet, alkoholkonsumtion och livsstil kommer att bli mycket kostsamt och går troligen på tvärs mot den personliga integriteten. Även om vissa sjukdomar kan vara livsstilsrelaterade finns det många faktorer som påverkar. I allmänhet kan man inte dra slutsatser från en sjukdomsförekomst till livsstilen i enskilda fall, eftersom det finns andra faktorer i arv och miljö som påverkar sjukdomsförekomsten.

- Asymmetrisk information mellan patient och vårdgivare. Läkaren vet mer om diagnos och behandling än patienten. Det är ju därför som patienten söker upp läkaren. Samtidigt kan läkaren ha motiv för sina handlingar utöver att göra patienten frisk. Detta kan vara personliga motiv med koppling till den egna inkomsten och fritiden. Även inom vårdsektorns olika organisationer, som sjukhusen, kan det finnas motiv utöver patienthälsan. För privata sjukhus kan detta vara ägarnas vinster. För offentliga sjukhus kan det finnas olika typer av aktiviteter som går ut över vården av patienterna.
- Asymmetrisk information mellan försäkringsbolaget och vårdgivaren. Patienten behöver hjälp för att få en optimal diagnos och behandling. Försäkringsbolaget vill (i viss mån) ge en sådan hjälp. Men inte ens försäkringsbolaget kommer att ha lika bra information som vårdgivaren om den optimala diagnosen och behandlingen. En viktig uppgift för försäkringsbolaget är då att utforma ett ersättningssystem till vårdgivaren som hjälper denne att ge patienterna en optimal diagnos och behandling.
- Den optimala diagnosen och behandlingen är avhängig försäkringsbolagets målfunktion, särskilt om man vill skydda kundernas intressen som försäkringstagare eller som patienter. Som försäkringstagare vill kunderna att försäkringsbolaget väger hälsovinsten från en generösare diagnos och behandling mot storleken på försäkringspremien. Som patient är kunden angelägen om att få den bästa möjliga diagnosen och behandlingen oavsett vilka konsekvenser detta kan ge på försäkringspremien. Vad som menas med att försäkringsbolaget ska hjälpa patienten att få en optimal diagnos och behandling kräver därmed en precisering.
- God hälsa är mycket uppskattat och värderas allt högre ju rikare vi blir (Hall och Jones, 2007). I frågor om liv och död är det ofta inkomster och förmögenhet, hellre än de vanliga övervägandena

- kring konsumtionens sammansättning, som kommer att avgöra efterfrågan på vårdtjänster.
- Diagnos och behandling kan ha irreversibla inslag, det vill säga att eventuella misstag inte kan återställas. En bilverkstad som begår ett allvarligt misstag kan i värsta fall ge ersättning i form av en ny bil. Ett sjukhus som begår ett allvarligt misstag kan inte ge patienten ersättning i form av ett nytt liv. I regel kan inte den hälsoförlust som en svår invalidisering medför kompenseras fullt ut i form av pengar.
 - Det är vanligt att anta att medborgarna även har önskemål gällande andras hälsa och tillgång till vårdtjänster. Det finns därför en viss grad av altruism i inställningen till sjukvården. En sådan inställning kan både vara kopplad till förväntningar om samma inställning om man själv blir sjuk och till att man tycker att det är svårt att acceptera att sjuka människor ska nekas tillgång till sjukvård för att de inte kan betala för sig.

Det finns många marknader som kännetecknas av en eller några av de här egenskaperna. Marknaden för vårdtjänster skiljer ut sig i fråga om marknadsmisslyckandenas omfattning. Jag ska nu beskriva litet närmare vilka utmaningar de här egenskaperna ger upphov till när det gäller marknadens sätt att fungera. Låt oss börja med informationsasymmetrin mellan medborgare/patient och försäkringsbolagen.

3.2 Behovet av att reglera marknaden för vårdförsäkringar

För den enskilda individen råder det stor osäkerhet kring förekomsten och behandlingsbehovet av och varaktigheten hos framtida sjukdomar. En sjukdom kan medföra både inkomstförluster och stora kostnader när det gäller behandlingen. Storleken på den möjliga förlusten i kombination med riskaversion utgör grunden för kravet på vårdförsäkringar (Arrow, 1963, Rees, 1989, Cutler och Zeckhauser, 2000). En heltäckande försäkring kommer att väljas så länge nyttan av försäkringen är större än nyttan av säkerhetsekvivalenten för att delta i lotteriet om hälsotillstånd och behandlingskostnader.⁷

⁷ Säkerhetsekvivalenten definieras som det högsta belopp försäkringstagaren är villig att betala som försäkringspremie hellre än att betala vårdkostnaden om man själv blir sjuk. Om

Vårdförsäkringar är ett område där det har skett mycket forskning under de senaste åren. Nya resultat har bidragit till att nyansera slutsatserna från forskningen från 1970- och 1980-talen. Följande framställning är inspirerad av Einav och Finkelstein (2011). Intresserade läsare kan hitta en mer detaljerad framställning i en bilaga till rapporten.

3.2.1 Positiva eller negativa urval

Vi tänker oss individer som väljer mellan en heltäckande försäkring eller ingen försäkring alls (detta kommer längre fram att nyanseras genom att det ges utrymme för privata försäkringar). Konkurrerande bolag utnyttjar försäkringspremiens storlek som ett sätt att locka till sig kunder. Kunderna (potentiella patienter) antas ha likartade preferenser (t.ex. när det gäller graden av riskaversion), men skiljer sig från varandra genom att vissa löper större risk för att drabbas av framtida sjukdomar än andra. Denna risk är känd för den enskilda kunden. För företaget är risken bara känd för genomsnittet av alla potentiella kunder. Efterfrågan på försäkringar bestäms delvis av de förväntade vårdkostnaderna och delvis av graden av riskaversion. Efterfrågan på försäkringar är en fallande funktion av priset på försäkringen. Med för höga försäkringspremier kommer bara de personer som har hög sjukdomsrisk att efterfråga några försäkringar. För att de som har lägst sjukdomsrisk ska vara intresserade av att teckna en försäkring måste försäkringspremien vara låg. En jämvikt på marknaden kännetecknas av att försäkringspremien korrekt täcker kostnaderna som försäkringsbolagen har för var och en som är försäkrad. Om försäkringspremien är lägre än den genomsnittliga patientkostnaden kommer försäkringsbolagen inte att kunna täcka sina utgifter. Om försäkringspremierna är högre än genomsnittskostnaden kommer försäkringsbolagen att få en positiv vinstutveckling och kommer sannolikt att sänka priserna för att kunna locka till sig ännu fler kunder. När det råder jämvikt på marknaden kommer de med lägst sjukdomsrisk att välja att inte teckna någon vårdförsäkring, för att försäkringspremien är högre än deras betalningsvilja. Samtidigt

försäkringspremien är lika med den förväntade vårdutgiften kommer en riskneutral person att vara likgiltig i fråga om att teckna en försäkring mot att betala vårdkostnaden själv. Skillnaden mellan säkerhetsekivalenten och den förväntade vårdutgiften är de maximala administrationskostnader försäkringsbolaget kan ha om personen ska vara intresserad av en försäkring.

kommer deras betalningsvilja när det gäller försäkringar att vara högre än de förväntade sjukvårdskostnaderna (som är lägre än för befolkningsgenomsnittet), och det är därför samhällsekonomiskt lönsamt att de är försäkrade. Vid asymmetrisk information om sjukdomsrisk och negativt urval (adverse selection) kan det därmed vara färre som tecknar försäkringar än vad som är samhällsekonomiskt optimalt. En möjlig åtgärd för att förhindra detta marknadsmisslyckande är att göra vårdförsäkringen obligatorisk. En annan möjlig åtgärd är att subventionera försäkringen så mycket att alla kommer att vilja teckna en försäkring.

Teoretisk och empirisk forskning under senare år har sått tvivel kring det generella innehållet i ovanstående resultat. Två viktiga begrepp i det här avseendet är administrativa kostnader (t.ex. kostnader för marknadsföring och kontroll) och en heterogenitet i preferenserna. Försäkringsbolagen kommer att ha kostnader i samband med inbetalningen av premierna och vid utbetalningen till vårdgivare och patienter. Om de administrativa kostnaderna är tillräckligt höga kan de bli större än säkerhetsekvivalenten för personer med låg sjukdomsrisk. Det är då inte längre optimalt att befolkningen är helt försäkrad.

Heterogenitet i preferenserna har att göra med att de som har låg sjukdomsrisk kan ha en större riskaversion än personer med hög sjukdomsrisk. En orsak kan vara att den som har störst riskaversion har ägnat sig åt en hel del sjukdomsförebyggande aktiviteter som bidrar till en mycket lägre sjukdomsrisk i dag. Om följderna av en sådan heterogenitet i preferenserna är tillräckligt stora kan det innebära att det är de personer som har lägst sjukdomsrisk som har störst betalningsvilja när det gäller vårdförsäkringar. Jämvikten på marknaden kommer återigen att karakteriseras av att försäkringspremien är lika med försäkringsbolagens genomsnittskostnader. För den med störst sjukdomsrisk är det man maximalt är villig att betala för vårdförsäkringen mindre än de förväntade vårdkostnaderna. Om man ska respektera deras preferenser är det alltså i fallet med ett positivt urval (advantageous selection) inte samhällsekonomiskt optimalt med ett heltäckande försäkringsskydd hos befolkningen. Det kan till och med vara så att marknadsjämvikten ger ett större försäkringsskydd än det som är samhällsekonomiskt optimalt.

Ett enkelt empiriskt test för att avgöra om det rör sig om ett negativt urval (adverse selection) eller ett positivt urval (advantageous selection) av de försäkrade är om vårdkostnaderna

igenomsnitt är högre eller lägre för de försäkrade eller för de personer som saknar försäkring. Det finns inte så många sådana studier och resultaten varierar.

3.2.2 Riskbeteende (moral hazard)

En eventuell positiv korrelation mellan försäkringsskyddet och vårdkostnaderna kan emellertid även orsakas av så kallat riskbeteende (moral hazard), som förekommer av två slag i samband med vårdförsäkringar. Riskbeteenden eller dolda beteenden (ex ante moral hazard) innebär att försäkringstagaren kan påverka sjukdomsriskerna och att sjukdomsriskerna inte återspeglas i försäkringspremien. Orsaken till bristen på korrelation mellan risken och försäkringspremien kan vara att det är oproportionerligt kostsamt för försäkringsbolaget att observera försäkringstagarens beteende. Detta gäller t.ex. livsstilsfrågor som rökning, kost och fysisk aktivitet. Eftersom det finns kostnader i anslutning till en minskning av sjukdomsriskerna, både personliga och ekonomiska, kommer försäkringspremier som är frikopplade från förebyggande insatser att leda till en för låg nivå på förebyggandet och för hög sjukdomsrisk sett ur ett samhällsekonomiskt perspektiv. Riskbeteenden kommer därför att leda till fler sjukdomar och högre sjukvårdskostnader. Den högre försäkringspremie som de högre sjukvårdskostnaderna medför kommer i frivilliga försäkrings-system att innebära att några väljer att säga upp försäkringen för att själva ta på sig den ekonomiska risken.

Det kan även institutionellt bestämmas att det inte ska finnas något samband mellan sjukdomsrisk och försäkringspremier. Detta är ofta fallet när det gäller skattefinansierade vårdförsäkringar. I de skattefinansierade systemen kan man då uppleva att vårdkostnaderna blir förhållandevis stora och detta sätter press på både skatteintäkter och andra offentligt finansierade tjänster. I både frivilliga privata och obligatoriska offentliga system kommer riskbeteendet därmed att leda till effektivitetsförluster. Sjukvårdskostnadernas självrisk kommer att resultera i en minskning av det relativa priset på förebyggande åtgärder och uppmuntrar på så sätt till färre sjukdomar och lägre vårdkostnader. Ett optimalt försäkringsskydd med riskbeteenden kommer därmed att innebära en avvägning mellan försäkringens välfärdsvinst och välfärdsförlusten

som uppstår genom en överkonsumtion av vårdtjänster. Det blir i allmänhet inte optimalt med ett heltäckande försäkringsskydd.

Sjukdomar har ofta karaktären av en viss oåterkallelighet i den meningen att hälsan ofta inte riktigt är som förr, även efter en behandling. Ju mindre effektiv vårdinsatsen är för att återställa hälsan, desto mindre marknadsmisslyckande kommer riskbeteendet att ge upphov till.

Inom litteraturen kommer man även att hitta en annan form av moral hazard – den så kallade ex post moral hazard. Detta har att göra med formen på efterfrågekurvan för vårdtjänster efter att man har blivit sjuk. Det kan röra sig om flera typer av omfattning och kvalitet på vårdinsatsen och det kan också röra sig om flera grader av komfort under själva behandlingen. Detta tyder på att efterfrågan på vårdtjänster ökar när patientavgifterna är lägre (fallande efterfrågekurva). Utan patientavgifter kommer patienterna att efterfråga tjänster så länge det ger hälsomässiga fördelar och eventuellt andra fördelar. Om det inte finns några patientavgifter finns det därmed inga incitament att väga förbättringen av hälsan mot vårdinsatsen. Zeckhauser (1970) visar att ju mer prisberoende efterfrågan på vårdtjänster är, desto lägre försäkringsskydd är optimalt sett ur ett ex anteperspektiv.

Riskbeteendet antyder att det samhällsekonomiskt sett är optimalt med vissa patientavgifter för att motverka båda formerna av moral hazard. Det är samtidigt en svår balansgång, eftersom avgifterna utsätter riskaverta patienter för en ekonomisk risk som de precis skulle vilja försäkra sig mot.

Båda formerna av riskbeteende kommer att sträva i riktning mot att de förväntade vårdkostnaderna för en försäkrad person kommer att vara högre än vårdkostnaderna för en person utan försäkring, trots att risken för sjukdom och förväntade vårdkostnader skulle vara lika stora utan försäkringen. Det blir därmed en utmaning att empiriskt kunna bevisa det negativa urvalet.

3.2.3 Obligatoriska försäkringar

I privata försäkringssystem med valfrihet och konkurrens kan differentierade patientavgifter hjälpa försäkringsbolagen att skilja kunderna från varandra vid asymmetrisk information om sjukdomsrisk och negativt urval (adverse selection). Detta analyserades först av Rothschild och Stiglitz (1976). Genom att ställa riskaverta

kunder inför valet mellan olika avgiftsnivåer och därmed försäkringsskydd, visade de att kunderna ofta sorterar in sig själva så att individer med låg sjukdomsrisk väljer ett skydd med höga patientavgifter och låga försäkringspremier, medan individer med hög sjukdomsrisk hellre betalar en högre premie för att kunna slippa undan med låga avgifter vid sjukdom. Samtidigt kan lågriskgruppen godta en viss ökning av försäkringspremierna för att uppnå ett bättre försäkringsskydd och därmed lägre avgifter. Om skillnaden i sjukdomsrisk mellan de båda grupperna inte är så stor, samtidigt som högriskgruppen är liten i förhållande till lågriskgruppen, kan lågriskgruppens betalningsvilja för att få ett bättre försäkringsskydd vara tillräckligt för att subventionera högriskgruppen så mycket att samma avtal kan gälla för båda grupperna. Eftersom marknaden inte nödvändigtvis vill genomföra en sådan paretoförbättring kan en obligatorisk vårdförsäkring motiveras utifrån ekonomisk välfärdsteori. Detta argument innebär också att ett obligatoriskt försäkringssystem bör innehålla vissa patientavgifter, eftersom lågriskgruppen inte har något egenintresse av att subventionera högriskgruppen så mycket att ett heltäckande försäkringsskydd kan uppnås. Modellen ger därmed en vägledning inför utformandet av en obligatorisk försäkring utöver modellresonemangets slutsats i början av det här avsnittet.

Jag har hittills antagit att varje individ känner till sin egen sjukdomsrisk, medan försäkringsbolagen bara har kunskap om befolkningens genomsnittliga sjukdomsrisk. I verkligheten är detta mer nyanserat. Försäkringsbolagen kommer för varje enskild individ att kunna bestämma en individuell risk utifrån information om arv och tidigare och nuvarande symptom och sjukdomar, vilket kommer att påverka den försäkringspremie som personen erbjuds. Låt oss nu anta som en ytterlighet att det föreligger en symmetrisk information om den enskilda individens sjukdomsrisk, det vill säga att försäkringsbolaget vet lika mycket om sjukdomsrisken som personen själv. Om det fortfarande är så att det är egenintresset som styr individens val av försäkringsavtal kommer marknadslösningen att ge avtal där premien är differentierad utifrån personens sjukdomsrisk. Individer med hög sjukdomsrisk kommer att få betala en högre försäkringspremie än personer med låg sjukdomsrisk. Med hjälp av symmetrisk information kan lågriskgrupperna erbjudas ett komplett försäkringsskydd till låga premier. De kommer inte längre att ha ett egenintresse av att subventionera

individer med hög sjukdomsrisk för att själva kunna få ett ännu bättre skydd.

I de flesta länderna i Europa är de obligatoriska försäkringarna fortfarande gemensamma för hela eller större delen av befolkningen. Försäkringen erbjuds antingen direkt av den offentliga sektorn, eller så erbjuds den av privata organisationer genom överföringar från den offentliga sektorn i syfte att utjämna organisationernas intäkter på grund av skillnader i inkomst och sjukdomsrisk bland de försäkrade. Nivån på överföringarna inom systemen bestäms genom politiska val. Zweifel, Breyer och Kifmann (2009, 429) presenterar en modell som kan bidra till att ekonomiskt motivera dessa system. I deras modell förekommer det variationer i befolkningen längs två dimensioner, nämligen inkomster och sjukdomsrisk. För att förenkla har vardera dimensionen bara två möjliga värden: måttlig/hög inkomst och låg/hög sjukdomsrisk. Det blir därmed fyra grupper:

Grupp 1: Måttlig inkomst med hög sjukdomsrisk (m,h)

Grupp 2: Måttlig inkomst med låg sjukdomsrisk (m,l)

Grupp 3: Hög inkomst med hög sjukdomsrisk (h,h)

Grupp 4: Hög inkomst med låg sjukdomsrisk (h,l)

Det förutsätts att individerna känner till både sin inkomst och sin sjukdomsrisk. Det förutsätts vidare att mer än hälften av befolkningen har måttliga inkomster och att mer än hälften av befolkningen har låg sjukdomsrisk. Man beslutar genom omröstning om det ska vara en kollektiv vårdförsäkring där premien är proportionell mot inkomsten (oavsett sjukdomsrisk) eller om det ska vara upp till individen att skaffa sig ett heltäckande försäkringsskydd för sig själv och sin familj. Om det blir en kollektiv vårdförsäkring röstar man även om ersättningsnivån. Majoriteten bestämmer vilket system som ska förverkligas. Medborgarna antas rösta på ett sätt som stämmer överens med egenintresset. De måste då komma fram till hur mycket de måste betala i det inkomstbaserade systemet jämfört med vad de måste betala i det privata systemet där försäkringspremien är beroende av sjukdomsrisken och oberoende av inkomsten.

Under sådana förhållande kommer bara de invånare som gör en nettovinst i det kollektiva systemet att rösta på ett sådant. Detta

motsvarar att bara de personer som har en relativ sjukdomsrisk som är större än deras relativa inkomst kommer att rösta för.

Man kan lätt säga att grupp 1 kommer att rösta för och grupp 4 mot ett kollektivt försäkringssystem. I utgångsläget är det oklart om grupp 2 och grupp 3 kommer att rösta för eller mot. Samtidigt bör medianväljaren⁸ befinna sig i grupp 2, eftersom mer än hälften av befolkningen antas ha en måttlig inkomst. Grupp 2 kommer att rösta för ett kollektivt system om skatten i det kollektiva systemet blir lägre eller lika med vad grupp 2 kommer att få betala i ett privat system. Detta villkor kan representeras så här:

$$ty_m \leq \pi_l g \tag{1}$$

där t är den proportionerliga skattesatsen, y_m är inkomstnivån i gruppen med måttliga inkomster, π_l är sannolikheten för sjukdom i gruppen med låg sannolikhet för sjukdom och g är vårdtjänsternas omfattning. Samtidigt måste de totala intäkterna vara tillräckligt stora för att täcka de samlade utgifterna (budgetförutsättningarna):

$$t\bar{y} = \bar{\pi} g \tag{2}$$

där \bar{y} är genomsnittsintäkten och $\bar{\pi}$ är befolkningens genomsnittliga sjukdomsrisk. Vi lägger in från (2) i (1) och får:

$$\frac{\pi_l}{\bar{\pi}} \geq \frac{y_m}{\bar{y}} \tag{3}$$

Vi får därmed en majoritet för en kollektivt finansierad sjukvård om sjukdomsrisk i förhållande till den genomsnittliga sjukdomsrisk är större än inkomsterna i förhållande till genomsnittsinkomsten i grupp 2 med måttlig inkomst och låg sjukdomsrisk. Intuitivt innebär detta att det som gruppen med låg sjukdomsrisk får subventionera gruppen med hög sjukdomsrisk mer än väl uppvägs av överföringen från gruppen med hög inkomst.

Även om man själv känner till sin egen sjukdomsrisk kommer det att finnas en osäkerhet kring den framtida sjukdomsrisk. I ett privat försäkringssystem kommer denna osäkerhet att medföra en osäkerhet kring försäkringspremiens framtida nivå och om man överhuvudtaget kommer att erbjudas en försäkring. Kifman (2005) menar att denna osäkerhet kring den framtida sjukdomsrisk kan

⁸ Om alla medborgare rangordnas efter inkomstens storlek har hälften av befolkningen en lägre inkomst än medianväljaren, och hälften har en högre inkomst.

innebära att även gruppen med höga inkomster kan rösta för ett inkomstdifferentierat obligatoriskt försäkringssystem om inte inkomstskillnaderna är för stora. Detta kan kanske vara en del av anledningen till varför man även i länder utan obligatoriska försäkringssystem för unga, som i USA, har en offentlig obligatorisk försäkring genom Medicare för personer äldre än 67 år.

Hittills har jag resonerat som om alla individer fattar beslut utifrån sitt egenintresse. Förekomsten av en hälsorelaterad altruism (att individer i varierande grad subventionerar personer med sämre hälsa än de själva) kommer att öka möjligheterna att förverkliga en kollektivt finansierad sjukvård genom val. En korssubventionering av försäkringspremierna tvärs över riskklasserna är samtidigt svår att få till i ett system med konkurrens mellan försäkringsbolagen, eftersom konkurrensen mellan bolagen då lätt tvingar ner premierna till en nivå som inte möjliggör korssubventionering. Altruismen kommer därmed att kräva ett försäkringsmonopol för att kunna realiserats. Alternativt kan man tänka sig ett centralt organiserat överföringssystem som säkerställer att bolagen som försäkrar högriskgrupperna får bidrag genom överföringssystemet, baserat på specifika kriterier för riskberäkningen. Jag tänker litet längre fram återkomma till Nederländerna, eftersom man där använder sig av ett sådant system.

3.2.4 Sammanfattning av behovet av att reglera marknaden för vårdförsäkringar

Jag ska nu sammanfatta slutsatserna så här långt för behovet av en reglering av marknaden för vårdförsäkringar. Jag fokuserar särskilt på argumenten för obligatoriska kollektiva försäkringssystem och försäkringsskyddets omfattning (frånvaro av patientavgifter). Jag har tagit avstamp i assymetrisk information om sjukdomsrisk och individer som bestämmer sig utifrån vad de tjänar bäst på (ingen altruism). Med en homogen inställning till risk i befolkningen (alla är lika riskaverta) finns det en tendens till att de med låg sjukdomsrisk väljer bort försäkringar, trots att det är en vinst för samhället om hela befolkningen är försäkrad. Förekomsten av höga administrativa kostnader i samband med försäkringen kan ändra denna slutsats. Om de administrativa kostnaderna i ett kollektivt system är lägre än i ett individuellt system kan dessa kostnader vara

ett eget argument för ett obligatoriskt kollektivt system⁹. Om det finns olikheter i befolkningens inställning till risk, på ett sådant sätt att de med lägst sjukdomsrisk är de mest riskaverta, kommer det i allmänhet inte att bli en höjning av välfärden om de som väljer bort försäkringen (de med hög risk) tvingas in i ett kollektivt system. Det kan även vara så att de som väljer bort försäkringsskyddet spekulerar i att de ändå kommer att erbjudas vård om de blir sjuka (välgörenhet). Det är i så fall ett argument för att tvinga in dem i försäkringssystemet. Med symmetrisk information om sjukdomsrisk (där försäkringsbolagen vet lika mycket som den enskilde) kommer ett kollektivt obligatoriskt system med lika höga premier för alla inte att kunna upprätthållas. Ett kollektivt obligatoriskt system med inkomstrelaterade premier kommer att kunna upprätthållas under vissa villkor. En hälsobetingad altruism gör det lättare att upprätthålla det kollektiva systemet.

Det kommer förmodligen alltid att finnas inslag av asymmetrisk information mellan försäkringsbolaget och den försäkrade. Samtidigt kommer den försäkrade inte att fullt ut kunna känna till sin framtida sjukdomsrisk. Det kommer framför allt att föreligga en osäkerhet kring utvecklandet av sjukdomsrisk över tid. För en del ungdomar kommer det att finnas en osäkerhet kring hälsorisker som gammal. En riskavert person kommer att vara intresserad av att försäkra sig mot den här osäkerheten. Detta är svårt att åstadkomma i ett frivilligt försäkringssystem. Därför finns det även i USA ett offentligt obligatoriskt försäkringssystem för äldre genom Medicare.

Vid asymmetrisk information om sjukdomsrisk är ett argument för en viss grad av patientavgifter att lågriskgruppen inte är intresserad av att subventionera högriskgruppen i så hög grad att man kan uppnå ett heltäckande försäkringsskydd. Ett annat argument är att patientavgifterna ger ett incitament att förebygga sjukdomar för att minska sjukdomsriskerna och därmed risken att drabbas av vårdutgifter. Ett tredje argument är att patientavgiften ger ett incitament att ta hänsyn till kostnaderna vid valet av behandlingsmetod. I alla dessa fall rör det sig om en balansgång mellan uppmuntran att ta hänsyn till vårdkostnaderna och en exponering av den ekonomiska risken vid sjukdom.

