

Sammanfattning

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

Organisation och finansiering av hälsotjänster i Norden – likheter och olikheter

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

Hög grad av politisk decentralisering i Sverige

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

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

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

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

Låg grad av självfinansiering

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

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

Stora skillnader i vårdtjänstutgifter

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

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

Finansieringsproblem, ransonering och privata alternativ

Diskussionen kring problemen inom vårdsektorn i Norden utgår från de egenskaper som kännetecknar marknaden för vårdförsäkringar och vårdproduktion. De här egenskaperna, som beskrivs i del 3 av rapporten, kommer att styra avvägningarna mellan olika delmål och den samlade måluppfyllelsen inom vårdsektorn. Del 3 utgår från att riskaversion och osäkerhet kring den framtida hälsan leder till en efterfrågan på vårdförsäkringar för att täcka sjukvårdens framtida kostnader. Syftet med vårdförsäkringen 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 ojämna 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 uttalade 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 styrelseformerna 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 finansieringsystemet. 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