⁹ Commonwealth Fund (2008) hävdar att de administrativa kostnaderna för vårdsektorn i USA är 30–70 procent högre än i länder med blandade privata/offentliga system och tre gånger högre än i de länder som har de lägsta administrativa kostnaderna. Pozen och Cutler (2010) och Cutler och Ly (2011) visar att det är mer än 40 procent fler administrativa personal inom vårdsektorn i USA än i Kanada, när man har justerat för befolkningen.

Det framgår av teorin att inte alla informationsproblem är lika relevanta i alla system. Till exempel är informationsasymmetrin mellan försäkringsbolagen och kunderna inte något problem vid en offentlig obligatorisk försäkring, eftersom samtliga personer ändå omfattas. Informationsasymmetrin är samtidigt ett problem även i en offentlig obligatorisk försäkring när det gäller både ex ante (brist på incitament att förebygga sjukdomar) och ex post moral hazard.

3.3 Förhållandet mellan försäkringsbolag och vårdgivare

3.3.1 Riskneutrala vårdgivare

Vi ska nu titta närmare på följderna av olikheterna i informationstillgång mellan försäkringsbolagen och vårdgivarna. Denna presentation är inspirerad av Zweifel, Breyer och Kifmann (2009, kapitel 10). Tankegången här är att det sätt en vårdgivare ersätts på kommer att påverka både kvaliteten på arbetet, hur arbetstiden fördelas mellan olika verksamheter och hur mycket han eller hon anstränger sig. Vi antar att försäkringsbolaget är intresserat av att skillnaden mellan den hälsoförbättring en behandling leder till (värderat i pengar) och det försäkringsbolaget betalar till vårdgivaren ska vara den största möjliga. Försäkringsbolagets kostnad är vårdgivarens inkomst. Vårdgivaren antas vara intresserad av att skillnaden mellan inkomsten och kostnaderna för inköp av varor och tjänster och den egen insatsen ska vara så stor som möjligt. Kostnaden antas vara osäker i den meningen att man inte på förhand vet exakt hur mycket det kommer att kosta att behandla patienten. Det kan t.ex. uppstå komplikationer under behandlingen, som inte gick att förutse när behandlingen inleddes. Vårdgivarens insatser bidrar till att kostnaderna blir lägre. Vårdgivaren måste uppnå en lägsta förväntad nyttonivå (reservation utility) för att vara villig att utföra uppgiften. Uppnås inte den lägsta nivån vill man hellre använda tiden till något annat. Försäkringsbolaget kan fastställa denna lägstanivå baserat på observationer av andra möjligheter vårdgivaren har på marknaden. Försäkringsbolaget betalar vårdgivaren om denna kan uppnå lägstanivån och inte mer. Om försäkringsbolaget kan observera vårdgivarens arbete kan det räkna ut hur mycket denna ska få betalt

för att bolagets måluppfyllelse ska bli den bästa möjliga, samtidigt som vårdgivaren uppnår sin lägsta nyttonivå. Låt oss först anta att vårdgivaren är riskneutral¹⁰. Försäkringsbolaget kommer då att bestämma en fast ersättning som kräver en arbetsinsats från vårdgivaren som är sådan att vårdgivarens nyttoförlust av sina insatser ska vara lika med den kostnadsminskning som insatsen leder till. Att försäkringsbolaget betalar en fast summa till vårdgivaren innebär även att vårdgivaren får ta risken att vårdkostnaden blir högre än förväntat.

3.3.2 Riskavert vårdgivare

Det är inte alla vårdgivare som kommer att vara riskneutrala. För mindre företag kan det ge allvarliga följder för ekonomin om man får en patient som under behandlingen visar sig bli mycket dyr att ta sig an. Det kommer att kräva en betydande kompensation för att ta på sig denna kostnadsrisk. För försäkringsbolaget, som har många leverantörer att fördela kostnadsrisken på, kommer det att vara en bättre lösning att ersätta vårdgivaren för de faktiska kostnaderna mot att denna anstränger sig för att begränsa dem. Eftersom försäkringsbolaget per definition är risk neutralt kommer det att nå en högre effektivitet genom lägre totala utbetalningar till vårdgivaren.

I praktiken kommer försäkringsbolaget inte att kunna övervaka vårdgivarens arbete. Man måste därför så bra som möjligt utforma ett betalningssystem som uppmuntrar vårdgivarna att prestera optimalt utan att arbetet kan övervakas (hur som helst kommer övervakningen inte att vara tillräckligt exakt för att man ska kunna få rätt i domstol vid ett avtalsbrott). Om den upplupna kostnaden kompenseras fullt ut i det här fallet kommer vårdgivaren att anstränga sig så litet som möjligt, eftersom det är försäkringsbolaget som tar hem hela vinsten i form av minskade kostnader. Om försäkringsbolaget å andra sidan ger vårdgivaren en fast

¹⁰ Att kostnaderna är osäkra kan jämföras med att vårdgivaren deltar i ett lotteri där han vinner om kostnaderna är låga och förlorar om de är höga. Säkerhetsekvivalenten definieras som det fasta belopp vårdgivaren måste få för att han ska anse att deltagandet i lotteriet är lika bra som att få ta emot ett fast belopp, oavsett vilka kostnaderna är. Att vårdgivaren är riskneutral innebär att han inte kräver någon kompensation för att kostnaderna är osäkra. Detta innebär att hans förväntade inkomst genom att delta i lotteriet är densamma som den fasta inkomst han kommer att få vid konstanta kostnader. Med riskaversion kommer han dock att kräva kompensation på så sätt att det fasta belopp han begär vid osäkra kostnader (säkerhetsekvivalenten) är högre än det belopp han begär vid stabila kostnader.

ersättning, oberoende av den faktiska kostnaden, kommer den riskaverta vårdgivaren att anstränga sig optimalt, men samtidigt kräva kompensation för att vilja ta på sig den ekonomiska risken. Vi ser då att den optimala kostnadsersättningen kommer att fastställas genom en avvägning mellan höga kostnader på grund av ineffektiv tjänst och höga kostnader för att vårdgivaren kräver riskkompensation. Generellt kan man säga att vårdgivaren ska ersättas i viss mån för upplupna kostnader, men inte fullt ut.

3.3.3 Försäkringsbolaget känner inte till patientsammansättningen

Hittills har vi resonerat som om alla patienter är lika, eventuellt att försäkringsbolaget har samma information om patientsammansättningen som vårdgivaren. I praktiken kommer emellertid vårdgivaren att ha mer information om patientsammansättningen än försäkringsbolaget (eller som detta har möjlighet att verifiera). Genom att vårdgivaren erbjuder ett fast pris per behandling kommer denna fortfarande att vara motiverad att göra en optimal ansträngning. Om försäkringsbolaget ska betala vårdgivaren ett fast pris och vara säker på att denna godtar avtalet ska det fasta priset var tillräckligt högt för att täcka kostnaderna för att behandla den dyraste patientgruppen. Detta blir dyrt för försäkringsbolaget, eftersom vårdgivaren kommer att få en betydande informationsvinst. Genom att vårdgivaren kompenseras för en del av kostnaderna sänker denna sina ansträngningar och ökar därmed kostnaderna. Detta kommer samtidigt att medföra att vårdgivarens informationsvinst minskar (försäkringsbolaget tar en del av den). Detta minskar samtidigt även vårdgivarens insatser. Det är i det här fallet optimalt med en viss (men inte fullständig) kostnadsersättning. Denna ersättning ska utgöra en större andel av den totala ersättningen ju större variation det är på kostnaderna mellan patientgrupperna och ju mindre vårdgivaren minskar sina insatser som en följd av en ökad kostnadsersättning.

3.3.4 Försäkringsbolaget känner inte till kvaliteten på vården

Hittills har vi antagit att kvaliteten på vården är oberoende av vårdgivarens insatser. Mer realistiskt är att vårdgivarens insatser

kommer att förbättra kvaliteten på vården, samtidigt som försäkringsbolagets betalningsvilja för vården ökar med kvaliteten på den. Om kvaliteten på vården är verifierbar och kan dokumenteras för försäkringsbolaget kan kvalitetsnivån ingå i avtalet med vårdgivaren. I allt övrigt gäller resonemanget i ovanstående avsnitt.

Men vårdkvaliteten kan sällan dokumenteras fullt ut av försäkringsbolaget. Det optimala betalningssättet kommer då att bero på vårdgivarens preferenser i fråga om vårdkvalitet. Här finns två komponenter. Å ena sidan kommer en hög vårdkvalitet att innebära en insats som värderas negativt av vårdgivaren. Å andra sidan kommer professionella yrkesutövare att värdera vårdkvaliteten positivt, både för att de själva har valt yrket och för att yrkesetiken är en integrerad del av utbildningen. Vårdkvalitetens nettoeffekt på vårdgivarens nytta beror på dessa båda komponenter. Kanske är det så att den andra komponenten väger tyngre än den första vid låga kvalitetsnivåer, medan det är omvänt för höga nivåer på vårdkvaliteten¹¹. Om vårdkvaliteten värderas positivt av vårdgivaren kommer det optimala ersättningssystemet att ge en viss kompensation för dennas faktiska kostnader. Detta kommer att innebära något mindre kostnadsreducerande insatser än vid ett fast pris. Å andra sidan kommer incitamentet för att uppnå kostnadsminskningar genom en kvalitetssänkning att vara mindre, eftersom vårdgivaren bara får behålla en del av kostnadsminskningen. Den optimala kostnadsersättningen blir en avvägning mellan de här båda faktorerna.

Det finns ett viktigt undantag. Om patienterna har möjlighet att granska vårdkvaliteten kan försäkringsbolaget betala vårdgivaren ett fast pris per behandlad patient (kombinerat med en fast summa). Tanken är att vårdgivarna då kommer att konkurrera om patienterna genom att erbjuda en hög vårdkvalitet. Det fasta priset kan justeras så att en optimal kvalitet sett ur försäkringsbolagets perspektiv kan uppnås.

3.3.5 Patientselektion

Hittills har jag resonerat som om alla patienter som är intresserade av vård även får vård. Man kan emellertid föreställa sig att

¹¹ Om vårdgivaren värderar vårdkvalitetens nettoeffekt negativt kommer det inte att vara möjligt att ge något incitament för att höja kvaliteten med hjälp av ersättningssystemet. Denna punkt betonar vikten av yrkesetik inom vårdsektorn.

vårdgivaren kommer att försöka välja de patienter man förväntar sig att tjäna mycket på (cream-skimming) och försöka undvika de patienter man förväntar sig att tjäna litet på (dumping). Ett förbud är kanske inte tillräckligt för att kunna undvika en patientselektion. Vårdgivarna kommer ofta att kunna organisera verksamheten på ett sätt som lockar till sig en patientgrupp och stöter ifrån sig en annan. En viktig fråga är därför om betalningssystemet kan användas för att förhindra patientselektion. Om försäkringsbolaget vet lika mycket som vårdgivaren om vilka patienter som tillhör respektive patientgrupp kan det pris vårdgivaren får för en behandling vara avhängig av patientgruppen och betalningssystemet behöver då inte påverka vårdgivarens insatser i negativ riktning. I efterhand kan man kontrollera att vårdgivaren har skickat en korrekt faktura till försäkringsbolaget. Det blir mer komplicerat om försäkringsbolaget inte helt och hållet kan kontrollera vilka patienter som tillhör vilken patientgrupp. Om försäkringsbolaget sedan sätter ett pris som täcker kostnaden för att behandla de mest krävande patienterna kommer även alla de mest krävande patienterna att vilja bli behandlade. Samtidigt finns det mycket att tjäna på att behandla de lätta patienterna. Detta kan leda till att de lätta patienterna blir överbehandlade i förhållande till de prioriteringsregler försäkringsbolaget vill följa. Om bolaget går på den andra ytterligheten och ger vårdgivaren ett fast pris som motsvarar kostnaden för att behandla den lättaste patientgruppen kommer de mer krävande patienterna att bli avvisade. I det ena extrema fallet lockas vårdgivarna att behandla för många av de lätta patienterna, medan man i det andra fallet lockas att inte behandla de svåraste patienterna. Denna obehagliga avvägning kan dämpas om försäkringsbolaget ersätter vårdgivaren för en del av de upplupna kostnaderna. Detta medför att patientselektionen blir mindre lönsam för denna. Samtidigt leder den partiella kostnadsersättningen till att vårdgivarens insatser för att minska kostnaderna blir mindre. En partiell kostnadsersättning kan dock fortfarande vara att föredra om det är viktigt att undvika att patientselektion uppstår.

3.3.6 Sammanfattning av ersättningen till vårdgivarna

Strukturen i det här avsnittet har hittills varit att börja enkelt genom antagandet att försäkringsbolaget har tillgång till samma typ

av information och av samma omfattning som vårdgivaren. Ett fullständigt kostnadsansvar för vårdgivaren rekommenderas om denna är riskneutral, om försäkringsbolaget har lika mycket information som vårdgivaren kring patientsammansättningen, om försäkringsbolaget har lika mycket information som vårdgivaren om vårdkvaliteten och om bolaget kan anpassa betalningen efter hur kostnadskrävande en patient förväntas bli. Om något av de här villkoren inte är uppfyllt bör det finnas med ett inslag av kostnadsersättning i avtalet mellan bolaget och vårdgivaren. Vårdgivaren kommer då att anstränga sig mindre för att minska kostnaderna, samtidigt som försäkringsbolaget kommer att betala mindre i ersättning för att vårdgivaren ska åta sig kostnadsrisken, frestelsen att leverera lägre kvalitet minskar, samtidigt som motivet att ägna sig åt patientselektion också minskar. Allmänt kan man säga att ju mer ojämnt fördelad informationen är mellan vårdgivare och bolag, desto starkare blir argumentet för en (partiell) kostnadsersättning.

Det finns anledning att tro att försäkringsbolaget med tiden skulle kunna inhämta mer information om vårdgivaren baserat på erfarenheter. Långsiktiga avtal kan därför ge en grund för att överföra mer av kostnadsrisken till vårdgivaren. En jämförelse av kostnader och behandlingsresultat mellan flera vårdgivare kan också vara ett sätt för försäkringsbolaget att skaffa sig mer information. Detta återkommer jag till i avsnitt 5.

I resonemanget har det inte preciserats om vårdgivaren antas vara vinstdrivande (for profit), privat ideell (non profit) eller offentligt ägd och driven. Denna distinktion kan vara viktig för försäkringsbolagets möjlighet att skaffa sig insyn i vårdgivarens verksamhet. Om både försäkringsbolaget och vårdgivaren är en del av den offentliga sektorn är de formella möjligheterna till insyn goda. Å andra sidan har diskussionen i den här delen av rapporten hållits relativt generell. Oavsett om vårdgivaren är vinstdrivande eller inte kommer arbetet med att minska kostnaderna och höja kvaliteten att kräva ansträngningar, samtidigt som försäkringsbolaget inte fullt ut kan verifiera omfattningen på dessa åtgärder.

I praktiken innehåller många avtal inslag av kompensation för kostnader. Inom primärvården kan t.ex. ett system med per capitaersättning och ett system med patientlistor uppfattas som ett där vårdgivaren har ett fullständigt kostnadsansvar. Ett sådant ersättningssystem är ofta kombinerat med en ersättning för de levererade tjänsterna (fee-for-service). Detta kan uppfattas som en

form av kostnadsersättning. Jag tänker återkomma till en närmare diskussion av detta i del 4. På ett liknande sätt kommer finansieringen av sjukhusen ofta att även ha inslag av kostnadsersättning. Till exempel har finansieringssystem som är baserade på varianter av systemen för patientklassificering ofta egna grupper för patienter som genomgår omfattande procedurer under sjukhusvistelsen, eller där det uppstår komplikationer på vägen.

4 Vissa problem i de nordiska systemen

I den här delen av rapporten tänker jag ta upp vissa problem inom de nordiska vårdsektorerna. En kollektiv och offentlig finansiering är en central komponent hos vårdsektorerna i de nordiska länderna. Jag börjar därför med att beskriva och diskutera några tänkbara hot mot den kollektiva finansieringen. Eftersom patientavgifterna är små inom vårdsektorn måste andra mekanismer än priset hantera ransoneringen inom sjukvården. I avsnitt 4.2 tar jag särskilt upp väntetider och prioriteringar. I 4.3 behandlar jag frågor som rör regleringen av vårdgivare och patientflöden. Jag ägnar särskild uppmärksamhet åt de problem som verkar finnas i samband med samordningen av tjänster för patienter med omfattande och komplexa behov. Jag diskuterar även problem och möjligheter i samband med internationaliseringen av vården.

4.1 Hoten mot den kollektiva finansieringen

Med utgångspunkt i del 3 kan de nordiska ländernas val av obligatoriska vårdförsäkringssystem med kollektiv finansiering motiveras ur ekonomisk synvinkel. Vid asymmetrisk information om sjukdomsrisk kommer det kollektiva försäkringssystemet att korrigera marknadsmisslyckandena och innebära en förbättring både för grupper med låg och hög sjukdomsrisk¹². Valet kan grundas utifrån medianväljarens intressen och osäkerhet kring den framtida sjukdomsrisk, om skillnaderna i befolkningens sjukdomsrisk är allmänt kända. Förekomsten av en hälsobetingad altruism kommer i båda fallen att göra de kollektiva försäkringssystemen mer robusta. De nordiska vårdssystemen innebär en

¹² Som beskrivits i del 3 kräver detta att högriskgruppen inte är för stor och att det inte är för stora skillnader i befolkningens riskuppfattning.

betydande subvention mellan riskgrupper och inkomstgrupper oavsett anledning. Ur modellresonemangen i del 3 följer att en kollektiv finansiering blir svårare att upprätthålla ju större variation det är i sjukdomsrisk, ju större andel av befolkningen det är med hög sjukdomsrisk och ju dyrare diagnosen och behandlingen av sjukdomarna kommer att bli. De förändringar i befolkningens sammansättning, livsstil och teknologi man kan föreställa sig i framtiden kan genom de mekanismer som togs upp i del 3 innebära hot mot den kollektiva finansieringens omfattning. Exempel på sådana förändringar är:

- Ökande andel äldre
- Dyra nya behandlingar
- Ökad förekomst av livsstilsrelaterade kroniska sjukdomar
- Utveckling mot en större ojämlikhet vad gäller hälsan i Norden

Jag kommer nu att närmare diskutera de möjliga konsekvenserna av sådana förändringar.

4.1.1 Befolkningens ålderssammansättning

Den nordiska befolkningen kommer att åldras i hög grad under de kommande åren. Detta beror både på att folk lever längre än förr och på att de stora barnkullarna efter kriget börjar bli gamla. Prognoserna kommer även att påverkas av nettoinvandringens storlek och sammansättning. Samtidigt kan man i dag inte göra några rimliga antaganden om invandringen som kan förhindra att det sker en väsentlig ökning av andelen äldre i befolkningen. Prognoser från Danmarks Statistik visar att antalet äldre över 80 år som befolkningsandel kommer att öka från 4,2 procent 2010 till 9,2 procent 2050. För Sveriges del visar prognoserna från Statistiska Centralbyrån att motsvarande andel kommer att öka från 5,3 procent till 8,8 procent. I Norge ökar andelen från 4,5 procent till 8,4 procent enligt Statistisk Sentralbyrås medelalternativ. I Finland visar prognoserna från Statistikcentralen att andelen av befolkningen äldre än 80 år kommer att växa från 4,8 procent i dag till 11,9 procent 2050.

Man förväntar sig således en avsevärd ökning av andelen äldre i befolkningen. Ur ett finansieringsperspektiv är frågan hur denna ökning kan förväntas påverka andelen av befolkningen med hög

sjukdomsrisk och höga sjukvårdsutgifter. Här är det viktigt att skilja mellan effekterna som kommer av att människor lever längre än förr och att det finns fler äldre.

Eftersom andelen äldre i befolkningen ökar och då sjukligheten i en åldersgrupp ökar med stigande ålder kan man utan vidare säga att andelen av befolkningen med hög sjukdomsrisk kommer att öka. Detta tyder på att bidraget från lågriskgruppen måste öka och att ojämlikheten (3) i del 3 blir svårare att åtgärda.

Enligt Oeppen och Vaupel (2002) har den förväntade medellivslängden ökat med tre månader per år under senare tid i de länder där livslängden ökat som mest, inklusive de nordiska länderna. Att befolkningens livslängd i en åldersgrupp ökar jämfört med den föregående måste däremot inte innebära en ökad sjuklighet och resursanvändning inom vårdsektorn. I detta sammanhang är det viktigt att skilja mellan friska och sjuka åldringar (De Økonomiske Råd, 2009). Ett friskt åldrande innebär att behovet av vårdtjänster skjuts upp när livslängden ökar. Det blir därmed i allt högre grad tiden fram till döden än levnadsåldern som påverkar vårdutgifterna. Det sista levnadsåret är då mer kostnadskrävande, oavsett vid vilken ålder detta inträffar. En sjuklig ålderdom ger med den ökade livslängden en längre period med dålig hälsa och ett långvarigare sjukvårdsbehov. Genom en sådan utveckling kommer den högre medellivslängden att leda till en högre vårdkonsumtion. Werblow, Felder och Zweifel (2007) presenterar en uppdaterad analys baserad på data från Schweiz, och visar att konsumtionen av vårdtjänster till stor del verkar vara koncentrerad till tiden fram till döden, medan behovet av omsorgstjänster har en oberoende ålderskomponent. De här resultaten stöds av analyser av nederländska uppgifter på en mer detaljerad sjukdomsnivå. Wong et al. (2011) finner att det positiva sambandet mellan sjukhuskostnader och tiden fram till döden föreligger vid de flesta sjukdomar och i synnerhet vid cancer. De finner att patientens ålder också har betydelse, men effektens storlek är liten jämfört med effekten av tiden fram till dess döden inträffar. Analyser från Danmark (De Økonomiske Råd, 2009), som finner att kostnaderna för vårdtjänsterna bestäms mer av tiden fram till döden än av åldern, stödjer analysresultaten från andra länder. De finner att detta även gäller konsumtionen av omsorgstjänster.

Lindgren och Lyttkens (2010) presenterar resultat från den svenska simuleringsmodellen SESIM. De intresserar sig för hur ökningen av andelen äldre i befolkningen påverkar omfattningen av

sjukhusinläggningar fram till år 2040. I basalternativet sker en ökning av medellivslängden samtidigt som hälsotillståndet minskar med tiden. De finner att antalet sjukhusvister ökar med 70 procent för åldersgruppen över 65 år från 2000 till 2040. I ett alternativt scenario förutsätter de att hälsotillståndet för de äldre blir bättre med tiden. Samtidigt som en bättre hälsa varje gång kommer att minska sjukhusvistelsen för den enskilda individen kommer den bättre hälsan även att innebära att fler överlever till hög ålder, med en större sannolikhet för sjukhusvister. Författarna drar slutsatsen att nettoeffekten är en ökning snarare än en minskning av sjukhusvistelserna jämfört med grundscenariot. SESIM-modellen är även utgångspunkt för beräkningarna i det svenska socialdepartementets LEV-projekt (Socialdepartementet, 2010). Medellivslängden för en 65-åring förväntas här öka med 2,6 år fram till 2050. Det finns tre alternativ för om detta blir friska år eller år med sjukdom. I alternativ 1 är hela den ökade livslängden en ökad tid med sjukdom. I alternativ 2 är antalet sjukdomsår oförändrat, men skjuts upp. I alternativ 3 minskar det totala antalet sjukdomsår. Vårdsektorns kostnader beräknas öka med 26–30 procent under perioden 2010–2050 på grund av demografiska förändringar. När man tar hänsyn till en förväntad ökning av BNP under perioden beräknas sjukvårdskostnadernas andel av BNP minska från 9,7 procent 2010 till 8,7–8,8 procent 2050. De tre sjukdomsalternativens betydelse är måttlig. Ökningen av utgifterna för äldreomsorgen som andel av BNP beräknas stiga från 3,2 procent 2010 till 4,2–4,5 procent 2050. Rapporten fokuserar på hur det hälsofrämjande arbetet och förändringar av produktiviteten kan bidra till att minska finansieringsproblemen.

Att ökningen av andelen äldre i befolkningen är en hanterbar effekt för den offentliga finansieringen av vårdsektorn är även slutsatsen i SOU 2008:105, Borg (2009) och Sveriges Kommuner och Landsting (2010a). Den här slutsatsen förutsätter en oförändrad servicestandard.

Även om den ökande andelen äldre anses vara hanterbar kommer det ändå att leda till större överföringar från den delen av befolkningen med låg sjukdomsrisk (de yrkesaktiva) till befolkningen med högre sjukdomsrisk (de äldre). Ur modell-diskussionen i del 3 drog jag slutsatsen att en ökning av befolkningsandelen med hög sjukdomsrisk gör den kollektiva finansieringen svårare att upprätthålla. En ökning av andelen äldre i befolkningen kan därför bidra till att sätta press på det kollektiva

finansieringssystemet. Det finns två (relaterade) element som kan bidra till att moderera den här effekten. Det ena elementet är att de unga vill hjälpa sin föräldrageneration. Det andra elementet är att de unga vill vara förebilder för sina egna barn i hopp om att dessa kommer att uppträda på samma sätt när deras föräldrar själva blir gamla.

Samtidigt som det kollektiva finansieringssystemet utsätts för tryck kommer även de ekonomiska resurserna att påverkas när en större andel av befolkningen ställs utanför arbetskraften, samtidigt som bristen på vårdpersonal troligen kommer att höja löneläget för att locka mer arbetskraft till sektorn.

4.1.2 Kroniska sjukdomar kopplade till livsstilen

Det har med tiden tillkommit en omfattande litteratur kring utvecklandet av kroniska sjukdomar som hör samman med livsstilen och framför allt med befolkningens ökande vikt. OECD (2010a) går igenom uppdaterad kunskap om överviktens omfattning (Body Mass Index¹³, BMI ≥ 25) och fetma (BMI ≥ 30) samt de ekonomiska och hälsomässiga följderna. ESO har nyligen publicerat en rapport i ämnet, där Andersson och Fransson (2011) beskriver och diskuterar förekomsten av och ursprunget till fetman, fetmans följder, samt motiven för och möjliga slag av statliga insatser mot fetman.

Siffror från WHO:s databas illustrerar utvecklingen¹⁴. Enligt denna databas var andelen män som led av fetma (övervikt) 33,5 procent (72 procent) i USA år 2006, medan motsvarande siffror för år 1990 var 12 procent (60 procent). De nordiska länderna har en bit kvar till den här nivån, men även här ökar andelen.

Tabell 4.1 Andel i procent som lider av fetma (BMI ≥ 30)

	Danmark		Finland		Norge		Sverige	
	2006	1996	2008	1991	2008	1989	2009	
Kvinnor	11,0 ^a	10,4 ^b	16,0 ^a	8,4 ^a	8,0 ^a	5,6 ^a	12,0 ^a	
Män	11,8 ^a	10,9 ^a	15,4 ^a	8,7 ^b	11,0 ^a	5,2 ^a	13,0 ^a	

^a Mätning utan hälsoundersökning.

^b Hälsoundersökning.

Källa: WHO Global Database on Body Mass Index (BMI): <http://apps.who.int/bmi>

¹³ Body Mass Index är kroppsvikten i kilogram dividerat med kroppslängden i meter i kvadrat.

¹⁴ WHO Global Database on Body Mass Index (BMI): <http://apps.who.int/bmi>

Tabell 4.2 Andel i procent som är överviktiga (BMI \geq 25)

	Danmark	Finland		Norge		Sverige	
	2006	1996	2008	1994	2008	1989	2009
Kvinnor	37,4 ^a	32,0 ^a	43,6 ^a	25,7 ^a	35,0 ^a	27,9 ^a	39,0 ^a
Män	48,6 ^a	47,0 ^a	55,8 ^a	41,5 ^a	54,0 ^a	38,2 ^a	54,0 ^a

^a Mätning utan hälsoundersökning.

^b Hälsoundersökning.

Källa: WHO Global Database on Body Mass Index (BMI): <http://apps.who.int/bmi>

Tabellerna 4.1 och 4.2 visar utvecklingen av andelen vuxna som lider av antingen övervikt eller fetma från runt 1990 och från det senaste år där det finns uppgifter. Vi ser att det har skett en dramatisk ökning av både fetma och övervikt bland både män och kvinnor under den här perioden.

OECD (2010a) refererar och diskuterar forskningslitteraturen kring fetmans konsekvenser i fråga om förväntad livslängd, sjukdom och vårdkonsumtion. Där hävdas att dödligheten ökar brant för personer med för högt BMI. Medellivslängden för en person med ett BMI på mellan 30 och 35 förväntas bli två till fyra år kortare än för en person med ett normalt BMI. Minskningen i medellivslängd för en person med ett BMI i intervallet 40 till 45 är åtta till tio år. Denna beskrivning stämmer väl överens med de resultat man finner hos Waaler (1984). Han jämför övervikten med att lägga på år till sin ålder. Han finner t.ex. i norska uppgifter att en 50-54 år gammal man, som är 175 cm lång och väger 94,8 kg i stället för den vikt som maximerar medellivslängden (79 kg) har en dödlighet som om han vore tre år äldre.

Det sker en kraftig ökning av vårdkonsumtionen under det sista levnadsåret. En högre dödlighet kommer att innebära att det sista levnadsåret inträffar tidigare. Det är samtidigt inte heller klart att en högre dödlighet i sig självt kommer att leda till en ökad vårdkonsumtion.

När fetman ser ut att medföra en ökad konsumtion av vårdtjänster beror det specifikt på att den hänger samman med kroniska sjukdomar. Persson och Ödegaard (2011) hänvisar till resultaten från egna och andras studier av svenska uppgifter som visar på ett positivt samband mellan fetma och sjukvårdskostnader. OECD (2010a) hänvisar till studier som visar att funktionsnedsättningar bland personer som lider av fetma är mer än dubbelt så vanliga som bland normalviktiga personer. Det hävdas också att

personer som lider av fetma förbrukar 25 procent mer vårdtjänster än normalviktiga personer. Lakdawalla et al. (2005) visar med uppgifter från det amerikanska Medicare att en person som lider av fetma och som har uppnått en ålder av 70 år har förväntade vårdutgifter som är 20 procent högre än för normalviktiga personer.

Bhattacharya och Sood (2011) finner med utgångspunkt i resultat från en mikrosimuleringsmodell och data från USA att de samlade vårdkostnaderna under hela livet är högre för överviktiga än för normalviktiga, men att skillnaderna minskar med åldern. De diskuterar sedan om de normalviktiga subventionerar de överviktiga i den vårdförsäkring som arbetsgivarna i USA betalar. Även om premierna är oberoende av sjukdomsriskerna finner de att överviktiga som arbetar för företag som erbjuder vårdförsäkring har lägre lön än normalviktiga anställda när detta justeras för andra variabler. Författarnas slutsats är därmed att det inte finns någon sådan subventionering. Man kan även tänka sig att vårdförsäkringen gör människor mindre försiktiga med vad de äter, eftersom försäkringsbolaget kommer att betala de framtida vårdkostnaderna (ex ante moral hazard). Bhattacharya och Sood (2011) hänvisar här till empiriska studier som visar motstridiga resultat och drar slutsatsen att detta är en olöst fråga.

Eftersom vårdförsäkringen i de nordiska länderna är offentligt organiserad och finansierad blir det inte samma incitament som i USA att övervikt och kroniska sjukdomar påverkar lönen på ett negativt sätt. Kroniska sjukdomar kommer oavsett detta att leda till att andelen av befolkningen med höjd sjukdomsrisk och högre vårdkonsumtion kommer att öka. Den del av befolkningen med låg sjukdomsrisk måste därför mer än tidigare subventionera den del av befolkningen som har hög sjukdomsrisk. Andersson och Fransson (2011) uppskattar att de totala kostnaderna för sjukvård och produktionsbortfall på grund av fetma kan komma att öka med mellan 40 och 80 procent fram till år 2020. I linje med resonemanget i del 3 kommer detta att utgöra ett hot mot den offentliga finansieringen av sjukvården. Kanske är det även så att den hälsorelaterade altruismen hos befolkningen är mindre sann när det gäller sjukdomar som kan anses ha ett samband med en individs livsstil.

4.1.3 Standardförbättringar: Dyra nya behandlingar

Ny medicinsk teknik bidrar till att förbättra den hälsorelaterade livskvaliteten och förlänger livet. I vissa fall bidrar den nya tekniken till att kostnaderna blir lägre. Viktiga exempel är teknikutvecklingen kring anestesi och mindre invasiv kirurgi, som bidrar till att förkorta sjukhusvistelsen, samt övergången från behandling med inläggning på sjukhus till dagkirurgi. Ny teknik som både leder till en minskad resursanvändning och till bättre hälsa är oproblematiserad i den meningen att det inte ställer oss inför några svåra val i fråga om resursanvändningen. Tvärtom frigörs resurser till andra tillämpningar inom vårdsektorn eller till samhället i övrigt. Det propageras ofta för sjukdomsförebyggande åtgärder av den här typen, som både förbättrar hälsan och samtidigt bidrar till lägre kostnader inom sjukvården. Här finns det dock brister i dokumentationen och detta pekar i allmänhet inte mot minskade kostnader (se t.ex. Russel, 2009). Persson (2010) nämner samtidigt lanseringen av ett program för sjukdomshantering (Disease Management Program) för patienter med kronisk obstruktiv lungsjukdom (KOL) som ett exempel på en åtgärd där minskningen av sjukhuskostnaderna mer än väl uppväger kostnaden för programmet.

Teknik för att minska vårdkostnaden för vissa patientgrupper kan samtidigt bidra till att öka de totala vårdkostnaderna om patienter som inte erbjudits behandlingen tidigare nu kan omfattas av den (behandlingsgränsen utvidgas). Utvecklingen av anestesi och kirurgi gör att äldre människor som tidigare inte fått behandling nu kan opereras. Ny medicinsk behandling av depressioner kan bidra till lägre vårdkostnader för några patienter, samtidigt som vårdkostnaden för hela patientgruppen lätt kan bli högre eftersom många patienter tidigare inte fick vård. I en genomgång av de senaste studierna på området anger Anell (2010b, sidan 18) att mellan 27 och 48 procent av kostnadsökningen inom vården under perioden 1960–2007 beror på utvecklingen av ny teknologi.

Nya tekniker som både förbättrar hälsan och kostar mer jämfört med dagens teknik ställer samhället inför svåra avvägningar. Persson (2010) utvecklar den här problemställningen och använder som exempel införandet av biologiska läkemedel (TNF-hämmare) för behandlingen av reumatoid artrit och läkemedelsbehandling av patienter med koloncancer. Cutler och McClellan (2001), Cutler

(2004) och Murphy och Topel (2006) hävdar alla att välfärdsvinsterna i samband med resursanvändningen inom vårdsektorn har varit mycket stora och att det finns anledning att tro att detta kommer att fortsätta. Cutler (2004) bidrar med beräkningar inom vården av sjukdomar som hjärtbesvär och depression och visar att betalningsviljan för vården inom de här områdena har varit långt mycket större än kostnaderna. Viljan att betala för vården beror på den allmänna värdering man gör av livet och förbättringarna av livskvaliteten. Cutler och McClelland värderar ett levnadsår utan sjukdom till USD 100.000. De hävdar samtidigt att resultaten är ganska robusta gentemot variationer i värderingen av levnadsår. Det finns samtidigt anledning att tro att vår betalningsvilja när det gäller hälsoförbättringar ökar med välståndet, eftersom hälsan blir knappare i förhållande till den massproducerade konsumtionen.

I modellen i del 3 är det medianväljaren som tar ställning till vårdsektorns omfattning. Det kan då visas att ökade kostnader inom vården jämfört med andra sektorer tyder på en önskan om mindre ekonomiska resurser till vårdsektorn, medan en positiv förändring i den funktion som förvandlar vårdtjänster till hälsa bidrar till en önskan om större ekonomiska resurser till vårdsektorn. Vid införandet av nya och kostnadsökande teknik blir det därmed en fråga om vilken av de här två effekterna som väger tyngst. Notera samtidigt att detta förutsätter att medianväljaren vet att de ökade offentliga resurserna går till hälsan. Att den offentliga finansieringen i de nordiska länderna är mer generell kommer att förstärka problemen i att finansiera ny medicinsk teknik.

Utvecklingen inom den medicinska tekniken kommer att innebära en standardförbättring i form av bättre hälsa genom behandlingarna. Både SOU 2008:105, Borg (2009) och Sveriges Kommuner och Landsting (2010a) uttrycker oro över möjligheterna att finansiera standardförbättringar genom de offentliga budgetarna. Deras beräkningar visar att det med oförändrade skattesatser bara finns rum för att finansiera de ökade utgifter som följer av den ökande andelen äldre i befolkningen. Sveriges Kommuner och Landsting (2010a) visar i sin beräkningsmodell att 1 procent standardförbättring per år kommer att resultera i att skattesatsen för kommuner och landsting kommer att ligga på 53 procent år 2035.

4.1.4 Utveckling mot ojämlikheter i hälsan

Det är ett välkänt faktum att det finns en social ojämlikhet vad gäller hälsan även i de nordiska länderna. I den här delen av rapporten, som handlar om hoten mot den kollektiva finansieringen av vårdsektorn, har det varit särskilt intressant att ta reda på om den sociala ojämlikheten vad gäller hälsan blir större med tiden. Färska studier tyder på att så är fallet.

Den svenska Folkhälsorapport 2009 (Socialstyrelsen, 2009) beskriver medellivslängdens utveckling 1986-2007 för kvinnor och män i 30-årsåldern. Medellivslängden har ökat för alla grupper, men mer för personer med hög utbildning än för personer med låg utbildning. Skillnaden i återstående medellivslängd mellan kvinnor som gått ut grundskolan och kvinnor med eftergymnasial utbildning ökade från 2 år till 4,5 år. För män var motsvarande utveckling 3,4 år till 4,9 år.

Baadsgaard och Brønnum-Hansen (2011) beskriver liknande resultat för Danmark. Medan den förväntade återstående livslängden för den fjärdedel av de 30-åriga männen med lägst utbildning bara stigit med 2,9 år från 1987 till 2009 har ökningen varit 4,7 år för den fjärdedel som har högst utbildning. Motsvarande siffror för kvinnor är 1,8 och 3,1 år. Författarna finner även att de inkomstrelaterade skillnaderna i dödlighet har ökat under perioden.

Även från Norge finns det motsvarande resultat. Strand et al. (2010) undersöker utvecklingen för sjukdomsspecifik dödlighet för åldersgruppen 45-64 år under perioden 1960-1990. De finner att dödligheten har minskat i samtliga utbildningsgrupper. De finner även att skillnaden i dödlighet beroende på utbildningens längd ökar för både kvinnor och män. Den absoluta skillnaden i dödlighet mellan gruppen med högst respektive lägst utbildning fördubblades för männen och ökade med en tredjedel för kvinnorna. För männen var den större skillnaden särskilt relaterad till hjärtsjukdomar, lungcancer och kroniska sjukdomar i de nedre luftvägarna. För kvinnor ökade skillnaden i samband med lungcancer och kroniska sjukdomar i de nedre luftvägarna.

Samtidigt som skillnaderna i livslängd och dödlighet mellan individer med hög respektive låg utbildning har blivit större har andelen med hög utbildning i samhället i stort ökat. Det kommer troligen i högre grad nu än tidigare att vara en selektion in i gruppen med låg utbildning.

Medan skillnaderna i livslängd och dödlighet har ökat ser inte skillnaderna i självupplevd hälsa ut att ha ökat i samma utsträckning. Kunst et al. (2005) granskar utvecklingen för självupplevd hälsa i tio europeiska länder (däribland Danmark, Finland, Norge och Sverige) från 1980- till 1990-talet. Man använde sig av representativa nationella enkätsvar. Den andel som angett en sämre hälsa än ”bra” jämförs mellan utbildningsgrupperna. De hittar inga tecken på att den utbildningsberoende olikheten i självupplevd hälsa blir större i de nordiska länderna.

Jag känner inte till några studier som visar vilket samband det finns mellan de ökade skillnaderna i hälsa och eventuella ökade olikheter i konsumtionen av vårdtjänster över tid. Å ena sidan förekommer det troligen fler behandlingskrävande kroniska sjukdomar i gruppen med låg utbildning jämfört med gruppen med hög utbildning. Å andra sidan lever gruppen med låg utbildning kortare tid. Det är därför oklart om de här ökade skillnaderna i hälsa utgör något hot mot den kollektiva finansieringen, vilket är perspektivet i den här delen av rapporten.

4.2 Ransonering och prioritering

4.2.1 Allmänt om ransonering inom vårdsektorn

Resursanvändningen inom vårdsektorn konkurrerar med resursanvändningen inom andra sektorer. Det måste därför finnas en eller flera mekanismer som bidrar till att begränsa denna resursanvändning. I många andra sektorer spelar prismekanismen en viktig roll för att begränsa resursanvändningen. Inom vårdsektorn innebär en kollektiv vårdförsäkring att samhället implicit har valt att prismekanismen i form av patientavgifter ska spela en underordnad roll för att begränsa resursanvändningen. Detta gäller emellertid inte för alla typer av vårdtjänster. Tinghög, Carlsson och Lyttkens (2010) undersöker egenskaper hos vårdtjänsten som är lämpliga för privat betalning och därmed för ett bruk av prismekanismen. De rekommenderar att följande villkor bör uppfyllas för att prismekanismen ska vara tillämplig för sjukvården: (i) Patienten bör vara i stånd att bedöma behovet och kvaliteten, (ii) patienten är oberoende, (iii), de positiva externaliteterna är obetydliga, (iv) efterfrågan är tillräckligt stor för att en privat

marknad ska kunna skapas, (v) priset måste ligga inom räckhåll för de flesta människor, och (vi) det bör inte gälla basjukvården.

För vårdtjänster i allmänhet kommer låga patientavgifter att innebära att patienten (och läkaren som patientens representant) kommer att efterfråga vårdtjänster ända tills de marginella hälsovinster är mindre än de marginella kostnaderna för att utnyttja dem. Prismekanismen uppfyller därmed inte sin roll vid fördelningen av samhällsresurserna. Samhällsekonomiska överväganden kring resursutnyttjandet kommer då att kräva en direkt ransonering (non-price rationing) utöver den begränsade indirekta ransonering som sker med hjälp av priset. Med direkt ransonering menar jag ransonering från utbudssidan för att begränsa resursanvändningen inom sektorn. I det här avsnittet kommer jag att diskutera egenskaperna hos några sådana direkta ransoneringsmekanismer inom vårdsektorn och hur dessa mekanismer används i de nordiska länderna. De nuvarande mekanismerna utöver priset är:

- Väntetid innan behandlingen kan genomföras.
- Vårdgivarens kostnadsdelning (provider cost-sharing). Med detta menas att vårdgivarna (t.ex. sjukhusen) inte får full täckning för kostnaderna för att genomföra alla de behandlingar som efterfrågas. I de nordiska länderna kan ett sjukhus inte skicka en faktura för upplupna utgifter till den som finansierar sjukhuset. Det ges därmed inte någon fullständig kostnadsersättning, enligt definitionen i del 3 i den här rapporten. Finansieringen innebär ett kostnadsansvar för sjukhusen genom olika kombinationer av fast budget och en behandlingsavhängig ersättning till fasta priser. I allmänhet kommer intäkterna att vara lägre än kostnaderna om hela efterfrågan ska täckas med små eller inga patientavgifter. Vårdgivarna tvingas därmed att ransonera tjänsterna bland patienterna för att kostnaderna ska täckas av intäkterna. I den hälsoekonomiska litteraturen kallas detta för kostnadsdelning (provider cost-sharing)¹⁵.
- Riktlinjer utarbetas och antas av myndigheterna för vilka behandlingar som ska prioriteras¹⁶. Sådana riktlinjer ger

¹⁵ Se t.ex. Ellis och McGuire (1993).

¹⁶ Skillnaden mellan ransonering och prioritering är inte knivskarp. Jag använder begreppet prioritering som en undergrupp till den mer allmänna ransoneringen. Prioriteringen innebär uttryckliga regler som de offentliga myndigheterna utarbetar för att påverka vilka patientgrupper som ska erbjudas vilken behandling till vilken tid inom den offentligt finansierade sjukvården.

vägledning om den ransonering som utförs av vårdgivarna. En mindre detaljerad form av uttalade ransoneringskriterier är så kallade Clinical Guidelines.

- Primärvårdsläkaren som portvakt (gatekeeper). I det här fallet är tanken att primärvårdsläkaren ska ta över en del av ransoneringsfunktionen från specialistvården genom att vissa patienter – som annars skulle ha uppsökt specialistvården direkt – nu blir hänvisade till primärvårdsläkaren.

I del 5 kommer jag att ta upp de här ransoneringsmekanismerna gentemot patientavgifternas optimala omfattning och sammansättning. En viktig fråga är vilken vägledning den normativa ekonomiska teorin kan ge med avseende på ransoneringsmekanismernas optimala sammansättning.

Väntetider som jämviktsskapande ransoneringsmekanism förutsätter att efterfrågan på vårdtjänsterna minskar när väntetiden ökar och/eller att utbudet av vårdtjänster ökar när väntetiden ökar. Skälen till att efterfrågan sjunker när väntetiden ökar kan vara: några dör under väntetiden, några patienter blir friska av sig själva under väntetiden, några får en alternativ behandling inom den offentliga sektorn, några söker vård inom den privata vården, antingen genom att betala för den själva eller genom en privat vårdförsäkring. Skälen till att utbudet kan växa är att vårdgivarna anstränger sig mer eftersom de bryr sig om patienternas hälsa. Det kan även finnas formella eller informella sanktioner mot vårdgivare med långa väntetider (Propper et al., 2008).

Mycket arbete har utförts, särskilt i Storbritannien, för att uppskatta hur efterfrågan efter och utbudet av sjukhusvård beror på väntetiden¹⁷. De engelska uppgifterna tyder på att efterfrågan på sjukhusvård är oelastisk (efterfrågans absoluta värde minskar med mindre än 1 procent när väntetiden ökar med 1 procent) i förhållande till väntetiden. Detta resultat tycks upprepas i många olika uppsättningar av data och skattningsmetoder. Utbudet tycks däremot vara elastiskt i många undersökningar, även om det även här är undersökningar som finner att utbudet är oelastiskt i förhållande till väntetiden. En implikation som kan dras ur resultaten (oelastisk efterfrågan och elastiskt utbud) av de undersökningar som gjorts med engelska uppgifter är att en fortsatt

¹⁷ Se Iversen och Siciliani (2011) för en granskning och diskussion av litteraturen.

ökning av resurserna till sjukhusen kan förväntas leda till kortare väntetider.

En viktig fråga är om konkurrensen mellan vårdgivarna kan förväntas leda till kortare väntetider. På det här området finns det några olika slutsatser i den teoretiska respektive den empiriska litteraturen. Siciliani (2005) studerar den teoretiska effekten på väntetiden när patienterna får flera sjukhus att välja bland. Om något av sjukhusen ökar antalet behandlingar för att kunna minska väntetiden kommer man även att få patienter på väntelistan som annars skulle ha suttit uppsatta på väntelistan på något av de andra sjukhusen. Detta tyder på att en ökning av antalet behandlingar inte kommer att minska väntetiden i förhållande till andra sjukhus, eftersom sjukhuset har fått fler patienter. Denna externa effekt tyder på att en större valfrihet för patienterna kommer att medföra längre väntetider. Effekten blir mindre ju större andel det är av sjukhusets intäkter som är beroende av antalet utförda behandlingar.

Även om den teoretiska litteraturen är kritisk till att patienternas valfrihet kommer att leda till kortare väntetider är den empiriska litteraturen mer entydig. Siciliani och Martin (2007) finner med utgångspunkt i en diskussion kring engelska sjukhus att fler valmöjligheter för patienterna ger kortare väntetider. Effekten är inte linjär, på så sätt att en ytterligare minskning av väntetiderna inte kommer att inträffa om man har många sjukhus att välja mellan. Dawson et al. (2007) finner minskade väntetider för patienter i London sedan valfriheten infördes.

Propper, Burgess och Gossage (2008) använder variation över tid i graden av konkurrens mellan engelska sjukhus för att undersöka om en större konkurrens leder till kortare väntetider på sjukhusvården. De finner att mer konkurrens leder till både kortare väntetider och sämre kvalitet i form av högre dödlighet för patienter med akut hjärtinfarkt. Resultatet kan tolkas som att en större konkurrens leder till bättre kvalitet längs de mätbara dimensionerna och sämre kvalitet längs de dimensioner som är svårare att mäta.

Som ett alternativ/komplement till mer konkurrens kan man tänka sig att det bestäms en maximal väntetid och att det knyts en belöning till om målet för väntetiden uppfylls eller ett straff om det inte uppfylls. Detta ger sjukhusledningen ett incitament att vidta åtgärder som ser till att väntetiderna inte blir längre än målet. Ett sådant system infördes i England (men inte i Skottland) från och

med 2000. Propper et al. (2008) finner med Skottland som kontroll att "targets and terror"-politiken minskade antalet patienter som väntat på sjukhusvård i mer än sex månader med 20 procent och antalet patienter som väntat i mer än ett år med 60 procent.

För att kortare väntetider ska resultera i en ökad efterfrågan måste en politik som främjar minskade väntetider kompletteras med andra ransoneringsmekanismer. Något som sticker ut är direkt ransonering i form av verifierbara kriterier. Vid direkt ransonering kommer myndigheterna, försäkringsbolagen eller vårdgivarna att vilja ta på sig rollen att sätta gränser för behandlingarna på så sätt att några som är intresserade av att bli behandlade inte kommer att få något erbjudande om detta. Kriterierna för vilka som ska erbjudas vården kan bestämmas av myndigheterna (eller mer allmänt av den som erbjuder vårdförsäkringen), medan sjukhusen, det vill säga sjukhusläkarna, kommer att uppmanas att använda (de allmänna) kriterierna i samband med de enskilda patientbesluten. Det finns en omfattande normativ litteratur kring vilka kriterier som bör ligga till grund för prioriteringen mellan (grupper av) patienter¹⁸. Man kan generellt säga att det finns tre grupper av kriterier som sticker ut: hur allvarlig sjukdomen är, behandlingens effekt och behandlingens effekt i förhållande till kostnaden. Hur man betonar de olika kriterierna kommer att få stor betydelse för vilka patienter som erbjuds vård. Till exempel kommer stor vikt vid sjukdomens svårighetsgrad att innebära att dyr vård för patienter med små möjligheter att bli friska prioriteras framför ett billigt och effektivt förebyggande av komplikationer för patienter med kroniska sjukdomar.

4.2.2 Väntetider och prioritering i Norden

Danmark har stränga krav när det gäller den maximala väntetiden på sjukhusvård. Det finns två slag av garantier. För vissa cancerformer och livshotande sjukdomar är den maximala väntetiden 14 dagar för undersökning och därefter 14 dagar till operation och medicinsk behandling och fyra veckor till strålbehandling och efterbehandling. Vid remiss för undersökning och behandling på sjukhus är det generellt en maximal väntetid på en månad. Om väntan är längre än en månad har patienten rätt till fritt val av

¹⁸ En grundlig genomgång av bakgrunden och principerna för prioriteringen inom vårdsektorn återfinns i PrioriteringsCentrum (2007).

sjukhus. Det utvidgade fria sjukhusvalet innebär att patienten erbjuds en remiss till något offentligt eller privat sjukhus utomlands som regionerna samarbetar med.

I Danmark finns det inga centrala riktlinjer för prioriteringen. Ransoneringsbesluten är därmed decentraliserade till de enskilda sjukhusen utan några tydligt fastställda nationella kriterier. Det verkar därmed inte som om den mindre betoningen på väntetid som ransoneringsmekanism har följts upp av en större betoning på andra ransoneringsmekanismer. Denna kombination tyder på att kostnadskontrollen och styrningen av resursanvändningen blir svårare, vilket också har påpekats av De Økonomiske Råd (2009).

I Norge gäller individuellt fastställda maximala väntetider för patienter som har rätt till behandling av specialistvården i enlighet med lagen om patienträttigheter. För att få rätt till behandling måste sjukdomen vara allvarlig, behandlingen effektiv och hälsovinsten vara rimlig i förhållande till kostnaden. Det är den behandlande läkaren som avgör om patienten har rätt till behandling och som bestämmer den maximala väntetiden. Om patienten inte kan behandlas inom maximal väntetid har denna rätt till behandling vid ett privatsjukhus eller utomlands.

Som en respons på de stora regionala variationerna när det gäller rätten till behandling inleddes ett rikstäckande arbete med så kallade prioriteringsvägledare inom de olika sjukdomsområdena. Målet med prioriteringsvägledarna är att genom konsensus uppnå en precisering av vilka patienter som har rätt till behandling och genom detta skapa en större förutsägbarhet och mindre regional variation i behandlingsrätten. Man har inte undersökt om vägledarna har haft någon effekt på de prioriteringar som görs.

I Norge upprättades ett nationellt råd för kvalitet och prioriteringar inom vård- och omsorgstjänsten. Rådet består av ledare inom vårdsektorn och patientorganisationerna. Rådet fattar beslut som är avsedda att ge ledning inför besluten om resursanvändning på både den nationella nivån genom regeringen och på verksamhetsplanerna hos sjukhusen och den kommunala vårdtjänsten. Det är för tidigt att avgöra om rådets verksamhet har gett någon effekt på ransoneringsbesluten och resursanvändningen.

I Sverige har väntetider på sjukhusvård under lång tid fått stor uppmärksamhet och det har sedan 1990-talet genomförts olika varianter av vårdgarantier. Från den 1 juli 2010 har Vårdgarantin ”0-7-90-90” blivit en del av hälso- och sjukvårdslagen. Den innebär att man har rätt att komma i kontakt med en primärvårdsläkare

samma dag, rätt till konsultation med en primärvårdsläkare inom 7 dagar, rätt till konsultation med en specialistläkare inom 90 dagar och rätt till behandling inom specialistvården inom 90 dagar. Garantin stöds av kömiljardsatsningen. Staten fördelar årligen 1 miljard svenska kronor till landsting som uppfyller garantin på respektive 80 och 90 procent av patienterna. Medlen fördelas på så vis att de landsting som har de kortaste väntetiderna får mest. Andelen patienter som fått vänta i mer än 90 dagar har minskat under de senaste åren.

I Sverige har det länge rått stor uppmärksamhet kring systematiska prioriteringar av behandlingar och patientgrupper inom vårdsektorn. Riksdagen fattade beslut om de första principerna och riktlinjerna inom sjukvården 1997. Detta har bland annat resulterat i Socialstyrelsens nationella riktlinjer för prioritering av behandlingar och vård. Riktlinjerna ger detaljerade anvisningar baserat på kriterierna sjukdomens svårighetsgrad, behandlingens effekt, kostnaden per kvalitetsjusterat levnadsår och effekten på den offentliga budgeten. De enskilda åtgärderna ges rekommendationer på en skala från 1 till 10, där 1 är högsta och 10 är lägsta prioritet. Det är inte klart uttryckt hur de enskilda dimensionerna ska viktas och det är därför av intresse att kartlägga både den vikt som beslutsfattarna uttrycker och den vikt som faktiskt ligger till grund för riktlinjerna. Dessa frågor studeras av Erntoft et al. (2010) och författarna finner att viktningen av de olika kriterierna varierar mellan beslutsfattarna. Den implicita viktningen i de nationella riktlinjerna¹⁹ överensstämmer med de nationella beslutsfattarnas viktning. Ju lägre man går i besluts-hierarkin desto mindre vikt tycks kostnaden per kvalitetsjusterat levnadsår få i prioriteringarna. Det finns samtidigt studier som visar att t.ex. riktlinjer för behandling av hjärtsjukdomar har ett brett stöd ute på mottagningarna.

I linje med den höga graden av decentralisering inom vårdsektorn pågår det ett omfattande arbete med riktlinjer för prioriteringen lokalt i de enskilda landstingen. Prioriterings-Centrum (2007), Carlsson (2010a) och Carlsson (2010b) beskriver och diskuterar utvecklingen av öppna prioriteringar på landstingsnivå. Det framgår att arbetet har blivit mer systematiskt under senare år och att det även har gett betydande resultat i vissa landsting. I Västerbottens landsting tog man bort vårdtjänster för

¹⁹ Ett viktigt förbehåll är att många av åtgärderna i de nationella riktlinjerna inte är möjliga att kvantifiera enligt de ovannämnda dimensionerna.

100 miljoner svenska kronor och introducerade vårdtjänster man ansåg överensstämde bättre med hur man ville prioritera resursanvändningen (t.ex. bättre vårdtjänster för patienter med kroniska sjukdomar). Carlsson (2010a) anser att en viktig grund för arbetet med öppna prioriteringar i Sverige är landstingspolitikernas erkännande av finansieringsproblemen inom vårdsektorn. Sverige är det nordiska land som har kommit längst i frågan om öppna prioriteringar.

Det framgår av ovanstående att verktygen för ransonering av vårdtjänsterna kan delas in i patienternas egna avgifter (patient cost-sharing), väntetider på behandling, vårdgivarnas kostnadsdelning (provider cost-sharing) och riktlinjer fastställda av myndigheterna för prioriteringen av vården. Alla de här ransoneringsverktygen används i de nordiska länderna, med låg betoning på patientavgifter och en lägre betoning på väntetider än vad som tidigare varit fallet. Ett viktigt problem är då om man har valt den rätta avvägningen mellan patientavgifter och ransonering från utbudssidan. Detta kommer att diskuteras närmare i del 5 i rapporten.

4.2.3 Vägning av kostnader och vinster vid införandet av ny medicinsk teknik

I frånvaron av prismekanismer blir en viktig fråga vilka möjligheter man har för att besluta om vilken diagnosteknik och vilken behandlingsteknik som ska finansieras av den offentliga sjukvården. I tekniken ingår även vilka läkemedel som (delvis) ska finansieras av den offentliga sjukvården. Det är också viktigt att veta om det sker någon avvägning mellan kostnader och hälsovinster och i så fall hur detta går till.

Det område som är bäst reglerat är lanserandet av nya läkemedel. I Danmark är det Lægemiddelstyrelsen som avgör om det bör finnas ett allmänt offentligt bidrag till ett visst läkemedel. Lægemiddelstyrelsen ska fokusera på om läkemedlet är säkert och har en värdefull läkande effekt på en väl avgränsad indikation och om läkemedlets pris står i rimlig proportion till det behandlingsmässiga värdet. Både de läkemedel som används på sjukhusen och de som ordineras av primärvårdsläkarna betalas genom de regionala budgetarna. I Sverige är det Nämnden för läkemedelsförmåner i Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket (TLV) som fattar beslut

om ett läkemedel ska tas upp i systemet för offentlig finansiering av läkemedel och vilka läkemedel som ska omfattas av patientavgifternas övre gräns. Nämnden ska vid sina beslut betona människovärdet, behovs- och solidaritetsprincipen och att kostnaden ska vara rimlig i förhållande till läkemedlets hälsoeffekt. Nämnden kompletteras av läkemedelskommittéer i landstingen, som lägger fram rekommendationer baserade bland annat på bedömningar av kostnadseffektiviteten. I Norge är det Stortinget som på rekommendationer från Legemiddelsverket och Helse- og omsorgsdepartementet fattar beslut om huruvida staten ska betala för nya läkemedel som ordinerar utanför sjukhusen om kostnaden för staten blir högre än tröskelvärdet (5 miljoner norska kronor per år). Enligt läkemedelslagen ska besluten baseras på sjukdomens grad av svårighet, läkemedlets förväntade effekt och om effekten är rimlig i förhållande till kostnaden. Det finns inget nationellt system för beslut om användning av läkemedel på sjukhusen och i vårdhemmen.

I de nordiska länderna har man därför inrättat system för att väga de förväntade hälsoeffekterna mot de kostnader som är förknippade med att börja använda de nya läkemedlen inom öppenvården. Läkemedelskostnaderna står för mindre än 15 procent av de offentliga vårdkostnaderna. Man har inte utvecklat något motsvarande system när det gäller diagnostiska procedurer och behandlingsmetoder, inklusive sjukhusens bruk av läkemedel. I både Sverige (SBU, Statens beredning för medicinsk utvärdering) och Norge (Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten) finns det institutioner för forskning och utveckling på detta område. Beslut om införandet av ny teknik tas också till stor del decentraliserat. Ingen av forskningsenheterna ingår som en formell del av de decentraliserade besluten om att införa ny teknik inom vården. Detta innebär att den största delen av resursanvändningen styrs på sjukhusnivå, där den yrkesverksamma personalen spelar en viktig roll för vilka patienter som erbjuds vård.

4.2.4 Privata vårdförsäkringar

Ransoneringen av vårdtjänster inom den offentliga sektorn utgör grunden till efterfrågan på privata vårdförsäkringar. Detta kan både röra sig om tjänster som betalas direkt av patienten och tjänster som betalas genom den privata vårdförsäkringen.

Privata vårdförsäkringar omfattar en rad försäkringstyper och det kan vara lämpligt att skilja mellan tre huvudtyper: (i) kostnadsförsäkring, (ii) försäkring vid allvarlig sjukdom och (iii) vårdförsäkring. Kostnadsförsäkringar ger den försäkrade ersättning för patientavgifter inom den offentliga vårdtjänsten. Försäkring vid allvarlig sjukdom ger ersättning på ett på förhand bestämt belopp för specifika diagnoser (t.ex. vid olika cancerformer), medan en vårdförsäkring ger ersättning för den faktiska vården enligt fastställda villkor.

I Danmark finns det en tradition med individuella försäkringar som är utformade för att begränsa patientavgifterna. Danmark Sygeforsikring hade vid slutet av 2009 2 094 024 medlemmar (Danmark Sygeforsikring 2010). Tillväxten i antalet medlemmar var enligt företagens årsrapport 2,2 procent 2009 och 2,1 procent 2008. Det finns även försäkringar som ger stöd till privatfinansierade operationer. Det här systemet hade 2009 runt 100 000 medlemmar.

Under de senaste åren har det skett en betydande ökning av arbetsgivarfinansierade vårdförsäkringar i Danmark. Detta hänger samman med att värdet på försäkringen inte ingår i den anställdes beskattningsbara inkomst så länge försäkringen erbjuds samtliga anställda. De Økonomiske Råd (2009) och Kjellberg et al. (2010) uppskattar att nästan en miljon anställda omfattas av sådana försäkringar. Det uppskattas att 58 procent av de privatanställda och sex procent av de offentliganställda har en vårdförsäkring.

Sveriges Kommuner och Landsting (2010a) skiljer mellan komplementära försäkringar, som täcker tjänster som annars inte omfattas av det skattefinansierade systemet, och supplementära försäkringar (utfyllande), som innebär bättre tillgänglighet (t.ex. kortare väntetid) och kvalitet för samma tjänster som erbjuds inom det skattefinansierade systemet. De privata vårdförsäkringarna i Danmark är en kombination av de här båda typerna. Det finns täckning för några tjänster av förebyggande karaktär som i lägre grad täcks av det offentliga, som t.ex. omfattande hälsoundersökningar. Ett intryck från Kjellberg et al. (2010) är att det viktigaste fortfarande är att säkerställa en snabb behandling på privatsjukhus och att allmänt förbättra tillgången till behandling vid t.ex. psykiska problem.

Enligt Sveriges Försäkringsförbund hade vid utgången av 2009 360 749 personer tecknat en privat vårdförsäkring i Sverige. Det är en ökning från 103 346 år 2000. Åttio procent av försäkringen

betalas av arbetsgivaren. Beskattningsreglerna är desamma som i Danmark.

Det har även i Norge varit en betydande ökning av de privata vårdförsäkringarna från starten vid slutet av 1990-talet och fram till i dag. Vid slutet av 1998 var det troligen runt 7 500 personer som omfattades av vårdförsäkringar. Siffror från Finansnæringens Fellesorganisasjon för den 1 juni 2009 visar att mer än 176 000 personer hade en privat vårdförsäkring i norska bolag. Dessutom tillkommer några tusen personer med privata försäkringar i utlandsregistrerade bolag. Sammanlagt innebär detta att det är mellan 180 000 och 185 000 norska medborgare som har vårdförsäkringar. De arbetsgivarbetalda vårdförsäkringarna utgör cirka 85 procent av det totala antalet försäkringar. Det är stor skillnad mellan vilka branscher det är som erbjuder försäkringar betalda av arbetsgivaren. Medan enkätuppgifter tyder på att 20 procent av de anställda inom finanssektorn har sådana försäkringar är de nästan helt frånvarande bland de offentliganställda (Grepperud och Iversen, 2011). I Norge beskattas de här vårdförsäkringarna på samma sätt som de anställdas löner.

I modellen som presenterades i del 4 kommer medianväljaren inte att efterfråga några privata vårdförsäkringar eftersom den offentliga skattefinansierade försäkringen är billigare för honom. Det kommer dock att bli en efterfrågan från lågriskgruppen med höga inkomster. Den markanta ökningen i förekomsten av privata arbetsgivarfinansierade vårdförsäkringar i de nordiska länderna under senare år kan sannolikt förklaras på följande sätt:

- Tillgängligheten i den offentliga vårdsektorn anses vara för dålig. Arbetsgivarna vill att de anställda ska återvända till arbetet i en snabbare takt än vad det offentliga kan erbjuda. På så vis kan man tala om försäkringar mot risken att drabbas av långa väntetider.
- Ökat välstånd ökar efterfrågan på vårdtjänster utöver det som erbjuds i den offentliga sektorn, både i fråga om tillgänglighet och typ av tjänst.
- Skattebefrielsen för privata försäkringar i Danmark har resulterat i en avsevärd sänkning av priset på de privata vårdförsäkringarna. I Sverige har motsvarande skatteregler inte medfört motsvarande ökning av försäkringar som är bekostade av arbetsgivaren som i Danmark.

Ett intressant problem är om ökningen av privata sjukvårdsförsäkringar ger effekter på verksamheten och finansieringen i den offentliga sektorn. Här finns flera argument som kan peka åt olika håll:

- De privata vårdförsäkringarna finansierar behandlingar som annars skulle ha gjorts av den offentliga vården och frigör därmed resurser till andra behandlingar.
- Den totala realiserade efterfrågan kommer troligen att öka och detta kommer inte att bidra till att frigöra resurser inom den offentliga sektorn.
- Den privata efterfrågan ökar även efterfrågan på läkare och annan vårdpersonal, vilket bidrar till att höja lönerna och därmed minskade ekonomiska resurser inom den offentliga sektorn.
- Om en stor del av befolkningen erhåller vårdtjänster utanför den offentliga sektorn kan detta bidra till att minska betalningsviljan för den offentligt finansierade sjukvården.

Jag känner inte till några empiriska undersökningar kring storleken på de olika effekterna.

4.3 Reglering av vårdgivare och patientströmmar

4.3.1 Reglering av patientströmmar från primärvården till specialistvården

Primärläkarvården (allmennlegetjenesten, fastlegeordningen) i Danmark (för grupp 1-patienter) och i Norge har många likheter. I båda länderna finns listor där befolkningen skriver upp sig hos en primärvårdsläkare. En viktig skillnad mellan de båda länderna är att i Danmark betalar patienterna inte någon egen avgift för läkarbesöken. Läkarna får ett basbidrag på 346,76 danska kronor per år per person på listan i Danmark och 380 norska kronor i Norge. Bidraget är lika för alla personer på listan, oavsett egenskaper som ålder och kön. Dessutom finns det avgifter för konsultationer och andra slag av tjänster. I båda länderna uppskattas det att intäkterna från basbidraget står för 30 procent av mottagningens intäkter och att intäkterna från de tjänstebaserade avgifterna står för resterande 70 procent.

Ser man till begreppen och teorin i del 3 har primärvårdsläkarna alltså inte ett fullständigt kostnadsansvar, eftersom de tjänstebaserade avgifterna kan betraktas som en ersättning för de upplupna kostnaderna. En sådan partiell kostnadsersättning kan motiveras med att primärvårdsläkarna förmodligen är riskaverta (vanligtvis små mottagningar), att det är olika information (mellan staten och primärvårdsläkarna) om hur kostnadskrävande enskilda patienter är och att det föreligger olika information om behandlingskvaliteten. Vissa studier tyder på att avgifterna i Danmark inte helt kompenserar det merarbete som förknippas med patienter med stora vårdbehov. I Norge finns det ingen kunskap om detta. Rose Olsen (2011) finner att läkare med arbetskrävande listor både har kortare listor och lägre intäkter än läkare med mindre arbetskrävande listor. Det kan därmed se ut som om det finns ett ekonomiskt incitament att välja friska patienter till listorna. Sådana åtgärder kan t.ex. göras genom att läkaren inrättar sin mottagning så att den lockar till sig unga och friska barnfamiljer, medan äldre med kroniska sjukdomar får sämre vård för att de ska frestas att byta till någon annan läkare. Detta är i så fall improduktiva ansträngningar i det att alla människor till slut hamnar hos en läkare. Det är också skadligt för patienter med kroniska sjukdomar i och med att de får en sämre vård än vad de hade kunnat få i ett annat system. Utifrån Rose Olsen (2011) kan vi inte veta om läkarna faktiskt ägnar sig åt en sådan patientselektion. Oavsett om någon gör det eller inte kan man åtminstone säga att den som inte gör det förlorar ekonomiskt på det. Med utgångspunkt från teorin i del 3 är detta ett argument för antingen ytterligare kostnads-kompensation eller att man försöker differentiera basbidraget i enlighet med observerbara egenskaper hos patienterna.

Tills nyligen har primärvården i Sverige varit organiserad på landstingsnivå i offentligt ägda vårdcentraler med områdesansvar. Det finns ett intryck av att primärvården i Sverige är mindre fokuserad på primärvårdsläkaren och med en större självständighet för de övriga yrkesgrupperna, framför allt sjuksköterskorna, än i Danmark och Norge (se t.ex. beskrivningen i Anell, 2009, och i Arvidsson et al., 2010). Det här tycks t.ex. gälla sjuksköterskornas roll vid bedömningen om en patient ska behandlas på vårdcentralen eller remitteras till specialistvården. Det har ansetts som en central uppgift att förbättra tillgången på primärvård i Sverige. I Joumard et al. (2010, sidan 22) har Sverige en låg placering i förhållande till antalet konsultationer per läkare jämfört med andra OECD-

länder²⁰. Från och med 2010 råder enligt lag fri etablering för privata leverantörer av primärvårdstjänster förutsatt att dessa uppfyller landstingets etableringskrav. Samtidigt har man gett allmänheten rätten att fritt välja vilken vårdcentral man vill använda sig av. Anell (2010a) uppskattar att andelen privata vårdcentraler ligger på knappt 30 procent. Anell (2010a) och Anell och Paulsson (2010) beskriver och diskuterar de reformer som genomfördes i fem landsting innan de nya reglerna började gälla. Gemensamt för reformerna är valet av fast vårdcentral för varje invånare, fri etablering för vårdcentraler som uppfyller landstingens kvalitetskrav och ett omfattande (men varierande) kostnadsansvar med låg betoning på prestationsbaserade avgifter. Det finns samtidigt inget krav på att patienterna måste remitteras från primärvårdsläkaren för att få kontakt med specialistvården, så som är fallet i Norge och Danmark.

I Västra Götaland består ersättningsmodellen av fem komponenter (Västra Götalandsregionen, 2011):

1. Grundbidrag baserat på ålder, kön och vårdbehov
2. Ersättning baserad på måluppfyllelse i förhållande till täckning och kvalitetsmål
3. Särskild ersättning enligt enhetens geografiska och socioekonomiska förutsättningar
4. Särskild ersättning när tolk används
5. Ersättning för eventuella särskilda uppdrag

Cirka 80 procent av mottagningens intäkter kommer från grundbidraget. Cirka 50 procent av det samlade grundbidraget bestäms av köns- och ålderskomponenten och de resterande 50 procenten av behovskomponenten.

Den komponent som ska ge ersättning för vårdbehovet grundar sig på ACG-vikten. ACG, som står för The Johns Hopkins Adjusted Clinical Groups (<http://www.acg.jhsph.org>), är ett system för viktning av patienternas vårdbehov utifrån de diagnoser som finns registrerade hos regionens vårdgivare under föregående 15-månadersperiod.

Den tredje komponenten i ersättningssystemet är baserad på hur stor andel av de samlade vårdtjänsterna patienten tar emot från den vårdcentral han eller hon är registrerad vid. Det finns dessutom

²⁰ Det kan även ha ett samband med en annan arbetsfördelning mellan läkare och sjuksköterskor i Sverige jämfört med andra länder i statistiken.

en komponent som är beroende av antalet poäng vårdcentralen får enligt en lista med 40 definierade kvalitetsindikatorer.

Varje enhet är ansvarig för de egna kostnaderna. Dessutom är enheten ansvarig för de kostnader som uppstår när patienter på de egna listorna söker upp andra primärvårdsleverantörer som regionen eller andra har avtal med. Enheterna har även ansvaret för läkemedelsutgifterna för patienterna på listorna och för alla typer av medicinsk diagnos som enheten har remitterat patienterna till.

I Stockholm är 40 procent av ersättningen baserad på ett åldersjusterat grundbidrag. Prestationsbaserade avgifter beroende på antal och slag av konsultation utgör resterande 60 procent. Avgifterna har en fallande skala på gruppnivå efter det andra besöket. Enheterna har även ansvaret för de delar av kostnaden som uppstår inom andra delar av vårdsektorn som en följd av en remiss från primärvårdsläkaren. Det finns tre typer av tjänster: tjänster som landstinget ersätter helt, tjänster där primärvården täcker 20 procent av kostnaderna och tjänster där man tar på sig hela kostnadsansvaret²¹.

Region Halland är pionjären på området och har haft fritt val och ett system med listor sedan 2007. Även här utgör grundbidraget en avsevärd andel av inkomsterna för respektive mottagning. Grundbidraget är åldersjusterat och kommer under 2011 inte att täcka läkemedelskostnaderna. Det blir dessutom ett avdrag på grundbidraget om mottagningen inte följer regionens regler kring förskrivning av läkemedel. Avdraget ökar med storleken på avvikelserna. Det finns inga prestationsbaserade avgifter för konsultationer och andra tjänster.

Trots skillnaderna mellan landstingen skiljer sig utvecklingen för primärvården i Sverige generellt från utvecklingen i Danmark och Norge. Vårdgivarna i den nya primärvården i Sverige har fått ett större kostnadsansvar än vad som är fallet i Danmark och Norge. Detta kommer till uttryck genom en låg kostnadsfördelning genom prestationsbaserade avgifter och en budget för mottagningen som även i någon grad ska täcka kostnaderna för patienter som söker sig till andra vårdgivare, samt kostnaderna för läkemedel. Kostnadsansvaret ger vårdgivaren ett incitament att anstränga sig för att minska verksamhetens kostnader. Å andra sidan kan ersättningsystemet även leda till en försämrad kvalitet och patientselektion om riskjusteringen i ersättningen per person inte tar hänsyn till alla

²¹ En närmare beskrivning och analys av resultaten i Stockholm kan hittas hos Rehnberg et al (2009).

skillnader i patienternas vårdbehov som vårdgivaren kan observera, så som det framställdes i del 3. I del 3 argumenterade jag även för att incitamenten för en försämrad kvalitet kan motverkas om vårdgivaren kan konkurrera om patienterna och om patienterna kan följa upp vårdkvaliteten. Detta är förmodligen skälet till konkurrensen och etableringsfriheten i det svenska systemet. Samtidigt är det kanske inte så lätt för patienterna att följa upp kvaliteten på vårdtjänsterna. Detta kan vara ett argument för att man ska offentliggöra kvalitetsindikatorerna som ett hjälpmedel när patienterna gör sina val. Det möjliga incitamentet till patientselektion (cream skimming) kan dock inte motverkas på det här viset och det är ett potentiellt problem inom systemet. Jag känner inte till att det har gjorts några empiriska studier kring denna fråga.

Som framgår av beskrivningen ovan varierar vårdcentralernas utvidgade budgetansvar mellan landstingen. I allmänhet kan utvecklingen kanske i viss mån ses i relation till att primärvårdens funktion som portvakt till specialistvården tycks vara mindre sträng i Sverige än i Danmark och Norge. I både Danmark och Norge måste man ha en remiss från sin primärvårdsläkare för att få tillgång till specialistvården. Medan det i Danmark och Norge sker en mer direkt styrning av patientflödet ser man i Sverige tendenser till en mer indirekt styrning genom vårdgivarnas ekonomiska incitament. Ett något utvidgat budgetansvar ger vårdcentralen ett ekonomiskt incitament att säkerställa att patienterna blir nöjda och undviker att söka upp andra vårdcentraler eller specialister som vårdcentralen då får betala för. Det kan samtidigt finnas en risk för att vårdcentralen av ekonomiska skäl kan vara ovillig att remittera en patient till specialistvården för vidare undersökning och behandling. För dagen är troligen kostnadsansvaret så pass begränsat att det i många fall fortfarande kan finnas ett incitament att remittera patienterna uppåt i systemet. Det är samtidigt mitt intryck att man prövar olika varianter av det utvidgade kostnadsansvaret.

Hur man bäst styr patientflödet är en central fråga, eftersom de beslut som fattas inom primärvården kan ge stora konsekvenser för resursanvändningen inom specialistvården. Eftersom behandlingar inom specialistvården i allmänhet är dyrare än behandlingar inom primärvården bör man ur ett samhällsekonomiskt perspektiv kräva ett bättre hälsoreultat från specialistvården än från primärvården för att kunna erbjuda patienten behandling av en specialist. Därmed kan man tänka sig att vissa patienter, som skulle föredra att bli

behandlade av en specialist, i stället ur en samhällsekonomisk synvinkel bör behandlas av primärvården. Det är därför en viktig fråga att ta reda på om direkt (hänvisningsplikt, gatekeeping) eller indirekt styrning (ekonomiska incitament) är det mest effektiva när det gäller att se till att de rätta patienterna kan fångas upp av den dyrare specialistvården. I alla tre länderna är det ett viktigt mål att ha en tillräcklig kapacitet inom primärvården för att förhindra detta. Låt oss anta att antalet vårdcentraler ökar i ett område. I det svenska systemet innebär den ökade konkurrensen om patienterna att det blir ännu viktigare för vårdcentralerna att patienterna blir nöjda med vad de får i den enhet patienten är knuten till och inte uppsöker andra tjänsteleverantörer som (delvis) måste betalas för av patientens vårdcentral. Det finns därför anledning att tro att uppmärksamheten fokuseras på förbättringsmöjligheterna på den egna vårdcentralen, samtidigt som patienterna uppmuntras att vända sig till vårdcentralen och inte till specialistvården. Även i Danmark och Norge kommer fler primärvårdsläkare att ge patienterna större valfrihet och därmed öka sannolikheten för att man byter primärvårdsläkare. Det blir därmed viktigare än förut att patienterna blir nöjda för att läkarens praktik ska bli tillräckligt lönsam. Det finns samtidigt anledning att tro att frestelsen att vara mer tillåtande när det gäller patienternas önskan om läkemedel och remisser till undersökning och vård hos specialister blir större i Danmark och Norge än i Sverige, eftersom det inte förekommer någon kostnadsdelning för primärvårdsläkarna när det gäller de här tjänsterna. Flera norska studier tyder på att frestelsen att vara alltför tillåtande på grund av patientens frihet att byta husläkare upplevs som reell bland norska allmänläkare. Carlsen och Norheim (2003) beskriver resultaten från fokusgruppintervjuer med norska allmänläkare efter införandet av fastlegeordningen 2001. Läkarna uppfattade det som mindre viktigt än tidigare att fungera som portvakt. Det har samtidigt blivit lättare att uppträda på ett sätt som gör patienterna nöjda. Dahl et al. (2010) fann i norska uppgifter på läkarnivå att läkarnas remisser till radiologiska undersökningar ökade när antalet läkare med öppna listor ökade. Kann et al. (2010) finner en motsvarande effekt när det gäller förskrivningen av läkemedel till äldre patienter. De här resultaten kan tyda på att primärvårdsläkarnas portvaktsroll blir mer formell än reell när det råder konkurrens om patienterna. Detta tyder på att primärvårdsläkarna blir mer fokuserade på de totala resurserna när

de själva måste betala för vissa delar av den resursanvändning som deras patienter genererar, som i det svenska systemet.

Det finns inga entydiga resultat som tyder på att hänvisningsplikten i sig själv minskar användningen av specialisttjänster. Hänvisningsplikten har varit ett viktigt och kontroversiellt inslag (tillsammans med många andra) vid managed care-organisationer i USA. Manning et al. (1984) finner i en randomiserad studie att den organisation de undersökte hade en mindre användning av specialistvård och särskilt sjukhusinläggningar än den mer fragmenterade delen av vårdsystemet den jämfördes med. Andra studier från USA har funnit att upphävandet av hänvisningsplikten inte ökade användningen av specialistvårdtjänster. Det finns samtidigt flera studier från England som tyder på att när man låter primärvården betala för patienternas användning av specialistvården leder detta till ett minskat utnyttjande av specialisterna (se t.ex. Dusheiko et al., 2006, och Croxson et al., 2001). Samtidigt kommer det att påföra primärvården en större ekonomisk risk att bli ekonomiskt ansvarig för användningen av specialisttjänster som de kommer att kräva ersättning för, så som det diskuterades teoretiskt i del 3. Vilken blandning av ekonomiska incitament och hänvisningsplikt som är mest optimal för att styra patientflödet föreligger det begränsad kunskap om, samtidigt som det är en nyckelfråga när det gäller fördelningen av resurser till och från vårdsektorn.

Det finns några potentiella problem som hänger samman med reformerna i det svenska systemet. Ett stort kostnadsansvar kan medföra att patientselektionen blir ett viktigt problem. Ur ett samhällsekonomiskt perspektiv är detta problematiskt både för att resurser kan användas till improduktiva selektionsåtgärder och för att det kommer att läggas liten vikt på att utveckla bra diagnoser och behandlingar för patienter med kroniska sjukdomar och ett stort resursbehov. De här problemen kommer att vara mindre aktuella i Danmark och Norge, där primärvårdens kostnadsansvar är lägre.

Det andra problemet med en hög grad av kostnadsansvar är den riskpremie som måste betalas till vårdgivaren för att denna ska vara villig att godta ett avtal där det råder osäkerhet om kostnaderna. Som Anell (2010a) menar kommer osäkerheten kring kostnaden att ha mindre betydelse för en större verksamhet än för en liten. Det finns stordriftsfördelar när det gäller att hantera osäkerheten. Kostnadsansvaret i kombination med osäkerheten kring

kostnaderna kommer därför att uppmuntra till en sammanslagning av mindre enheter till större. Det finns alltså mekanismer som pekar i riktning mot en konkurrensbegränsning.

4.3.2 Kvalitet och bristen på tjänsteintegration

Det förväntas att det blir fler patienter med kroniska sjukdomar under de kommande åren. Detta hänger samman med att det blir fler äldre i befolkningen och det hänger även samman med att framstegen inom behandlingen av sjukdomarna gör att fler personer, som tidigare skulle ha dött i förtid, nu kan överleva som patienter med kroniska sjukdomar. Detta gäller t.ex. för patienter med cancer eller hjärtsjukdomar eller personer som råkat ut för allvarliga trafikskador.

Patienter med kroniska sjukdomar kommer att behöva fortsatt behandling på olika nivåer inom vårdsektorn. Till exempel kommer patienter med diabetes att behöva göra regelbundna besök hos sin husläkare/vårdcentral för mätning av blodssockernivåer, vägledning och eventuellt förskrivning av läkemedel. Husläkaren kommer att remittera patienten till specialistvården för närmare undersökningar och behandlingar. Patienten kan även bli akut inlagd på sjukhus eller läggas in på grund av olika komplikationer. Det finns alltså ett stort behov av interaktion mellan patienten och olika delar inom vårdsektorn. Det finns även ett stort behov av utbyte och analys av information om patientens hälsa och behandling mellan alla inblandade vårdgivare.

Det finns flera indikatorer som tyder på att det finns avsevärda problem på det här området i de nordiska länderna. Detta är kanske tydligast formulerat i Norge genom regeringens proposition till Stortinget om bristen på interaktion mellan vårdsektorns olika delar (St.meld. nr. 47, 2008-2009). Utredningen beskriver viktiga problem i interaktionen mellan primärvården och specialistvården och mellan sjukvården och äldreomsorgen. I Norge är de här problemen kanske större än i många andra länder, eftersom ansvaret för primärvården och specialistvården är uppdelad på två förvaltningsnivåer. Medan staten har ansvaret för specialistvården har kommunerna ansvaret för primärvården och äldreomsorgen. Problemen handlar t.ex. om en samordning av uppföljning och behandling av patienter med kroniska sjukdomar och en samordning mellan de statliga sjukhusen och den kommunala

vården och äldreomsorgen, både när det gäller inskrivningen av äldre patienter på sjukhusen och utskrivningen av äldre patienter till den kommunala vården och äldreomsorgen. Det finns tendenser till att gamla patienter med behov av sjukhusvård inte blir inlagda, eftersom det är fullbelagt, samtidigt som äldre patienter som är färdigbehandlade på sjukhuset inte skrivs ut, eftersom det inte finns någon kapacitet till att ta hand om dem i den kommunala vården och äldreomsorgen. Det finns heller inga system för samordnad uppföljning av patienter med kroniska sjukdomar, som t.ex. patienter med diabetes. Det finns heller inga verktyg för att beskriva vilken behandling dessa patienter får, eftersom det inte finns något system för att kartlägga patienterna och deras vård inom primärvården utöver husläkarens journalsystem, som uteslutande är tillgängligt för den aktuella husläkaren. Informations- och samordningsproblemen inom den norska vårdsektorn återspeglas i svaren de norska primärvårdsläkarna gav i den så kallade Commonwealth-undersökningen (Holmboe et al., 2009). Norge får sämre resultat på områdena samordning, kvalitetsmätning och kvalitetsbedömning, skapandet av register och elektronisk funktionalitet än andra länder. Det är bara fem procent av husläkarna som uppger att de har rutiner för att ta emot och granska data om patienternas upplevelser och tillfredsställelse med behandlingen, och bara var fjärde husläkare har rutiner för att ta emot och granska provdata och data från klinisk undersökning. Motsvarande siffror för Europa som helhet är 50 respektive 60 procent och för Sverige 80 respektive 72 procent. Det var bara fyra procent av husläkarna i Norge som tyckte att det var lätt för journalsystemen att generera olika typer av information om patienterna, t.ex. listor över patienter efter diagnos. Den här siffran låg på 11 procent för Sverige och på 26 procent totalt för Europa.

Norge är det enda landet i Norden där ansvaret för primärvården och specialistvården är uppdelad på två förvaltningsnivåer. Om vårdsektorn samlas på en förvaltningsnivå kan detta kanske leda till en bättre samordning av vården för patienter med kroniska sjukdomar och omfattande och komplexa vårdbehov. Samtidigt tyder erfarenheterna från Sverige att det inte är en tillräcklig förutsättning att samla det mesta av vårdsektorn på en förvaltningsnivå för att åstadkomma en bra samordning av vården för dessa patienter. Detta kan hänga ihop med att de vårdtjänster som hör samman med äldreomsorgen till stor del (hemsjukvården ligger fortfarande till viss del under landstingen) är samlad på en annan

nivå (den kommunala) än den övriga vårdsektorn och med en något oklar ansvarsfördelning. Uppmärksamheten i Sverige är särskilt riktad mot den bristande samordningen av vården för äldre patienter med omfattande och komplexa behov. Det verkar finnas ett erkännande av att samordningen inom vårdsektorn och mellan vårdsektorn och äldreomsorgen inte är tillräckligt bra för den här gruppen. I stället för en sjukvård och en äldreomsorg som bygger på kontinuitet och samverkan upplevs tjänsterna vara alltför uppstyckade för äldre med komplexa behov²². Anell (2004) ger en närmare beskrivning av de här problemen. Där rapporteras om misslyckade insatser för att förhindra att kroniska sjukdomar får akuta förlopp och om för dålig samordning av läkemedelsanvändningen bland äldre. Där rapporteras även om en svag samordning mellan primärvården och specialistvården när det gäller patienter som ska avsluta sin sjukhusvård och för patienter som har behov av sjukhusvård. Samordningsproblemen förekommer även runt tillgången på läkarresurser för patienter i särskilda boendeformer. Enligt Anell (2004) försöker flera landsting bygga upp en närsjukvård för att förbättra vården för patienter med kroniska sjukdomar som kräver insatser från en rad olika vårdtjänster. Regeringen har nyligen tagit initiativ till en satsning på "Äldresamordning av vård och omsorg" med ytterligare resurser och organiserad forskningsverksamhet. Målet är att få äldreomsorgen och sjukvården i form av hemsjukvården, äldreomsorgen, primärvården och sjukhusen att samverka bättre när det gäller sjuka äldre.

Förbättringsmöjligheterna i Danmark har nyligen kartlagts i en jämförande studie av Kaiser Permanente i USA och den danska sjukvården (Frølich, 2011). Kaiser Permanente är ett kombinerat försäkringsbolag och vårdtjänstleverantör (health maintenance organization) med 8,6 miljoner kunder/medlemmar, 165.000 anställda, 455 vårdcentraler och läkarmottagningar och 35 sjukhus. De flesta medlemmarna är anställda med familjer som finansieras av vårdförsäkringar som erbjuds av arbetsgivaren. Medlemmarna erbjuds alla former av sjukvårdstjänster med låga patientavgifter. Om patienten vill använda sig av tjänster utöver det Kaiser Permanente erbjuder måste de betala fullt ut för dessa ur egen ficka. Kaiser Permanente är bland annat känt för sina system som erbjuder integrerade tjänster till patienter med kroniska sjukdomar.

²² Denna status förstärks av socialminister Göran Hägglund och barn- och äldreminister Maria Larsson i artikeln "Vi satsar 3,75 miljarder på de allra mest sjuka äldre" i Dagens Nyheter, 12 januari 2011.

En viktig orsak till företagets framgångar sägs vara den stora vikt som läggs på avancerade elektroniska patientjournaler som är tillgängliga för patientens samtliga vårdgivare. Kaiser Permanente har investerat runt 30 miljarder danska kronor i Health Connect, som är deras system för elektroniska patientjournaler. Jämförelsen som gjordes av den dansk/amerikanska forskargruppen bidrar med intressant kunskap om typiska drag hos vårdsystemet i Danmark (och förmodligen motsvarande i de övriga nordiska länderna) jämfört med Kaiser Permanente. De fann att Kaiser Permanente hade långt bättre metoder för att samordna och integrera vårdtjänsterna än vad som är fallet i Danmark. Strandberg-Larsen et al. (2010) beskriver resultaten från en enkät bland 900 primärvårdsläkare i Kaiser Permanente Northern California och 700 danska primärvårdsläkare om deras uppfattning av samordning och integrering av tjänster i sina respektive system. Endast en av åtta danska allmänläkare ansåg att det fanns tydliga mekanismer i form av riktlinjer för vården, regler och avtal för samordning av tjänster från olika delar av vårdsektorn, medan hälften av läkarna vid Kaiser Permanente tyckte samma sak. De fann även att Kaiser Permanente är bättre på att involvera patienterna i den egna vården för att på så sätt kunna mobilisera patienternas egna resurser. Författarna frågade ett urval patienter med diabetes om de upplevde att de blev involverade i den egna behandlingen och uppföljningen. De fann en tydlig tendens att patienterna i Kaiser Permanente upplevde detta i högre grad än de danska diabetespatienterna. Det är vidare långt färre sjukhusinläggningar hos Kaiser Permanente än i Danmark. På några områden är skillnaderna påfallande stora. Till exempel är inläggningsfrekvensen för bröstsmärtor 12 gånger högre i Danmark än i Kaiser Permanente för personer över 65 år. För kronisk obstruktiv lungsjukdom (KOL) är den fyra gånger större och för högt blodtryck är den elva gånger större. För kontroll av blindtarmsinflammation är sjukhusvistelsen lika i de båda grupperna. Skälet till den stora skillnaden i sjukhusvistelse för patienter med kroniska sjukdomar kan vara att Kaiser Permanente är bättre på förebyggande hälsovård för att kunna undvika dyra sjukhusvister. De lägre kostnaderna för sjukhusvister gör inte att kostnaderna per medlem är lägre i Kaiser Permanente än de är i Danmark. Kaiser Permanentes kostnader per medlem är 50 procent högre än i Danmark, men detta gäller även för sjukvården i USA som helhet.

4.3.3 Internationaliseringen av vårdtjänsterna

Även om den internationella handeln med tjänster i allmänhet växer har handeln med vårdtjänster liberaliserats i endast begränsad omfattning: Om graden av liberalisering mäts i de så kallade bindande förpliktelser som ingåtts av WTO:s medlemsländer finns det, med undantag för utbildningssektorn, ingen annan sektor där liberaliseringen är mindre än inom vårdsektorn. EU-kommisionen beskriver tillgången på relevant statistik för att illustrera omfattningen av handeln med vårdtjänster mellan länderna som otillfredsställande, men uppskattar att 1 procent av vårdtjänsterna inom EU-länderna går till "cross border patients" (Commission of the European Communities, 2006).

År 2006 bad EU-kommisionen om kommentarer rörande den internationella handeln med vårdtjänster (Commission of the European Communities, 2006). I kommentarerna rådde konsensus om att det var nödvändigt att ta fram bättre statistik över omfattningen av handeln med vårdtjänster än vad som finns tillgängligt i dag. Många av de som svarade förväntade sig en märkbar ökning i omfattningen av handeln med vårdtjänster mellan länderna i framtiden. Den finska kommentaren anger att antalet finländare som får vård utomlands är mycket litet. Uppgifterna tyder på att 10-20 finska patienter söker vård utomlands per år och man förväntar sig ingen ökning inom de kommande tio åren. Anledningen till detta är enligt slutdokumentet att finländarna främst är intresserade av att få bli behandlade i närheten av där de bor, och detta gäller då behandling i Finland. Den svenska kommentaren säger att dagens omfattning av vård utomlands är liten, men växande. År 2004 beviljades 147 patienter finansiering av planerad behandling. Antalet ökade till 954 under 2005 och till 1000 personer under de första sex månaderna 2006. Mer än 60 procent av behandlingarna gällde tandvård. Den svenska regeringen tror att den gränsöverskridande vården kommer att få större betydelse på längre sikt inom den svenska vårdsektorn. Den danska regeringen har i sin kommentar inte gett några siffror kring antalet danska patienter som vårdas i utlandet.

Omfattningen av export och import av vårdtjänster i Sverige behandlas närmare i SOU 2007:95. Baserat på aktuella siffror räknar man med att export och import utgör drygt 600 miljoner svenska kronor eller cirka tre promille av de totala sjukvårdskostnaderna i Sverige.

Tre domar i EU-domstolen har betydelse för vad patienterna kan förvänta sig att deras hemländer ska betala för vård utomlands. Domarna i EU-domstolen ser ut att ha gett uttryck för följande principer:

1. Patienter har rätt till ersättning för utgifter för icke-sjukhusvård i andra länder i lägen då utgiften skulle ha täckts om patienten fått ta emot vården i hemlandet.
2. Socialförsäkringssystemet i patientens hemland ska ersätta utgifterna för sjukhusvård i andra EU/EES-länder när den aktuella vården är av ett sådant slag att utgifterna skulle ha täckts om patienten kunde ta emot vården i hemlandet, men där behandlingen inte kan ges i hemlandet inom den tid som krävs när man tar hänsyn till patientens nuvarande hälsotillstånd och sjukdomens troliga utveckling.
3. De vårdutgifter patienten haft i ett annat EU/EES-land ska ersättas av socialförsäkringssystemet i hemlandet på minst samma nivå som om motsvarande vård hade getts i hemlandet.

EU-kommissionens förslag till lag om patientrörlighet över nationsgränserna antogs den 8 juni 2010, godkändes av EU-parlamentet den 19 januari 2011 och förväntas träda i kraft från och med 2013. Lagen innebär att en medborgare utan godkännande i förhand ska kunna låta sig vårdas i ett annat medlemsland om behandlingen inte kräver inläggning på sjukhus (sjukhusvistelse längre än ett dygn) och behandlingen ingår i det vårdutbud patienten har rätt till i sitt hemland. När det gäller sjukhusvistelser kan ett medlemsland införa ett förhandsgodkännande för behandling i ett annat medlemsland om patientflödet kan förväntas att allvarligt påverka den ekonomiska balansen i medlemslandets vårdförsäkringssystem och/eller planering och rationaliseringar inom sjukhusvården. I begreppet sjukhusvård ingår även avancerad specialistvård (som ska anges närmare). Ersättning för utgifter kommer att ges upp till den nivå som motsvarande behandling skulle ha kostat i patientens hemland. Det finns även möjligheter att införa restriktioner om antalet patienter från andra länder skulle bli fler än vad ett lands vårdsektor kan hantera.

Godager och Iversen (2009) går igenom några faktorer som kan främja den internationella handeln med vårdtjänster. En första faktor är skillnaderna i kostnad. I ett specialnummer av tidskriften

Health Economics om kostnadsskillnader i Europa för specifika behandlingar presenteras de viktigaste resultaten från projektet Health Basket, som finansierades av EU:s sjätte ramprogram. Underlaget är detaljerade undersökningar i varje enskilt land baserat på typiska patienter. Tabell 4.3 är sammanställd utifrån resultatet i några av artiklarna.

Tabell 4.3 Genomsnittskostnad (ej köpkraftsjusterad) i euro för tre behandlingar i vissa europeiska länder

Typ av behandling	Danmark	England	Frankrike	Tyskland	Ungern	Italien	Nederländerna	Polen
Katarakt-operation	602	623	909	741	318	1 087	500	473
Höftprotes	5 933	5 690	6 101	6 365	1 294	6 981	5 605	2 125
Tandlagning	47	156	46	67	8	135	64	18

Källor: Tan et al., 2008; Fattore och Torbica, 2008; Stargardt, 2008.

Tabell 4.3 visar stora kostnadsskillnader. Medan en katarakt-operation (operation mot grå starr) kostar tre gånger så mycket i Italien som i Ungern kostar en insättning av en höftprotes tre gånger så mycket i Italien som i Polen. Några av dessa skillnader kan skyllas på kvaliteten hos reservdelarna (t.ex. linser och proteser), men en stor del kan även hänföras till löneskillnader.

Det finns stora skillnader även mellan de nordiska länderna när det gäller kostnaden för arbetskraften inom vården. Följande tabell från Kittelsen et al. (2009) belyser de här skillnaderna. Man ser där att läkarna är den yrkesgrupp där de relativa skillnaderna är minst. För psykologer och sjuksköterskor är lönen i Finland bara 65 respektive 70 procent av lönen i Norge.

Tabell 4.4 Lönerna för vissa typer av sjukvårdspersonal i Norden i procent av lönerna i Norge²³

	Finland	Sverige	Danmark	Norge
Läkare	88%	87%	81%	100%
Sjuksköterskor eller specialistsjuksköterskor	70%	83%	88%	100%
Psykologer	65%	83%	92%	100%
Bioingenjörer	-	82%	90%	100%
Radiografer och audiografer	70%	88%	92%	100%
Fysioterapeuter, ergoterapeuter	64%	84%	91%	100%
Socionomer, familjepedagoger	72%	88%	96%	100%
Sekreterare och läkarsekreterare	72%	84%	99%	100%
Undersköterskor	70%	84%	96%	100%
Totalt (lönekostnadsdeflator)	74%	84%	89%	100%

Källa: Tabell 4.4 hos Kittelsen et al., 2009.

En omfattande handel med vårdtjänster skulle kunna innebära att priserna på vårdtjänster och lönenivåerna för vårdpersonalen i länder där lönenivåerna är höga kan få en sänkt tillväxttakt.

Den tekniska utvecklingen har gjort att tjänster som tidigare varit bundna till vissa platser numera är mer platsberoende. Ett exempel på detta är digitaliserade radiologitjänster. Ett antal sjukhus i USA skickar sina digitalbilder till Indien för analys. Löneskillnaderna är en viktig drivkraft bakom den här utvecklingen. Med en tiondel av lönen är de indiska radiologerna konkurrenskraftiga, trots att analyser från indiska radiologer utan amerikansk läkarlicens bara kan ges status som "preliminära". Handeln med vårdtjänster måste emellertid inte ha en högteknologisk prägel. I likhet med andra sektorer kan delar av vårdsektorns kontorsarbete nu utföras var som helst i världen. Utvecklingen av ny och specialiserad teknologi eller kunskap kommer i sig själv att kunna generera ett behov av större marknader tack vare stordriftsfördelarna. Investeringar i vissa typer av specialiserad medicinsk utrustning kan kräva ett patientunderlag av avsevärd storlek. Liknande stordriftsfördelar kommer förmodligen också att göra sig gällande för utvecklingen av olika kompetensområden. En arbetsdelning mellan de nordiska länderna är exempel på åtgärder som kan övervägas i det här avseendet.

²³ Justerat för olika hantering av pensionskostnader.

Även skillnaderna i kvalitet och väntetider för behandling mellan länder kommer att kunna utjämnas om man öppnar för handel med vårdtjänster i allt högre grad. I litteraturen om konkurrensens effekter på sjukvårdens kvalitet finns det för övrigt ingen entydig slutsats om att mer konkurrens medför högre kvalitet. Gaynor (2006) ger en översikt av litteraturen kring konkurrens och kvalitet. I facklitteraturen skiljer man ofta mellan fall där priserna är reglerade och fall där priset fastställs av producenten. På marknader där priset är fastställt genom regleringar kan producenterna bara konkurrera i fråga om kvalitet och man kan då förvänta sig att mer konkurrens kommer att leda till högre kvalitet.

På marknader där både kvalitet och pris kan variera finner man i den ekonomiska teorin inga generella och entydiga samband mellan konkurrens och kvalitet. Om efterfrågesidan relativt sett är mer känslig för förändringar i kvalitet än för prisförändringar kommer en ökad konkurrens att ge bättre kvalitet. Om efterfrågesidan däremot är mest känslig för prisförändringar kommer det att leda till att sambandet mellan konkurrens och kvalitet blir negativt. Vi har ingen a-priorikunskap om det är prisförändringar eller kvalitetsförändringar som har störst effekt på efterfrågan och detta är därmed ett empiriskt spørsmål.

Det är hittills underförstått att alla kvalitetsdimensioner går att observera. Det är känt att detta generellt inte gäller för vårdtjänsterna. Hos Propper et al. (2004) och Propper et al. (2008) presenteras resultaten av en studie som undersöker effekten av ökad konkurrens bland engelska sjukhus när det gäller väntetider för elektiv kirurgi och dödlighet under 1990-talet. Medan informationen om väntetider var tillgänglig för allmänheten blev statistiken över dödligheten på sjukhus tillgänglig först från 1999. Författarna finner att den ökade konkurrensen hade en negativ effekt på väntetiderna för elektiv kirurgi och en positiv effekt på dödligheten. Författarnas tolkning av de här resultaten är att den ökade konkurrensen innebar att sjukhusen koncentrerade sig på att förbättra kvalitetsmål som är observerbara från efterfrågesidan.

Det förväntas att resvägar och restider kommer att innebära att effekten av konkurrensen mellan sjukhusen kommer att begränsa patientrörligheten inom vårdsektorn. En sådan hypotes stöds av flera empiriska studier som visar att patienterna måste kunna uppnå en avsevärd minskning av väntetiden för att de ska vara villiga att resa längre än nödvändigt för att kunna behandlas.

Med den dominerande roll som den offentliga finansieringen spelar inom vårdsektorn kommer omfattningen av de specialistvårdtjänster som levereras från utlandet att vara beroende av i vilken grad de utländska leverantörerna kan skriva avtal med den offentliga sektorn. Många har påpekat målkonflikten som ligger i att den offentliga sektorn både ska sörja för befolkningens tillgång till specialistvård, oavsett vem som levererar den, samt vara ägare av sjukhusen. I "efterfrågerollen" kan det offentliga (t.ex. landstingen) vara intresserade av att ingå avtal med andra, både för att det kan förbättra befolkningens tillgång till specialistvård och för att konkurrensen kan bidra till en effektivare organisation av verksamheten och att man därmed får ut mer vårdtjänster ur resurserna. Patienternas förväntningar om lika priser och tillgänglighet för alla kan ändå göra det svårt i praktiken att låta patienterna välja vård utomlands. Patienterna har förmodligen ett begränsat intresse av att bidra till några kostnadsbesparingar. Avtalen med andra leverantörer kan även vara mindre attraktiva för det offentliga i dess ägarroll. Med en mindre styrning av patientflöden och utgifter för vården minskar intäkterna för de egna sjukhusen. Detta är olyckligt i förhållande till sjukhusens ekonomiska resultat och därmed för den offentliga sektorns ägarroll.

Här kan man emellertid även tänka sig att leverantörerna av vårdtjänster inte bara ser handeln med vårdtjänster som ett hot mot den egna verksamheten. Kompetens och kvalitet kan även leda till efterfrågan från andra länder och därmed en export av vårdtjänster. En möjlighet kan vara att i större utsträckning utvärdera de nordiska länderna som marknad för specialiserade vårdtjänster. Kanske kan detta ge stordriftsfördelar i form av bättre kvalitet och lägre kostnader?

SOU 2007:95 antyder att importvolymen av någon större betydelse troligen kan uppnås först genom en avsaknad av offentliga erbjudanden och med finansiering från hemlandet. Det är först om patienterna antingen betalar via en privat vårdförsäkring eller ur egen ficka som de kommer att få incitament att ta hänsyn till prisskillnader i valet av vårdgivare.

5 Idéer för närmare utvärdering

5.1 Bakgrund

Med utgångspunkt i del 4 finns det några grupper av frågor som bör studeras närmare:

- A. Högre produktivitet och bättre kvalitet inom vården
Del 2 beskrev skillnaderna i sjukhusens produktivitet mellan de nordiska länderna, medan del 4 beskrev problemen kring kvalitet och produktivitet i samband med vården av patienter med kroniska sjukdomar och behovet av samordning av vårdtjänsterna. De här problemen och möjliga åtgärder kommer att diskuteras närmare i den här delen.
- B. Ransonering och prioritering
Ett genomgående tema i del 4 var att patientavgifterna inom vårdsektorn är för låga för att i tillräcklig grad begränsa efterfrågan på vårdtjänster. Jag vill ställa frågan om det är möjligt att förbättra sammansättningen av de verktyg som i dag används för att ransonera vårdtjänsterna. Jag tänker även diskutera närmare om man kan tänka sig en mer finmaskig användning av patientavgifterna.
- C. Finansieringsproblemet
I del 4 diskuterades de här problemen under rubriken *Hoten mot den kollektiva finansieringen*. Gemensamt för dessa problem var att medianväljaren är kritisk till en kollektiv finansiering av ökade kostnader. Samtidigt visar undersökningar från många länder att betalningsviljan för hälsoförbättringar är mycket stor. En viktig utmaning blir därmed att undersöka om det finns mekanismer för att omskapa en privat betalningsvilja för hälsoförbättringar till en betalningsvilja för kollektiv finansiering av de hälsoförbättringar som resursanvändningen inom vårdsektorn innebär.

Samtidigt som det är viktigt att leta efter förbättringsmöjligheter finns det ett viktigt erkännande inom forskningslitteraturen att olika faktiska system ofta representerar olika avvägningar mellan de önskade egenskaperna. Även om vi helst skulle vilja genomföra förändringar som innebär förbättringar längs samtliga dimensioner kommer det ofta inte att vara möjligt att genomföra förändringar som leder till förbättringar längs vissa dimensioner utan att det samtidigt innebär försämringar längs några andra. Detta illustreras t.ex. av Or et al. (2010). De jämför egenskaperna hos skattefinansierade så kallade Beveridgesystem i Storbritannien, Sverige och Danmark med Bismarcksystemen i socialförsäkringarna i Frankrike och Tyskland. De finner att Beveridgesystemen ger bättre resultat när det gäller kostnadsstyrning och tillgänglighet, oberoende av den personliga ekonomin, medan Bismarcksystemen ger bättre resultat när det gäller generell tillgänglighet och väntetider för behandling. Att olika system ger olika avvägningar mellan önskade egenskaper är även en närliggande slutsats från den senaste jämförande studien från OECD (Joumard et al., 2010). Så som det beskrevs i del 2 av den här rapporten klassificerar studien från OECD vårdssystemen i sex grupper, där de nordiska länderna fördelas ut i tre olika grupper. I en av analyserna undersöker författarna om det finns något samband mellan potentialen för förlängning av livstiden och vilken grupp ett land tillhör. Analysen är gjord genom en så kallad DEA-analys där den förväntade levnadstiden är resultatmål och indata är vårdtjänstutgifter per invånare, samt variabler som beskriver samhällsekonomiska egenskaper (bruttonationalprodukt, utbildning, föroreningar, användning av tobak och alkohol, samt kosten). Resultatet av analysen är uppskattningar över hur stora möjligheterna är till en förbättring av den förväntade livslängden i varje enskilt land om de ska ha samma livslängd som den bästa med tanke på sjukvårdsutgifter och samhällsekonomiska egenskaper. Författarna finner att det är minst lika stor variation vad gäller förbättringsmöjligheterna inom var och en av de sex grupperna som det är mellan grupperna. De drar slutsatsen att det inte finns några tecken på att något sjukvårdssystem genomgående uppnår bättre resultat än något annat. Genomsnittet för den potentiella ökningen i medellivslängd bland OECD-länderna är 2,3 år. Bland de nordiska länderna ligger den beräknade möjligheten till förbättring i Danmark på 4 år, i Finland på 3,6 år, i Norge på 2,1 år och i Sverige på 1,8 år. Det står därmed klart att Sverige uppnår bättre resultat än t.ex. Danmark.

Eftersom Danmark och Sverige enligt OECD är placerade i olika grupper kommer andra länder i samma grupp att bidra till att variationen inom varje grupp blir stor och det finns ingen grund för att säga att någon viss grupp genomgående uppnår bättre resultat än någon annan²⁴ (OECD, 2010b, sidorna 52-53). Slutsatsen är samtidigt att det inom varje grupp kan finnas stora vinster förknippade med att röra sig mot toppen för de länder som inte redan befinner sig där. Detta förklaras närmare i OECD (2010b).

Resultaten från OECD-studien tyder på att man bör vara försiktig med att föreslå systemreformer och att man kanske i högre grad ska sikta in sig på att förbättra det enskilda systemet inom dess egna ramar. I rapportens sista del kommer jag inledningsvis att diskutera några åtgärder som sticker ut, nästan oavsett vilken sorts system ett land tillhör. Därefter går jag vidare med att diskutera några mer omfattande förändringar.

5.2 Högre produktivitet och bättre kvalitet inom vårdsektorn

5.2.1 Jämförande studier av kostnader och behandlingsresultat

Det är överraskande stor variaton i vårdresultaten inom vårdsektorn både inom och mellan länderna. OECD (2009) rapporterar att skillnaden mellan länderna när det gällde 5 års överlevnad för bröstcancer låg på mellan 60 och 90 procent. Fem års överlevnad för patienter med koloncancer varierar mellan 40 och 70 procent bland OECD-länderna. Kunskapen om orsakerna till den stora variationen i vårdresultat är otillräcklig. Kanske används på vissa platser behandlingsmetoder som har liten eller ingen effekt och som därmed representerar en resursanvändning som inte resulterar i bättre hälsa. Det kan även tänkas att länder med omfattande screeningprogram bara ser ut att ha en bättre överlevnad för att sjukdomarna upptäcks tidigare (lead time bias) än vad som annars skulle ha skett. Under arbetet med the Affordable Care Act (president Obamas vårdreform) diskuterades bristen på dokumentation över vårdresultaten. I samband med detta inrättades The Patient-Centered Outcomes Research Institute med

²⁴ Man kan kanske ifrågasätta meningen med att ha en klassificering som inte hjälper till att förklara resultatskillnaderna.

uppdraget att ta reda på vad som fungerar och vad som inte gör det (Health Affairs, 2010, Chandra, Jena och Skinner, 2011).

De nordiska länderna har på många sätt en bättre utgångspunkt än USA. Det har både att göra med tillgången på data och omfattningen på registren i de nationella vårdsystemen och möjligheterna att koppla samman information från olika register för att identifiera vårdresultat och resursanvändning. Finland och Sverige är förmodligen de länder som har kommit längst när det gäller att använda sådana uppgifter i arbetet med att åstadkomma kvalitetsförbättringar. Finland har genom projektet PERFECT jämfört behandlingsresultat och kostnader mellan sjukhusdistrikten för många olika sjukdomstyper. Sverige genomför öppna jämförelser som ett samarbete mellan Sveriges Kommuner och Landsting och Socialstyrelsen, där man jämför bland annat behandlingsresultat och kostnader mellan landstingen. Man har nyligen publicerat en rapport (Sveriges Kommuner och Landsting, 2010b) som beställdes av Socialdepartementet och Sveriges Kommuner och Landsting där man rekommenderar ytterligare satsningar på utveckling och användning av kvalitetsregister inom vårdsektorn.

Samtidigt som de nordiska länderna har många likheter i både samhälle och kultur finns det även skillnader i både organisation och finansiering av vårdsektorn. Det finns även skillnader i varierande grad inom länderna, där de största skillnaderna återfinns i de mest decentraliserade systemen i Finland och Sverige. Men även för Finland och Sverige kommer jämförande studier att kunna tillföra nya insikter, eftersom variationen mellan länderna kommer att förstora variationen inom länderna.

Om jämförelser av behandlingsutfall och kostnader kan göras som ett nordiskt samarbete kan detta lägga grunden till en kunskapsbaserad debatt och ett ömsesidigt lärande, både regionalt och mellan länderna. I Norge har t.ex. jämförelsen mellan sjukhusproduktivitet i Norden, som publicerades av Kittelsen et al. (2009), lett till stor nyfikenhet och mer detaljerade undersökningar kring varför finska sjukhus tycks ha en bättre produktivitet än sjukhusen i de övriga nordiska länderna. En idé kan vara att undersöka om motsvarande jämförelser kan göras av vårdutfall och förhållandet mellan kostnader och vårdutfall för grupper av sjukdomar i de nordiska länderna. En annan möjlighet kan vara att jämföra utfallen för de olika sätten att organisera primärvården i Norden. Man kan tänka sig att sådana undersökningar kan ge flera olika resultat. För det första kommer kunskapen i kombination

med den debatt som kunskapen genererar att kunna utgöra en grund för åtgärder och förbättringar. För det andra kommer kunskapen att kunna ligga till grund för mer adekvata ersättnings-system för vårdgivarna i en förlängning av beskrivningen och diskussionen i rapportens del 3.

Ett nordiskt samarbete som utnyttjar befintliga registeruppgifter i jämförande studier kommer att kräva resurser i form av organisation och analys av datan. Det potentiella utbytet av sådana studier är stort. Så vitt jag vet finns det för närvarande inga möjligheter att finansiera sådana studier utöver de möjligheter som ges i respektive land. Ett exempel är den nordiska studien om sjukhusens produktivitet, som hänvisades till här ovan och som finansierades av det norska hälsodepartementet. Att skapa ett program för jämförande studier av vårdutfall och vårdkostnader i Norden kommer därför att kräva ett initiativ från något av länderna.

5.2.2 Integration av tjänster

I del 4 hänvisade jag till dokumentation om att det inte finns någon tillräckligt bra samordning av tjänsterna på de olika nivåerna inom vårdsektorn och mellan sjukvården och äldreomsorgen. Detta är särskilt ett problem för patienter med kroniska sjukdomar och som kräver vårdtjänster av många olika slag över en längre tid. Andelen av befolkningen med kroniska sjukdomar förväntas öka, både för att fler överlever det man tidigare dog av och för att det blir en allt större andel äldre i befolkningen.

En central fråga är hur man bäst kan få till en samordning mellan vårdgivarna för patienter med kroniska sjukdomar. Detta kommer att kräva en samordnande instans. Det finns flera möjligheter och det finns olika traditioner inom de nordiska länderna.

I Norge och Danmark och i försöken med en ny organisation av primärvården i Sverige tycks patienternas primärvårdsläkare kunna spela en central roll som samordnare. Fastlegeordningen (husläkar-systemet) som länge har funnits som ett nationellt system i Danmark och inte fullt så länge som nationellt system i Norge och som är under utprövning i flera landsting i Sverige har möjligheter att kunna skapa en kontinuitet i förhållandet mellan primärvårdsläkaren och patienten, vilket är en förutsättning för att läkaren ska kunna fungera som patientens representant. Primärvårdsläkaren

som samordnare lyfter fram viktiga frågor om hur läkaren bäst ska kunna ersättas för att både kunna bidra till patientens hälsa och till en förnuftig användning av samhällets resurser. Särskilt viktiga är primärvårdsläkarens beslut kring resursanvändningen inom specialistvården. I det här sammanhanget har de nordiska länderna skilda traditioner när det gäller användningen av primärvårdsläkaren som portvakt. Medan primärvårdsläkaren fungerar på det sättet i både Danmark och Norge finns det en högre grad av direkt tillgång till specialistvården i de svenska regionerna och landstingen. Vårdcentralerna har samtidigt getts incitament att begränsa patienternas tillgång på specialistvård i vissa landsting genom att de får betala en del av kostnaderna genom den egna budgeten. Detta innebär att vårdcentralerna får ta en större ekonomisk risk än om de bara var ansvariga för den egna mottagningens kostnader. Eftersom det finns stordriftsfördelar knutna till riskhanteringen är mottagningsbudgetar, som även inkluderar specialisttjänster, en uppmuntran till sammanslagningar och skapandet av större enheter inom primärvården. Det kan även utgöra en uppmuntran att undvika patienter som primärvårdsläkaren räknar med kommer att bli kostsamma om man inte i tillräcklig grad kan kompensera för en sådan kostnadsvariation genom en riskanpassning av den ersättning som ges till vårdcentralen. Problemet med att få till ett robust ersättningssystem kan vara ett argument för att begränsa vårdcentralernas kostnadsansvar till bara de kostnader som uppkommer på den egna mottagningen och genom att man begränsar patienternas användning av specialistvården genom att primärvårdsläkaren fungerar som portvakt. Det är samtidigt oklart vilken effekt portvaktsrollen har på patienternas faktiska tillgång till specialistvården (se avsnitt 4.3.1 för en fördjupning). Det är speciellt oklart om portvaktsrollen kan upprätthållas i praktiken, samtidigt som kapaciteten inom primärvårdstjänsten ökar och man stärker primärvårdsläkarens roll som samordnare för patienten. För det första kommer den rollen förmodligen att försvaga primärvårdsläkarens motivation att ta hänsyn till specialistvårdens resurser genom den närmare kontakten mellan läkaren och patienten. För det andra kommer en bättre kapacitet inom primärvården att kunna leda till konkurrens om patienterna. Denna konkurrens kommer i sin tur förmodligen att försvaga primärvårdsläkarens portvaktsroll (Carlsen och Norheim, 2003).

Reformerna inom primärvården i Sverige har i några landsting vissa element av utvidgad mottagningsbudget som känns igen från

primärvården i England. Detta system kännetecknas av att primärvården där även är ansvarig för (delar av) patienternas resursanvändning inom andra delar av vården, såsom läkemedel och specialisttjänster. Detta är ett ekonomiskt system som underlättar primärvårdsläkarens roll som patientens samordnare. Om primärvården ska ha ett utökat budgetansvar är det viktigt att primärvården även har möjlighet att påverka användningen av den utökade budgeten. I det här sammanhanget kan man hitta inspiration i det pågående reformarbetet i den brittiska National Health Service. En nyckelfras för detta är "Commissioning for patients". Här ingår bland annat att konsortier av vårdcentraler ska tilldelas behovsanpassade budgetar som också ska täcka (huvuddelen) av de specialisttjänster som deras patienter utnyttjar. Tanken är bland annat att primärvården, som står patienterna nära, är bättre på att prioritera resursanvändningen än personer som befinner sig längre bort från vårdbesluten.

Som jag tidigare har beskrivit skiftar arbetsfördelningen mellan bland annat läkare och sjuksköterskor och mellan primärvårdsläkare, privatpraktiserande specialister och sjukhusläkare inom de olika systemen och länderna, inklusive Norden. De olika traditionerna påverkar vilka system som är mest lämpade för samordning av vårdtjänster för patienter med svåra kroniska sjukdomar.

Det är med andra ord inte klart vilken typ av organisation och betalningssystem som är mest lämpat för ett beslutsfattande som både tillgodoser patienternas hälsa och samhällets resursanvändning och vilken roll formella och informella marknader kan ha i detta sammanhang. Därför finns det även en mångfald existerande system som håller på att testas. En fråga är om denna utprövning i högre grad kan göras på ett sätt som leder till fler möjligheter för allmän utbildning och kunskap än vad de ibland spontana försöken i de nordiska länderna tycks ge möjligheter till. Det finns ingen tradition av samma systematiska försöksverksamhet inom vårdsektorns organisation och finansiering som det är inom den kliniska forskningen. Detta innebär troligen att det samtidigt finns en begränsad allmän kunskap om vilken organisation och finansiering det är som fungerar. De problem de nordiska länderna står inför när det gäller att samordna vårdsektorn innebär en möjlighet till systematisk utprövning av de olika organisations- och finansieringsmetoder som skulle kunna stärka samordningsfunktionen. Här kommer även en utprövning av olika lösningar

inom kommunikation och informationsteknologi att kunna spela en viktig roll. En ökad satsning på systematisk testning av nya finansierings- och organisationsmetoder lokalt kommer förmodligen att kräva en omfattande samordning av verksamheten från centralt håll.

5.3 Bättre ransonering och prioritering

5.3.1 Optimal sammansättning av ransoneringsinstrumenten

I del 2 och 4 av den här rapporten argumenterade jag för att de nordiska vårdtjänstsystemen kännetecknades av en större vikt på ransonering utan att använda prismekanismen än på ransonering med hjälp av patientavgifter. Frågan dyker då upp om vilken som är den mest önskvärda ransoneringsmetoden ur ett samhälls-ekonomiskt perspektiv. Under senare år har det dykt upp bidrag på det här området inom den hälsoekonomiska litteraturen. Gravelle och Siciliani (2008a) visar teoretiskt att direkt ransonering utan väntetid dominerar över ransonering med väntetid ur ett välfärdsekonomiskt perspektiv. Samma antal patienter kommer att behandlas med den givna kapaciteten. Om det finns en överensstämmelse mellan kriterierna för direkt ransonering och patienternas preferenser kommer även samma patienter att bli behandlade, men utan att behöva vänta. Eftersom det innebär en nyttoförlust för patienterna att behöva vänta kommer den totala nyttan av den direkta ransoneringen att vara större än den totala nyttan genom väntetidsransoneringen. Ofta är inte alla de variabler (t.ex. patientens smärta) man önskar lägga som grund för ransoneringen observerbara för den som ska fatta ransoneringsbeslutet. Gravelle och Siciliani (2008a) visar att det är bättre med ransonering genom observerbara faktorer även i det här fallet än med ransonering genom väntetid. Kostnaderna som uppstår av att några patienter som inte skulle blivit behandlade blir det och att några patienter som skulle fått behandling inte får det visar sig vara mindre än de väntetider som påförs de personer som får sin vård efter väntetid.

Man kan även tänka sig en kombination av direkt ransonering och ransonering genom väntetid om väntetiden är avhängig samma kriterier som vid direkt ransonering. Siciliani (2007) argumenterar för att detta kan vara en ransoneringsmetod att föredra om läkarna

finner det obehagligt att neka någon vård. En anledning till detta kan vara att läkaren förväntas vara den enskilda patientens representant och att den rollen kan komma i konflikt med rollen som resursförvaltare. Gravelle och Siciliani (2008b) visar dessutom att en utilitaristisk regering kommer att uppnå en större välfärd med positiva patientavgifter utan väntetid för behandling än vid positiv väntetid utan patientavgifter. Samtidigt som patientavgifterna minskar patientens intäkter lika mycket som den ökar vårdgivarens (eventuellt statens) intäkter kommer väntetiden att minska patientens nytta utan att nyttan ökar för någon annan. Gravelle och Siciliani (2008b) visar att ett tillräckligt villkor för att patientavgifterna ska dominera är ett positivt samband mellan obehaget att behöva vänta och nyttan av behandlingen.

Om vi betraktar väntetider utöver det som är nödvändigt för att få ett optimalt utnyttjande av den tillgängliga kapaciteten finns det vetenskapliga belägg för slutsatsen att väntetid som ransoneringsmekanism domineras av både ransonering i form av öppna prioriteringar (se Carlsson, 2010, för en närmare diskussion kring öppna prioriteringar) och ransonering i form av patientavgifter. Samtidigt kan man förmodligen tänka sig att öppna prioriteringar och patientavgifter kan komplettera varandra som ransoneringsmekanismer. På basis av dokumenterade hälsoeffekter, kostnader och en explicit värdegrund (t.ex. om hur stor vikt som ska läggas på sjukdomens svårighetsgrad i förhållande till behandlingens kostnadseffektivitet) kan öppna prioriteringsbeslut fattade av organ med samhällsmässig legitimitet skapa en grund för vilken slags diagnostik och behandling som ska inkluderas i den offentliga vårdförsäkringen med inga eller endast låga patientavgifter. Detta kommer även att bidra till en större förutsägbarhet för nuvarande och framtida patienter med tanke på vad som erbjuds inom den offentliga vården.

Sverige är troligen det land i Norden som har kommit längst, både när det gäller utforskning av metoderna för att utarbeta öppna prioriteringar och utprovning av de öppna prioriteringarna i praktiken. Det är ett arbete som det finns skäl att tro kommer att få en ökad aktualitet och uppmärksamhet under de kommande åren. Det är samtidigt ett mycket krävande arbete, i synnerhet när syftet är att det ska ges en praktisk innebörd. Bland vårdpersonalen finns det en tradition att se det unika hos varje enskild patient. Detta kan vara avgörande för att den enskilda patienten ska få den bästa möjliga vården. Det ger även utmaningar när det gäller att

skapa prioriteringsordningar som även omfattar patientgrupper inom vårdsektorn med komplexa besvär och som samtidigt är tillräckligt detaljerade för att lägga begränsningar på den faktiska patientvården. Det kan ofta finnas goda skäl i form av biverkningar, försvårande bidiagnoser, med mera, som innebär att en patient får en annan behandling än den som riktlinjerna antyder. Att de faktiska orsakerna till de enskilda prioriteringsbesluten kan vara svåra att pröva i efterhand innebär att det här problemet även hör samman med problemet med patientselektion som beskrevs i del 3.

Inom en sådan prioriteringsregim kan man lätt tänka sig flera typer av diagnostik och behandling som antingen inte kommer att täckas av det offentligt finansierade vårdssystemet eller bara kan täckas genom högre patientavgifter än vad vi är vana vid i dag (se för övrigt Lyttkens, 2010, för en närmare fördjupning av finansieringsproblemen). En sådan förändring kommer troligen att innebära en större efterfrågan på privatfinansierade vårdtjänster och möjligen även privata vårdförsäkringar. Detta kommer troligen att innebära att tillgången på vårdtjänster i något högre grad än i dag kan vara avhängiga den personliga inkomsten eller förmögenheten. Å andra sidan blir det kanske en större transparens och förutsägbarhet eftersom de öppna prioriteringarna förutsätter en större öppenhet kring vilka tjänster som täcks in av den offentligt finansierade vården.

Möjligheterna och problemen i anslutning till öppna prioriteringar i praktiken antyder att en systematisk försöksverksamhet kan vara viktig att begrunda. På det här området har Sverige förmodligen goda förutsättningar.

5.3.2 Differentierade patientavgifter (value based insurance)

Eftersom prioriteringsbesluten inte alltid i praktiken är lätta att pröva i efterhand kommer introduktionen av differentierade patientavgifter att kunna ge patienterna ett ekonomiskt incitament att vara återhållsamma med efterfrågan på de tjänster som vårdsektorn inte vill prioritera. Det kan även vara lättare för den enskilda behandlande läkaren att kunna ge en behandling med en högre patientavgift i förhållande till att inte alls kunna erbjuda behandlingen. En differentierad patientavgift kan därmed bidra till att begränsa resursanvändningen inom vårdsektorn genom att patienterna uppmuntras att väga den förväntade hälsoförbättringen

mot kostnaden när man bedömer olika åtgärder. Denna fördel måste vägas mot att enskilda patienter kanske inte får tillgång till den behandling de har uppfattat att de har rätt till fram tills nu, förutom att försäkringsskyddet blir generellt sämre.

Idén om differentierade patientavgifter har dykt upp i den amerikanska sjukvårdspolitiska debatten för att kunna behålla fördelarna och minska nackdelarna vid höjda patientavgifter. Både Fendrick et al. (2010) och Robinson (2010) argumenterar för att resultaten från den ökade satsningen på effektiv behandling (comparative effectiveness research) kan komma till användning genom att patienternas egna avgifter knyts ihop med hur god hälsoeffekt en behandling har. I de nordiska länderna är den här tankegången inte främmande. Persson (2010) hänvisar till systemet för Value Based Pricing (vbp), särskilt i samband med läkemedel och skriver att bland annat Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket i Sverige har den här tanken som grund för beslutet om och eventuellt hur mycket den offentliga sektorn ska betala för läkemedlen. Inom tanken på differentierade patientavgifter kommer avgifterna även att graderas utifrån läkemedlets dokumenterade effekt. Det finns element av detta även i dag i och med att patienterna måste betala en högre egen andel för ett originalpreparat än för generika med samma verksamma ämnen om originalpreparatet har ett högre pris. En fortsättning på tankegången skulle kunna vara att det inte bara ska gälla för valet mellan originalpreparat och generika, utan även för läkemedel i allmänhet utifrån den bevisade effekten. Newhouse (2006) föreslår att det för läkemedel som kan innebära framtida kostnadsminskningar (t.ex. när det gäller kolesterolsänkande läkemedel för utvalda grupper) kan till och med patientavgiften bli negativ, det vill säga att patienten får betalt för att använda läkemedlet.

Det är inte så svårt att hitta motargument mot ett sådant system. För det första kommer samma behandling att kunna ge olika effekt på olika patienter beroende på biddiagnoser, det allmänna hälsotillståndet och livsstilen (se Baicker och Goldman, 2011, för en närmare diskussion). De här faktorernas effekter kommer att bli svåra att pröva i efterhand. För det andra kommer ett system med differentierade patientavgifter förmodligen att vara svårare att få gehör för i Norden än i USA. I USA kommer en höjd patientavgift och en mindre användning av vårdtjänster att komma kunderna direkt till godo genom lägre försäkringspremier. Motsvarande mekanismer finns inte i de nordiska länderna, eftersom

höjda patientavgifter inte kommer att ge någon automatisk fördel i form av lägre skatter. Om detta skulle ske måste man introducera valmöjligheter, där en person kan få ett skatteavdrag om man är villig att acceptera ett avtal med differentierade patientavgifter som är avhängiga behandlingens dokumenterade effekt.

Såvitt jag vet har fördelarna och nackdelarna med att införa en differentierad patientavgift i de nordiska vårdssystemen inte blivit systematiskt undersökta. En möjlighet kan vara att utreda egenskaperna närmare. Steget därefter kan vara att pröva effekterna av differentierade patientavgifter på ett systematiskt sätt i en begränsad del av vårdsektorn.

5.4 Finansieringsproblemet

5.4.1 Vårdskatt

Ett grundläggande problem som alla vårdssystem står inför är avvägningen mellan nyttan av att införa nya och bättre behandlingar i förhållande till resursanvändningen som den nya tekniken kan medföra. Sättet som den här avvägningen måste göras på kommer troligen att ge konsekvenser på innovationstakten när det gäller den medicinska tekniken, eftersom förväntningarna på vilka tekniker som ska finansieras påverkar resursanvändningen inom den medicinska forskningen. Eftersom det mesta av en sådan utveckling pågår utanför Norden kommer de nordiska länderna i högre grad än t.ex. USA att kunna förhålla sig till den medicinska utvecklingen som en exogen storhet.

Jag har tidigare argumenterat för att betalningsviljan hos befolkningen tycks vara hög för åtgärder som leder till förbättringar av hälsan. Samtidigt tycks betalningsviljan för skattehöjningar som kan finansiera sådana åtgärder inte ha motsvarande storlek. En möjlighet är att denna uppenbara motsättning hänger ihop med att befolkningen inte är säker på att en högre skattefinansiering faktiskt kommer att gå till de hälsofrämjande åtgärder som man är villiga att betala för. En fråga är då om man kan tänka sig ett mer transparent system i form av en mer exakt beskrivning av vad det offentliga vårdssystemet ska innehålla och vad detta innehåll kommer att kosta skattebetalarna. Det kommer därmed att finnas två element i ett sådant system: innehållet i den offentligt finansierade vårdsektorn och själva finansieringen. Inom

flera vårdssystem (t.ex. i Nederländerna) har man definierat vad invånarna kan förvänta sig av den grundläggande hälsovården, en så kallad ”standard benefit package”. De processer som pågår i Sverige med öppna prioriteringar kan t.ex. tänkas leda fram till ett sådant innehåll.

Omkring 90 procent av landstingens utgifter går till vårdsektorn. Man kan därför kanske säga att landstingsskatten redan i dag är en vårdskatt och att landstingens skatteintäkter grovt sett måste täcka kostnaden för innehållet i vårdsektorn. Samtidigt finns det ingen uttalad avvägning mellan storleken på skatten och vårdens innehåll. Det skulle kanske vara lättare att få till en separat vårdskatt. En lägre flexibilitet inom den offentliga ekonomin kan kanske uppvägas av en större transparens och möjligheten att få se vårdsektorns innehåll tillsammans med kostnaden för den enskilda skattebetalaren. Det kan t.ex. ligga nära till hands att de politiska partierna inte bara presenterar innehållet i de offentliga tjänsterna, utan även kostnadssidan och vad det kommer att betyda för en högre skatt och eventuellt bortfall av andra vårdtjänster. Det kan vara en idé att närmare utreda möjliga egenskaper hos ett sådant system med tydligare samband mellan omfattning och kostnader inom vårdsektorn och hur en förändring eventuellt skulle kunna ingå i landstingens politiska och administrativa verksamhet.

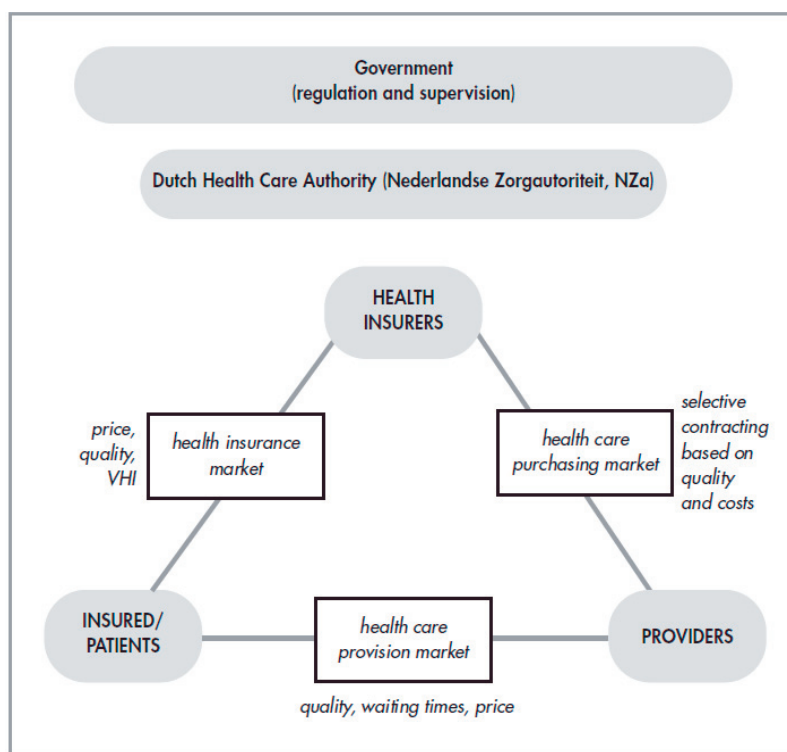
5.4.2 Konkurrerande försäkringssystem

En långt mer omfattande förändring kommer att vara att gå över till ett system med konkurrerande försäkringsbolag. I dag är det personens hemort som bestämmer vilket försäkringssystem (kommun, landsting, region, regional hälsomyndighet) man hör till. Det är möjligt att hävda att bristen på konkurrens mellan försäkringssystemen gör att det inte finns tillräckliga incitament att få ut tillräckligt från de resurser man administrerar. En fortsättning på denna argumentationslinje kan vara att föreslå att konkurrerande försäkringssystem kan bidra till en effektivare resursanvändning eftersom de företag som inte anstränger sig för att hålla nere kostnaderna och hålla uppe kvaliteten inte kommer att överleva i konkurrensen om kunderna. Ett sådant system kommer att ha likheter med vårdsystemet i Nederländerna.

Systemet med konkurrerande försäkringsbolag i Nederländerna kallas för reglerad konkurrens (managed competition). Systemet

med reglerad konkurrens infördes 2006 efter en längre tids utredning.

Figur 5.1 Beskrivning av Nederländernas vårdsektor



Källor: van Ginneken et al., 2010, Schäfer et al., 2010.

Figur 5.1 beskriver huvuddragen i systemet. Regeringen spelar rollen som regleringsmyndighet. Försäkringsbolagen, vårdgivarna och invånarna som försäkrade och patienter är de olika marknadsaktörerna. Detta motsvarar de aktörer som beskrevs i figur 3.1 i del 3. Det finns en obligatorisk försäkring för hela befolkningen, som är förpliktad att köpa en vårdförsäkring från något av de konkurrerande försäkringsbolagen. Försäkringsbolagen konkurrerar om kundernas gunst med hjälp av priset och kvaliteten som verktyg och måste godta alla personer som är intresserade av att köpa en försäkring. Försäkringsbolagen får inte differentiera för-

säkringspremierna efter kundernas förmodade sjukdomsrisk. Den som har låg inkomst får en subventionerad försäkringspremie från det offentliga. Basförsäkringens innehåll (standard benefit package) bestäms av hälsodepartementet och är obligatoriskt för alla försäkringsbolag. Utöver basförsäkringen kan varje individ köpa en tilläggsförsäkring från vilket försäkringsbolag som helst. För tilläggsförsäkringen kan premien vara riskanpassad och försäkringsbolagen är inte förpliktade att acceptera alla som efterfrågar en tilläggsförsäkring. För basförsäkringen betalar invånarna på två sätt. Det ena sättet är att man betalar en premie direkt till det försäkringsbolag man väljer. Det andra sättet är att det finns ett inkomstprövat arbetsgivarbidrag som används för att utjämna försäkringspremierna för att det ska bli lika attraktivt för försäkringsbolagen att försäkra en högriskperson som en lågriskperson.

Försäkringsbolagen kan förhandla med vårdgivarna om pris, kvalitet och volym. Det är tillåtet att använda selektiva avtal på så vis att ett försäkringsbolag väljer att sluta avtal med vissa vårdgivare, men inte med andra. Primärvårdsläkarna spelar här en viktig roll. Det finns ett system med patientlistor och primärvårdsläkarna ersätts enligt en kombination bestående av ersättning per person och aktivitetsbaserade taxor. För sjukhusvården finns det ett DRG-liknande system (DBC). Försäkringsbolagen och sjukhusen kan förhandla om pris, volym och kvalitet med utgångspunkt i DBC-grupperna.

Tanken bakom den reglerade konkurrensen är att konkurrensen om att få skriva avtal med försäkringsbolagen ska uppmuntra vårdgivarna att göra sitt bästa när det gäller kvaliteten och omfattningen på de kostnadsminskande åtgärderna. Konkurrensen om kunderna bland försäkringsbolagen ska uppmuntra bolagen till att anstränga sig att få skriva avtal med vårdgivare som erbjuder en lämplig kombination av kostnader och kvalitet. Detta kommer att innebära att försäkringsbolagen kan erbjuda sina potentiella kunder en lockande kombination av försäkringspremier och kvalitet från de vårdgivare bolaget har skrivit avtal med. Ett avancerat riskutjämningsystem sörjer för att det inte blir mer lockande för försäkringsbolagen att försäkra lågriskgrupper än högriskgrupper.

Ginneken et al. (2010) påpekar att inte alla erfarenheter har följt modellens förutsägelser. Konkurrensen om försäkringskundernas gunst har lett till en koncentration bland försäkringsbolagen. Det är nu fyra bolag som täcker in 88 procent av marknaden. Det finns

en brist på kvalitetsinformation för att invånarna ska kunna ta vårdgivarnas kvalitet i beaktande när de väljer försäkringsbolag. Storleken på försäkringspremien blir då den enda parameter som systematiskt kan observeras. Detta har lett till att försäkringsbolagen inte har ett tillräckligt stort incitament för att främja utvecklandet av behandlingskvaliteten genom att ingå selektiva avtal med vårdgivarna. Det föreligger problem med DBC-systemet när det gäller betalningen av sjukhustjänster och med systemet för att kompensera skillnader i intäkter för försäkringsbolagen på grund av skillnader i kundsammansättningen när det gäller kunder med hög eller låg sjukdomsrisk.

En fördel med den holländska modellen jämfört med de nordiska kan vara en mer transparent relation mellan kostnader i form av försäkringspremier och innehållet i basförsäkringen. Ju mer exakt definierat innehållet är desto mer förutsägbart blir systemet för invånarna. Det är samtidigt mycket krävande att skapa ett exakt definierat innehåll baserat på kostnader och förväntade hälsoförbättringar. I Nederländerna kommer en utökning av ”standard benefit package” att medföra en högre försäkringspremie. På det sättet kommer kostnaden att kunna vägas mot den förväntade nyttan. En höjning av försäkringspremien (i motsats till patientavgifter vid brukstillfället) kommer samtidigt att medföra att kostnadstäckningen inte går ut över välfärdsvinsten som erhålls genom försäkringen.

Samtidigt som det råder konkurrens inom systemet kommer förmodligen möjligheterna att ingå selektiva avtal att kunna innebära att försäkringsbolaget kan ta på sig rollen att samordna de olika vårdgivarna för kroniska patienter med komplexa vårdbehov.

En nackdel med systemet är förmodligen att transaktionskostnaderna (administration, förhandlingar, prissättning, med mera) kommer att vara större än i de nordiska systemen och det finns en större fara för patientselektion än vad det är i ett system med ett offentligt försäkringsmonopol. Det kan även vara så att geografin och befolkningsunderlaget i Norden är mindre lämpligt för konkurrens mellan vårdgivarna än i det mer tätbefolkade Nederländerna.

Det kan vara en idé att ta initiativ till en utredning av fördelar och nackdelar med att införa en reglerad konkurrens kring sjukvårdsförsäkringen i Sverige. En sådan utredning måste diskutera vem som då faktiskt ska bevaka försäkringsfunktionen och vad som eventuellt ska ske med de offentliga sjukhusen. Genom en sådan

utredning kan man få fram ett bättre underlag för att bedöma om en så radikal förändring är rätt väg att gå. Även om svaret skulle bli nej kommer diskussionen att kunna leda till ytterligare reflektioner kring varför man skulle vilja behålla grunddragen hos det system man redan har.

6 Avslutande kommentarer

Syftet med den här rapporten är att beskriva och diskutera problemen inom vårdsektorn i de nordiska länderna. Diskussionen har genomförts med utgångspunkt från egenskaperna hos marknaderna för vårdförsäkringar och produktionen av vårdtjänster. De här egenskaperna kommer att styra avvägningen mellan olika delmål och den samlade måluppfyllelsen inom vårdsektorn.

Baserat på problemdiskussionen i del 4 beskriver jag i del 5 några idéer till förändringar som skulle kunna studeras närmare. Min ambition i del 5 är att ge inspiration till ytterligare diskussion och utredning. Målet har inte varit att komma med detaljerade förslag till förändringar. Det finns flera orsaker till detta. För det första var uppdraget att skriva en översiktlig rapport om problemen inom de nordiska vårdsektorerna hellre än att presentera nya tankar och idéer. Rapportens bidrag är att sammanställa och diskutera nyckelfrågor med utgångspunkt i ett hälsoekonomiskt resonemang. För det andra kommer alternativa utformningar av systemen för vårdtjänster att innebära både fördelar och nackdelar. I inledningen till del 5 hänvisar jag till en jämförande studie från OECD (Joumard et al., 2010), som finner att samtliga system har förbättringsmöjligheter. Samtidigt kommer det ofta att krävas viktiga avvägningar på så sätt att de reformer som bidrar till förbättringar gentemot vissa mål kan medföra försämringar gentemot andra mål. Till exempel kan höjda avgifter för patienterna leda till en större kostnadsmedvetenhet i efterfrågan på vårdtjänster och lägre kostnader för den offentliga finansieringen. Det kan även uppmuntra till fler sjukdomsförebyggande aktiviteter om vårdkostnaderna i högre grad måste täckas av patienterna själva. Å andra sidan kan högre patientavgifter medföra en större ekonomisk risk för patienterna, samt att tillgången på vårdtjänster blir beroende av den enskilda patientens egen ekonomi. Ett annat

exempel rör patienternas valfrihet. Ett fritt val av läkare och sjukhus uppfattas ofta som något bra i sig självt. Det kan även tänkas att konkurrensen om patienterna kommer att leda till högre kvalitet på tjänsterna. Å andra sidan kan det fria valet begränsa möjligheten för selektiva avtal mellan försäkringsbolag och vårdgivare. Detta begränsar återigen möjligheterna för ett försäkringssystem som kan utnyttja sina fördelar som storkund i fråga om vårdtjänster. Det kan även leda till en lägre förutsägbarhet i fråga om inkomster och utgifter för försäkringsbolagen och vårdgivarna. Ett tredje exempel hör samman med vårdgivarnas ersättning. En stor per capitaandel i ersättningssystemet till läkare och vårdcentraler ger en hög grad av förutsägbarhet för den som står för kostnaderna. Detta motsvaras av en låg grad av förutsägbarhet kring kostnaderna för vårdcentralen. En låg grad av förutsägbarhet kan för vårdcentralen medföra krav på en högre nivå på den fasta ersättningen, samtidigt som det blir ekonomiskt viktigt att undvika patienter som man kan anta kommer att bli mer utgiftskrävande än det per capitaersättningen kompenserar för. På ett liknande sätt kommer lanserandet av en ersättning för att uppnå vissa kvalitetsmål att kunna medföra att de kvalitetsmål som blir belönade kommer att kunna uppfyllas i högre grad än tidigare. En biverkan kan vara att denna kvalitetsförbättring sker på bekostnad av kvalitetsmål som inte är lika lätta att mäta. För att förhindra detta kan målet vara att offentliggöra informationen om ett brett urval kvalitetsvariabler. Det finns exempel på att detta har lett till att patienter med mindre goda prognoser har blivit avvisade för att sjukhusets goda vårdresultat inte ska påverkas.

Exemplen är många och betonar för det första att förändringar och reformer inom vårdsektorn ofta innebär både fördelar och nackdelar. Om man ska se slutresultatet som en förbättring, så kommer detta att bero på hur man väger fördelar mot nackdelar. Det beror återigen på vilken värdegrund man utgår ifrån. De här exemplen betonar samtidigt vikten av en grundlig utredning och försöksverksamhet för att man ska kunna undvika oavsiktliga effekter.

Jag har försökt gruppera idéerna för närmare begrundan i del 5 i förhållande till de problemtyper som tagits upp i del 4. Ett viktigt drag hos de nordiska vårdsektorerna är den kollektiva offentliga finansieringen. Finansieringsproblemet, hoten mot den kollektiva finansieringen, var det första problemet som togs upp i del 4. En viktig utmaning är att undersöka om det finns mekanismer för att

omvandla den privata betalningsviljan för hälsoförbättringar till en faktisk betalningsvilja för en kollektiv finansiering av vårdsektorns verksamhet. En idé kan vara att sörja för en närmare koppling mellan finansieringen av vårdtjänsterna och vad vårdsektorn kan erbjuda än vad som är fallet i dag. En separat vårdskatt kan vara ett uppenbart alternativ. I Sverige kan man argumentera för att man redan har detta, eftersom 90 procent av landstingens utgifter går till vårdsektorn. Det finns samtidigt ingen uttalad koppling mellan innehållet i den offentligt finansierade vårdtjänsten och storleken på landstingsskatten. En sådan koppling kan göras parallellt med arbetet med öppna prioriteringar och kan kanske ge en möjlighet att skapa en större förståelse för kopplingen mellan den offentligt finansierade sjukvårdens innehåll och kostnader. En tydligare beskrivning av den offentliga vårdens innehåll och kostnader kommer att bidra till en större transparens och förutsägbarhet för invånarna och ger därigenom ett bättre underlag för besluten om man vill komplettera det offentliga utbudet med en privat vårdförsäkring. Det är samtidigt komplicerat att skapa en större förutsägbarhet när de flesta får sitt vårdtjänstbehov många år in i framtiden. Den tekniska utvecklingen gör att diagnostik och behandlingar som är otänkbara i dag kan bli aktuella val om några år.

Problemen kring kvalitet och produktivitet var en annan problemgrupp som togs upp i del 4. Den diskussionen blev särskilt knuten till behandlingen av patienter med ett samordnat vårdbehov. I del 5 argumenterar jag för att jämförande studier av vårdutfall och kostnader mellan länderna i Norden kan bidra till en initierad vårdpolitisk debatt om ländernas olika förbättringsmöjligheter. Finland och Sverige är de länder som har kommit längst när det gäller att göra sådana öppna jämförelser. Jämförande studier i de nordiska länderna kommer att kunna bidra till ytterligare variation bland institutioner, data och resultat och kan därmed bredda perspektivet på diskussionen. Den andra problemställning jag diskuterade var behovet av att utveckla ett system för samordning av vårdtjänsterna för patienter med kroniska sjukdomar. Det är oklart vilken slags organisation och betalningssystem som är mest lämpat för att fatta beslut som både tillgodoser patienternas hälsa och samhällets resursanvändning och vilken roll som formella och informella marknader kan få i det här sammanhanget. Det finns även ett otal befintliga system och sådana som kommer att testas – även i Norden. De problem länderna i

Norden står inför när det gäller samordningen inom vårdsektorn innebär en möjlighet till systematisk utprovning av olika organisations- och finansieringssätt som kan stärka vårdsektorns samordningsfunktion. En ökad satsning på en systematisk utprovning av de nya organisations- och finansieringssätten lokalt kan förmodligen kräva en avsevärd central samordning av verksamheten.

Den sista gruppen idéer för ytterligare utvärdering hade nyckelorden ransonering och prioritering efter diskussionen om motsvarande problem i del 4. Med tanke på den begränsade roll som ransonering med hjälp av patientavgifterna har inom vårdsektorn kommer man inte att klara sig utan andra ransoneringsinstrument. Utvecklingsarbetet med öppna prioriteringar är i detta sammanhang förmodligen en viktig åtgärd för att uppnå en resursanvändning som står i samklang med samhällets värdegrund och som samtidigt bidrar till att ge invånarna både transparens och förutsägbarhet. Det ligger samtidigt många utmaningar i ett sådant arbete. Behandlingsbesluten inom vårdsektorn är sällan möjliga att pröva i efterhand. Samtidigt som behandlingsgränser i sig själva kan vara mätbara (t.ex. gränsvärden för läkemedelsbehandling mot högt blodtryck) har många patienter sekundära diagnoser som kan påverka både den förväntade hälsovinsten vid behandlingen och kostnaden för att inte behandla. En viktig utmaning är därför att ställa upp riktlinjer på en överordnad nivå, som samtidigt kan följas i den kliniska vardagen i mötet mellan patient och läkare. En annan utmaning är att åstadkomma system som gör att de politiker som vill kunna bli omvalda även ska kunna ställa upp prioriteringar som skulle kunna gå ut över de potentiella väljarna i deras roll som patienter.

Dessa och andra utmaningar antyder att andra mekanismer bör komplettera den direkta prioriteringen vid fördelningen av resurser till och inom vårdsektorn. Differentierade patientavgifter (value based insurance) har lyfts fram som ett sådant komplement. I stället för att helt avvisa en behandling kan behandlingar med begränsad förväntad hälsoeffekt i förhållande till kostnaderna erbjudas mot en högre egen avgift än för mer effektiva behandlingar. Detta kommer att uppmuntra patienterna till att vara återhållsamma med att efterfråga sådana behandlingar. Utmaningen ligger återigen i att skapa ett system som finner en legitimitet hos invånarna samtidigt som det är tillräckligt detaljerat för att kunna fungera i praktiken i mötet mellan den enskilda patienten och

läkaren. Som patientens representant kommer läkaren kanske att vilja anstränga sig för att det potentiella hälsoutbytet ska framstå som det bästa möjliga för att patientens egna avgifter ska bli så låga som möjligt. Det kan vara värt att närmare utreda egenskaperna hos alternativa utformningar av de differentierade patientavgifterna.

Referenser

- Andersson, D., Fransson, A., 2011. Kalorier kostar – en ESO-rapport om vikten av vikt. Rapport 2011:3. Expertgruppen för studier i offentlig ekonomi, Finansdepartementet, Stockholm.
- Anell, A., 2004. Strukturer, resurser, drivkrafter – sjukvårdens förutsättningar. Studentlitteratur, Lund.
- Anell, A., 2005. Swedish healthcare under pressure. *Health Economics* 14, S237–S254.
- Anell, A., 2009. Primärvård i förändring. Studentlitteratur, Lund.
- Anell, A., 2010a. Choice and privatisation in Swedish primary care. *Health Economics, Policy and Law*, DOI:10.1017/S1744133110000216
- Anell, A., 2010b. Några av vårdens utmaningar. I A. Anell och U.-G. Gerdtham (red.), *Vårdens utmaningar*. SNS Välfärdsrapport 2010. SNS Förlag, Stockholm.
- Anell, A., Paulsson, G., 2010. Valfrihet och konkurrens i primärvården. I A. Anell och U.-G. Gerdtham (red.), *Vårdens utmaningar*. SNS Välfärdsrapport 2010. SNS Förlag, Stockholm.
- Arrow, K. E., 1963, Uncertainty and the welfare economics of medical care, *American Economic Review* 53, 941-973.
- Arvidsson, E., André, M., Borgquist, L., Carlsson, P., 2010. Priority setting in primary health care – dilemmas and opportunities: a focus group study. *BMC Family Practice* 11:71.
- Baadsgaard, M., Brønnum-Hansen, H., 2011. Stigende social ulighed i levetiden 2011. Arbejderbevægelsens Erhvervsråd og Statens Institut for Folkesundhed, København.
- Baicker, K., Goldman, D., 2011. Patient cost-sharing and healthcare spending growth. *Journal of Economic Perspectives* 25, 47–68.
- Bhattacharya, J., Sood, N., 2011. Who pays for obesity. *Journal of Economic Perspectives* 25, 139-158.

- Borg, P., 2009. Den långsiktiga finansieringen – välfärdspolitikens klimatfråga? Rapport 2009:1. Expertgruppen för studier i offentlig ekonomi, Finansdepartementet, Stockholm.
- Carlsen, B., Norheim, O. F., 2003. Introduction of the patient-list system in general practice: Changes in Norwegian physicians' perception of their gatekeeper role. *Scandinavian Journal of Primary Health Care* 21, 209-213.
- Carlsson, P., 2010a. Vad ska vi välja? Om vårdens prioriteringar. I A. Anell och U.-G. Gerdtham (red.), *Vårdens utmaningar. SNS Välfärdsrapport 2010*. SNS Förlag, Stockholm.
- Carlsson, P., 2010b. Priority setting in health care: Swedish efforts and experiences. *Scandinavian Journal of Public Health* 38, 561–564.
- Chandra, A., Jena. A. B., Skinner, J. S., 2011. The Pragmatist's Guide to Comparative Effectiveness Research. *Journal of Economic Perspectives* 25, 27–46.
- Commission of the European Communities, 2006. Communication from the commission. consultation regarding community action on health services, Bryssel 26 september 2006 SEC (2006) 1195/4.
- Commonwealth Fund, 2008. Why not the best? Results from the national scorecard on U.S. health system performance, 2008. The Commonwealth Fund, New York.
- Crosson, B., Propper, C. Perkins, A., 2001. Do doctors respond to financial incentives? UK family doctors and the GP fundholder scheme. *Journal of Public Economics* 79, 375–398.
- Cutler, D. M., 2004. *Your money or your life: Strong medicine for America's health care system*, Oxford University Press, New York.
- Cutler, D. M., Zeckhauser, R. J., 2000. The anatomy of health insurance. I A. J. Culyer och J.P. Newhouse (red.), *Handbook of Health Economics* (Elsevier Science B.V., Amsterdam) 563-643.
- Cutler, D. M., McClellan, M., 2001. Is technological change in medicine worth it? *Health Affairs* 20, 11-29.
- Cutler, D. M., Ly, D., P., 2011. The (Paper)Work of Medicine: Understanding International Medical Costs. *Journal of Economic Perspectives* 25, 3–25.
- Dahl, E. H., Ellingsen, J., Iversen, T., 2010. Markedsforholdenes betydning for fastlegenes henvisninger til radiologiske undersøkelser. *Samfunnsøkonomen* 1/2010, 20-27.

- Dawson, D., Gravelle, H., Jacobs, R., Martin, S., Smith, P. C., 2007. The effects of expanding patient choice of provider on waiting times: evidence from a policy experiment. *Health Economics* 16, 113-128.
- Danmark Sygeforsikring, 2010. Årsrapport 2009. Danmark Sygeforsikring, København.
- De Økonomiske Råd, 2009. Dansk Økonomi, efterår 2009. Kapitel II Sundhed. De Økonomiske Råd, København.
- Dusheiko, M., Gravelle, H., Jacobs, R., Smith, P. C., 2006. The effect of budgets on doctor behaviour: evidence from a natural experiment. *Journal of Health Economics* 25, 449-478.
- Einav, L., Finkelstein, A., 2011. Selection in insurance markets: Theory and empirics in pictures. *Journal of Economic Perspectives* 25, 115-138.
- Ellis, R. P., McGuire, T. G., 1993. Supply-side and demand-side cost sharing in health care. *Journal of Economic Perspectives* 7, 135-151.
- Erntoft, S., Asseburg, C., Johnson, R., Anell, A., Persson, U., 2010. Vilken betydelse har hälsoekonomi vid prioriteringar? – Ett experiment bland beslutsfattare och en analys av faktiska prioriteringar. Rapport 2010:3. Prioriteringscentrum, Linköpings universitet.
- Fattore, G., Torbica, A., 2008. Cost and reimbursement of cataract surgery in Europe: A cross-country comparison. *Health Economics* 17, S71-S82.
- Fendrick, A. M., Smith, D. G., Chernew, M. E., 2010. Applying value-based insurance design to low-value health services. *Health Affairs* 29, 2017-2021.
- Frølich, A. (red.), 2011. Hvad kan det danske sundhedsvæsen lære af Kaiser Permanente? University Press of Southern Denmark, Odense.
- Gaynor, M., 2006. Competition and quality in health care markets. *Foundations and trends in microeconomics* 2:6. Boston: Delft.
- Godager, G., Iversen, T., 2009. Internasjonal handel med helsetjenester: Vil liberalisering påvirke pasienter og tilbydere i helsesektoren? *Samfunnsøkonomen* 6/2009, 33-39.
- Gravelle, H., Siciliani, L., 2008a. Is waiting time prioritisation welfare improving? *Health Economics* 17, 167-184.
- Gravelle, H., Siciliani, L., 2008b. Optimal quality, waits and charges in health insurance. *Journal of Health Economics* 27, 663-674.

- Grepperud, S., Iversen; T., 2011. Hvem har arbeidsgiverfinansiert behandlingsforsikring? Tidsskrift for Velferdsforskning, 1/2011, 15-24.
- Hall, R. E., Jones, C. I., 2007. The value of life and the rise of health spending. *Quarterly Journal of Economics* 122, 39-72.
- Health Affairs, 2010. Comparative Effectiveness Research. Project HOPE.
- Holmboe, O., Bjertnæs, Ø. A., Bukholm, G., Nguyen, K., Helgeland, J., Røttingen, J.A., 2009. Commonwealth Fund-undersøkelsen i 2009 blant allmennleger: Resultater fra en komparativ undersøkelse i 11 land. Rapport fra Kunnskapscenteret nr 24–2009. Nasjonalt kunnskapscenter for helsetjenesten, Oslo.
- Häkkinen, U., 2005. The impact of changes in Finland's health care system. *Health Economics* 14, 101–118.
- Häkkinen, U., 2010. Financing of hospital care in Finland. *European Observer* 12, 3, 10-12.
- Iversen, T., Siciliani, L., 2011. Non-price rationing and waiting times. Ur S. Glied och P. C. Smith (red.), *The Oxford Handbook of Health Economics*. Oxford University Press, Oxford.
- Joumard, I., André, C., Nicq, C., 2010. Health care systems: Efficiency and institutions. OECD Economics Department Working Papers, No. 769, OECD Publishing. doi: 10.1787/5kmpf51f5f9t-en.
- Kalseth, J., Magnussen, J., Anthun, K., Petersen S., 2010. Finansiering av spesialisthelsetjenesten i ulike land. SINTEF rapport A16819, oktober 2010. SINTEF, Trondheim.
- Kann, I. C., Biørn, E., Lurås, H., 2010. Competition in general practice: Prescriptions to the elderly in a list patient system. *Journal of Health Economics* 29, 751 – 764.
- Kifmann, M., 2005. Health insurance in a democracy: Why is it public and why are premiums income related? *Public Choice* 124, 283–308.
- Kittelsen, S., Anthun, K., Kalseth, B., Kalseth, J., Halsteinli, V., Magnussen, J., 2009. En komparativ analyse av spesialisthelsetjenesten i Finland, Sverige, Danmark og Norge: Aktivitet, ressursbruk og produktivitet 2005-2007. SINTEF rapport A12200, juli 2009.
- Kjellberg, J., Andreasen, M. N., Søgaard, J., 2010. Private sundhedsforsikringer. Notat. Dansk Sundhedsinstitut.

- Kornai, J., Eggleston., 2001. Welfare, choice and solidarity in transition. Cambridge University Press, Cambridge, England.
- Kunst, A. E. et al., 2005. Trends in socioeconomic inequalities in self-assessed health in 10 European countries. *International Journal of Epidemiology* 34, 295–305.
- Lakdawalla, D.N., Goldman, D.P., och Shang, B., 2005. The health and cost consequences of obesity among the future elderly. *Health Affairs* 24, Suppl. 2, 30-41.
- Lindgren, B., Lyttkens, C. H., 2010. Financing healthcare: A gordian knot waiting to be cut. I T. Bengtsson (red.), *Population ageing – a threat to the welfare state. The case of Sweden*. Springer Verlag, Heidelberg, 81-107.
- Linna, M., Häkkinen, U., Peltola, M., Magnussen, J., Anthun, K. S., Kittelsen, S., Roed, A., Olsen, K., Medin, E., Rehnberg, C., 2010. Measuring cost efficiency in the Nordic Hospitals—a cross-sectional comparison of public hospitals in 2002. *Health Care Management Science* 13, 346–357.
- Lyttkens, C. H., 2010. Sjukvårdens långsiktiga finansiering. I A. Anell och U.-G. Gerdtham (red.): *Vårdens utmaningar*. SNS Valfärdsrapport 2010. SNS Förlag, Stockholm.
- Magnussen, J., Vranbæk, K., Saltman, R. (red.), 2009. *Nordic health care systems. Recent reforms and current policy changes*. Open University Press, Birkshire, England.
- McClellan, M., 2011. Reforming payments to healthcare providers: The key to slowing healthcare cost growth while improving quality? *Journal of Economic Perspectives* 25, 69–92.
- Murphy, K. M., Topel, R. H., 2006. The value of health and longevity. *Journal of Political Economy* 114, 871-904.
- Møller Pedersen, K., Christiansen, T., Bech, M., 2005. The Danish health care system: evolution – not revolution – in a decentralized system. *Health Economics* 14, 41–57.
- NOMESKO, 2010. *Helsestatistik for de nordiske lande med data fra 2008*. Nordisk Medicinalstatistisk Komité, Köpenhamn.
- Newhouse, J. P., 1992. Medical care costs: How much welfare loss? *The Journal of Economic Perspectives* 6, 3-21.
- Newhouse, J. P., 2006. Reconsidering the Moral Hazard-Risk Avoidance Tradeoff. *Journal of Health Economics* 25, 1005–14.
- OECD, 2009. *Health at a glance*. OECD Indicators. OECD, Paris.

- OECD, 2010a. Obesity and the economics of prevention. Fit not fat. The Organisation for Economic Cooperation and development, Paris.
- OECD, 2010b. Health care systems: Getting more value for money. Economics department policy note no. 2. OECD, Paris.
- Oeppen, J., Vaupel, J.W., 2002. Broken Limits to Life Expectancy. *Science* 296, 1029-1031.
- Olsen, K. R., 2011. Patient complexity and GPs' income under mixed remuneration. *Health Economics*, forthcoming.
- Or, Z., 2010. Are health problems systemic? Politics of access and choice under Beveridge and Bismarck systems. *Health Economics, Policy and Law* 5, 269-293.
- Paris, V., Devaux, M., Wei, L., 2010. Health systems institutional characteristics: A survey of 29 OECD countries. *OECD Health Working Papers*, No. 50, OECD Publishing. doi: 10.1787/5kmfxfq9qbnr-en.
- Persson, U., 2010. Utvärdering av medicinsk teknologi och hälsoekonomi. I A. Anell och U.-G. Gerdtham (red.): *Vårdens utmaningar*. SNS Valfärdsrapport 2010. SNS Förlag, Stockholm.
- Persson, U., Ödegaard, K., 2011. Fetma ett ekonomiskt samhällsproblem – kostnader och möjliga åtgärder för Sverige. *Ekonomisk Debatt* 39, 1, 39-49.
- Pozen, A., Cutler, D. M., 2010. Medical spending differences in the United States and Canada: The role of prices, procedures, and administrative expenses. *Inquiry* 47, 124-34.
- PrioriteringsCentrum, 2007. *Vårdens alltför svåra val? Kartläggning av prioriteringsarbete och analys av riksdagens principer og riktlinjer för prioriteringar i hälso- och sjukvården*. Rapport 2007:2. PrioriteringsCentrum, Linköping.
- Propper, C., Burgess, S., Green, K., 2004. Does competition between hospitals improve the quality of care? Hospital death rates and the NHS internal market. *Journal of Public Economics* 88, 1247-1272.
- Propper, C., Sutton, M., Whitnall, C., Windmeijer, F., 2008. Did Targets and terror reduce waiting times in England for hospital care? *The B.E. Journal of Economic Analysis & Policy*, 8/2 (Contribution), Article 5.

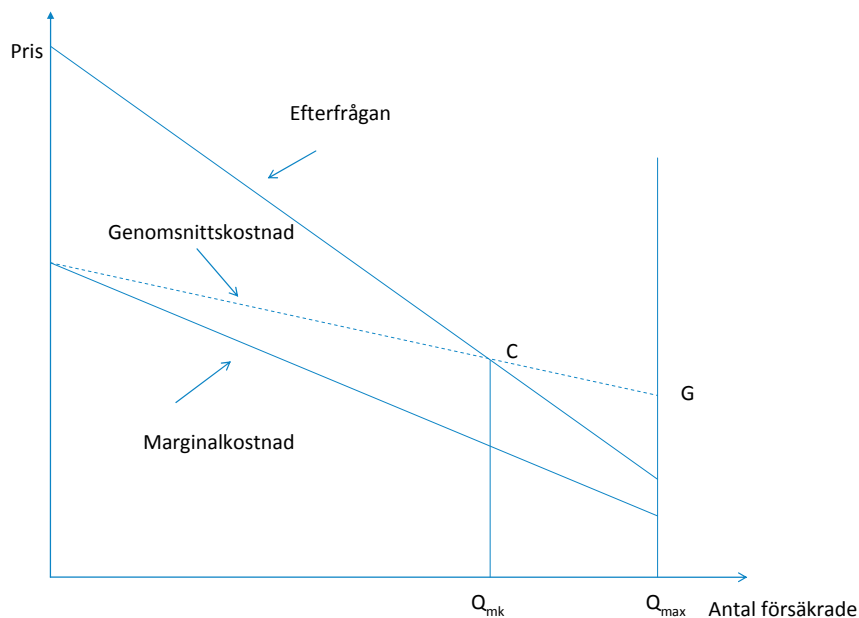
- Propper, C., Burgess, S., Gossage, D., 2008. Competition and Quality: Evidence from the NHS Internal Market 1991-9. *The Economic Journal* 118, 138–170.
- Rees R, 1989, Uncertainty, information and insurance. I J. D. Hey (red.), *Current Issues in Microeconomics*, Palgrave Macmillan, London.
- Rehnberg, C., Janlöv, N., Khan, J., 2009. Uppföljning av Vårdval Stockholm år 2008. Stockholm: Enheten för hälsoekonomi vid Centrum för folkhälsa, Stockholms läns landsting.
- Robinson, J. C., 2010. Comparative effectiveness research: From clinical information to economic incentives. *Health Affairs* 29, 1788–1795.
- Rothschild, M., Stiglitz, J., 1976. Equilibrium in competitive insurance markets: An essay on the economics of imperfect information. *The Quarterly Journal of Economics* 90, 629-649.
- Russel, L. B., 2009. Preventing chronic disease: An important investment, but don't count on cost savings. *Health Affairs* 28, 42–45.
- Schoen, C., Osborn, R., Squires, D., Doty, M. M., Pierson, R., Applebaum, S., 2010. How health insurance design affects access to care and costs, by income, in eleven countries, *Health Affairs Web First*, nov 18, 2010.
- Schäfer, W., Kroneman, M., Boerma, W., van den Berg, M., Westert, G., Devillé, W., van Ginneken, E., 2010. The Netherlands: Health system review. *Health Systems in Transition* 12(1). WHO Regional Office for Europe, Köpenhamn.
- Siciliani, L., 2005. Does more choice reduce waiting times? *Health Economics* 14, 17-23.
- Siciliani, L., 2007. Optimal contracts for health services in the presence of waiting times and asymmetric information. *B.E. Journal of Economic Policy and Analysis*, 7/1 (Contribution), article 40.
- Siciliani, L., Martin, S., 2007. An empirical analysis of the impact of choice on waiting times. *Health Economics* 16, 763-779.
- Skudal, K.E., Bjertnæs, Ø. A., Holmboe, O., Bukholm, G., Røttingen, J. A., 2010. Commonwealth Fund-undersøkelsen 2010: Resultater fra en komparativ befolkningsundersøkelse i 11 land. Rapport fra Kunnskapssenteret nr 21–2010. Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, Oslo.

- Socialstyrelsen, 2008. Äldre – vård och omsorg 2007. Socialstyrelsen, Stockholm.
- Socialstyrelsen, 2009. Folkhälsorapport 2009. Socialstyrelsen, Stockholm.
- Socialstyrelsen, 2010. DRG2010. <http://www.socialstyrelsen.se/klassificeringochkoder/norddrg/Documents/DRG2010.xls>. Socialstyrelsen, Stockholm.
- Socialdepartementet, 2010. Den ljusnande framtid är vård. Delresultat från LEV-projektet. Regeringskansliet. Stockholm.
- SOU 2007:95, Tjänster utan gränser? Internationalisering av offentliga sektorns tjänster. Bilaga 4 till Långtidsutredningen 2008, Finansdepartementet, Stockholm.
- SOU 2008:105, Långtidsutredningen 2008. Huvudbetänkande. Finansdepartementet, Stockholm.
- St.meld. nr. 47, 2008–2009. Samhandlingsreformen. Helse- og omsorgsdepartementet, Oslo
- Stargardt, T., 2008. Health services costs in Europe: Cost and reimbursement of primary hip replacement in nine countries. *Health Economics* 17, 9-20.
- Strand, B. H., Grøholt, E-K., Steingrimsdóttir, Ó. A., Blakely, T., Graff-Iversen, S., Næss, Ø., 2010. Educational inequalities in mortality over four decades in Norway: prospective study of middle aged men and women followed for cause specific mortality, 1960-2000. *British Medical Journal* 2010;340:c654 doi:10.1136/bmj.c654.
- Strandberg-Larsen, M., Schiøtz, M. L., Silver, J. D., Frølich, A., Andersen, J. S., Graetz, I., Reed, M., Bellows, J., Krasnik, A., Rundall, T., Hsu, J., 2010. Is the Kaiser Permanente model superior in terms of clinical integration?: A comparative study of Kaiser Permanente, Northern California and the Danish healthcare system. *BMC Health Services Research* 2010, 10:91.
- Sveriges Kommuner och Landsting, 2010a. Programberedningen för välfärdsfinansieringen. Framtidens utmaning. Välfärdens långsiktiga finansiering. Sveriges Kommuner och Landsting, Stockholm.
- Sveriges Kommuner och Landsting, 2010b. Översyn av de nationella kvalitetsregistren. Guldgruvan i hälso- och sjukvården. Förslag till gemensam satsning 2011-2015. Rapport beställd av Socialdepartementet och Sveriges Kommuner och Landsting. Sveriges Kommuner och Landsting, Stockholm.

- Tan, S. S., Redekop, W. K., Rutten, F. F. H., 2008. Costs and prices of single dental fillings in Europe: A micro-costing study. *Health Economics* 17, S83-S93.
- Tinghög, G., Carlsson, P., Lyttkens, C. H., 2010. Individual responsibility for what? – A conceptual framework for exploring the suitability of private financing in a publicly funded health-care system. *Health Economics, Policy and Law* 5, 201–223.
- van den Berg, E., 2010. Health care performance in the Netherlands: Easy access, varying quality, rising costs. *Eurohealth* 16, 3, 27-29.
- van Ginneken, E., Schäfer, W., Kroneman, E., 2010. Managed competition in the Netherlands: an example for others? *Eurohealth* 16, 3, 23-26.
- Västra Götalandsregionen, 2011. Krav- och kvalitetsbok, Förfrågningsunderlag med förutsättningar för att bedriva vårdverksamhet inom VG Primärvård. Västra Götalandsregionen, Vänersborg.
- Waalder, H. Th., 1984. Height, weight and mortality: The Norwegian experience. *Acta Medica Scandinavica* 215 Issue S679, 1-56.
- Werblow, A., Felder, S., Zweifel, P., 2007. Population ageing and health care expenditure: a school of 'red herrings'? *Health Economics* 16, 1109–1126.
- Wong, A., van Baal, P. H. M., Boshuizen, H. C., Polder, J. J., 2011. Exploring the influence of proximity to death on disease-specific hospital expenditures: A carpaccio of red herrings. *Health Economics* 20, 379-400.
- Zeckhauser, R., 1970. Medical insurance: A case study of the tradeoff between risk spreading and appropriate incentives. *Journal of Economic Theory* 2, 10-26.
- Zweifel, P., Breyer, F., Kifman, M., 2009. *Health Economics*. Springer, Dordrecht.

Bilaga: En fördjupning av argumenten kring regleringen av marknaden för sjukvårdsförsäkringar

Vårdförsäkringarna är ett område där det har skett mycket forskning under de senaste åren. Nya resultat har bidragit till att nyansera slutsatserna från forskningen på 1970- och 1980-talen. Framställningen i den här bilagan bygger på Einav och Finkelstein (2011) och fördjupar resonemanget i del 3.



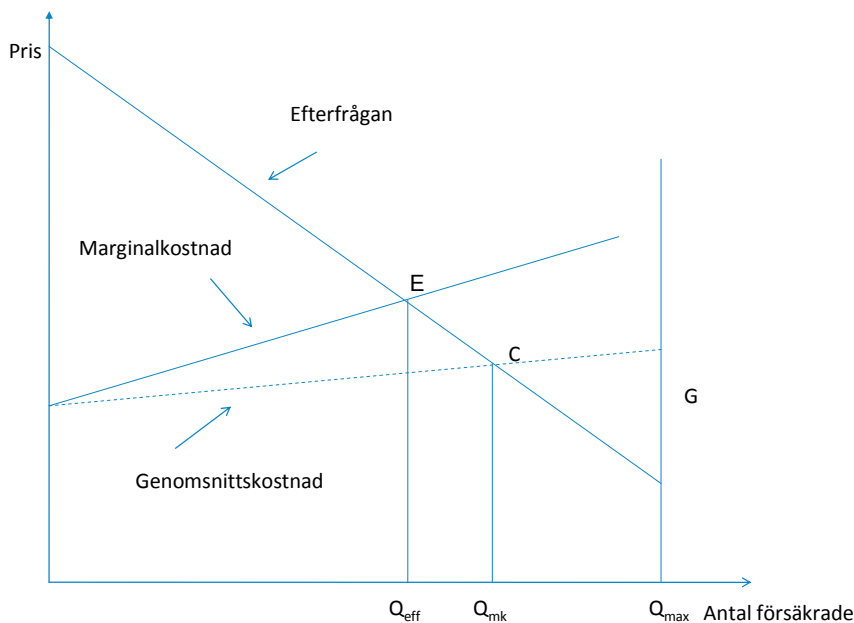
Vi tänker oss att individerna väljer mellan heltäckande försäkring och ingen försäkring. Konkurrerande bolag använder försäkringens

pris (försäkringspremien) för att locka till sig kunder. Kunderna (potentiella patienter) antas ha likartade preferenser (t.ex. med tanke på graden av riskaversion), men skiljer sig från varandra utifrån risken för framtida sjukdom. Denna risk är känd för den enskilda kunden. För bolagen är risken bara känd för genomsnittet hos alla potentiella kunder. Efterfrågan på försäkringar bestäms delvis av de förväntade sjukvårdskostnaderna och delvis av graden av riskaversion. Efterfrågan på försäkringarna är en fallande funktion av priset på försäkringen. För ett högt pris är det bara personer med stor sjukdomsrisk som kommer att efterfråga försäkringar. Genomsnittskostnaden för försäkringsbolaget är den genomsnittliga ersättningen för olika nivåer på antalet försäkrade. Eftersom den förväntade ersättningen per kund minskar med antalet försäkrade (eftersom risken är avtagande) är kurvan för genomsnittskostnaden fallande och marginalkostnaden blir lägre än genomsnittskostnaden. Marknadsjämvikten hamnar i punkten C, där efterfrågekurvan korsar kurvan för genomsnittskostnad. Vid ett högre pris kommer bolaget att få en positiv vinst och man kan då sänka priset för att kunna locka till sig fler kunder. Vid ett lägre pris kommer man inte att kunna täcka kostnaderna och måste då lägga ner verksamheten. I marknadsjämvikten är $Q_{\max} - Q_{mk}$ de personer som kommer att välja att inte köpa en vårdförsäkring för att deras betalningsvilja är lägre än priset. Samtidigt kan man ur figuren utläsa att det är samhällsekonomiskt lönsamt att alla (Q_{\max}) blir försäkrade, eftersom marginalkostnaden blir lägre än den marginella betalningsviljan för hela befolkningen. Vid en assymetrisk information om sjukdomsrisk kan det därmed vara färre som blir försäkrade än vad som är samhällsekonomiskt optimalt. En möjlig åtgärd för att förhindra detta marknadsmisslyckande är att göra vårdförsäkringen obligatorisk. En annan möjlighet är att subventionera försäkringen så mycket att alla ändå kommer att vilja köpa en försäkring.

Den teoretiska och empiriska forskningen under de senaste åren har sått tvivel kring det allmänna innehållet i ovanstående resultat. Två nyckelfraser i det här sammanhanget är administrationskostnader och heterogenitet kring preferenser. Försäkringsbolagen kommer att ha kostnader i samband med inbetalningen av premierna och utbetalningen av ersättningen till vårdgivare och patienter. Sådana kostnader, t.ex. marknadsföringskostnader och kontrollkostnader, gör att kurvorna för genomsnittskostnad och marginalkostnad förändras och denna förändring är i många fall

inte obetydlig. Om administrationskostnaderna är tillräckligt höga kan de bli större än säkerhetsekvivalenten för personer med låg sjukdomsrisk. Dessa kommer därmed att föredra att vara utan försäkring och det blir inte längre optimalt med en fullständig försäkringstäckning hos befolkningen.

Heterogenitet i preferenser har att göra med att de personer som har en låg sannolikhet att drabbas av sjukdom kan vara mer riskaverta än de personer som har en hög sannolikhet för sjukdom. En orsak till detta kan t.ex. vara att de mest riskaverta har lagt ner mycket tid på sjukdomsförebyggande åtgärder som gör att de i dag har en lägre sjukdomsrisk. Om effekten hos en sådan heterogenitet i preferenserna är tillräckligt stor kommer den att leda till att de med lägst sjukdomsrisk har högst betalningsvilja när det gäller vårdförsäkringar. Detta presenteras i figuren nedan.



Eftersom betalningsviljan för vårdförsäkringar är störst hos de personer som har lägst sjukdomsrisk kommer marginalkostnadskurvan att bli stigande i diagrammet. Därmed blir också kurvan för genomsnittskostnad stigande. Marknadsejämvikten hamnar i punkten C, medan den samhällsekonomiskt optimala försäkrings-

täckningen blir lägre och markeras av punkten E, där den marginella betalningsviljan (efterfrågekurvan) är lika med den marginella kostnaden för att erbjuda en försäkring. Vi ser att i ett fall med positivt val (advantageous selection) är det inte samhälls-ekonomiskt optimalt med ett heltäckande försäkringsskydd.