Sammanfattning

Sverige har en lång tradition av landstingsdrivna sjukhus som dominerat utbudet av vård, samtidigt som primärvården svarat för en förhållandevis liten andel av sjukvården. Detta är bakgrunden till flera pågående statliga utredningar med syfte att stärka primärvården och vad som kallas *nära vård*. Sjukhusvården svarar för vårdtjänster som öppenvård vid mottagningar, rutinmässig diagnostisering och behandling, högspecialiserad vård och akutverksamhet. Samtidigt har främst universitetssjukhusen ett uppdrag för utbildning och forskning. Sjukhusen är även beroende av samverkan med andra vårdformer som primärvård och efterföljande insatser efter utskrivning som rehabilitering och äldreomsorg. I diskussioner om framtidens sjukvård har det svenska sjukvårdssystemet betraktats som sjukhustungt och utvecklingen under senare år har gått mot att delar av sjukhusvården flyttats ut till andra vårdgivare. I de statliga utredningar som pågår finns målsättningar om att mindre vård ska ges vid sjukhusen för att uppnå ett mer övergripande effektivt sjukvårdssystem.

I denna rapport ges en jämförelse av sjukhussektorn i ett antal västeuropeiska länder med likartad ekonomisk standard och likartade levnadsvillkor och hälsoläge. Länderna uppvisar även likheter i sjukvårdssystemen med avseende på målsättningar om allmän tillgång till vård och liknande kostnadsnivåer. Hälso- och sjukvårdssystemen i Europa har i flera jämförelser karakteriserats som antingen skattebaserade eller socialförsäkringsbaserade system (Beveridge- respektive Bismarck-system). I rapportens första del används denna indelning för att redogöra för sjukhussektorns finansiering, struktur, resurser, prestationer, utfallsmått och fördelningsaspekter. De skattebaserade länderna är Danmark, Finland, Irland, Italien, Norge, Portugal, Spanien, Storbritannien och Sverige. Socialförsäkringsländerna är Belgien, Frankrike, Luxemburg,

Nederländerna, Schweiz, Tyskland och Österrike. I rapportens andra del redogörs mer ingående för hur regleringar, styrning och ersättningssystem utformas för sjukhussektorn i fyra olika länder, Nederländerna, Tyskland, Danmark och Norge.

Syfte och utgångspunkter

Syftet med rapporten är att ge en jämförelse av sjukhussektorn i ett antal västeuropeiska länder och samtidigt redovisa styrkor och svagheter i respektive land. I syftet ingår även att identifiera faktorer och styrmekanismer som kan ligga till grund för skillnader i resultaten. Avsikten är även att diskutera i vilken utsträckning svensk sjukvård kan dra lärdomar av hur sjukhusvården är organiserad i andra länder samt att peka på gemensamma utvecklingstendenser. Rapportens mervärde ligger i att ge kunskap och idéer om alternativa sätt att organisera och styra sjukhussektorn.

En utgångspunkt i rapporten är de problem som uppmärksammats i den svenska sjukhusvården, väntetider och tillgänglighet, men även att beakta positiva aspekter inom svensk sjukhusvård såsom goda resultat när det gäller främst medicinsk kvalitet och överlevnad för flera behandlingar. Inom svensk sjukvård och andra skattebaserade system har en integrerad modell med offentlig finansiering och offentligt ägda sjukhus i viss utsträckning reformerats under senare år. Idag sluter exempelvis flera regioner kontrakt med privata vårdgivare för enklare planerad vård. Eftersom utvecklingen sker mot bakgrund av ett tidigare helintegrerat offentligt produktionssystem är erfarenheter av utkontraktering fortfarande relativt begränsade. Ett mervärde i rapporten är att visa på lärdomar från främst länder med socialförsäkringssystem där man har lång erfarenhet att styra och kontraktera sjukhus inom ett mer pluralistiskt system med olika ägandeformer. Skillnaderna mellan skattebaserade system och länder med socialförsäkringssystem är främst uppdelningen mellan finansiär och vårdproducent och därmed inslaget av avtal och kontrakt mellan parter. Även reformer av sjukhussektorn i skattebaserade system studeras. Det gäller främst den statliga styrningen av självständiga regioner med ansvar för sjukvården. Gemensamt för samtliga ingående länder är en allmän tillgång till sjukvårdstjänster och en i huvudsak offentlig finansiering.

De källor som används i rapporten är till stor del internationella, såsom bl.a. OECD, WHO och The Commonwealth Fund, men även vetenskapliga publikationer och nationella rapporter. Dataunderlaget har kompletterats med rapporter och statistik från Socialstyrelsen, Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (Vårdanalys), SKL och SCB.

Offentlig finansiering och skillnader i vårdstruktur

Inledningsvis konstateras att skillnaderna mellan de studerade länderna är små när det gäller finansieringen av sjukhussektorn, inklusive sjukhusvård. Socialförsäkringsländerna har under en längre tid ökat den offentliga finansieringen och idag har flertalet av de ingående länderna en offentlig finansieringsandel som motsvarar ca 80 procent av sjukvårdens kostnader. Ländernas kostnader för hälso- och sjukvården som andel av BNP visar att samtliga länder ligger i intervallet 7-11 procent. Det är högre än i många andra OECD-länder, men klart lägre än i USA. Frågan om sjukhussektorns storlek är svårare att avgöra. Enligt befintlig statistik från OECD skiljer sig inte Sverige anmärkningsvärt från övriga länder. Däremot visar statistiken att Sverige i en internationell jämförelse har en låg andel allmänläkare och därmed en svag primärvård. Samtidigt visar den svenska utvecklingen att sjukhusläkarna utgör en stor och ökande andel av läkarkåren. Även utvecklingen av kostnader och investeringar visar på ett sjukhusdominerat system.

Socialförsäkringsländerna har en klart högre andel av privat producerad vård inom sjukhussektorn, där icke-vinstdrivande sjukhus dominerar. Det innebär en mer pluralistisk sjukhusstruktur och inslaget av kontrakt och prestationsersättningar är större än i skattebaserade system. I några av dessa länder finns även offentliga sjukhus, främst universitetssjukhus.

Statistiken över yrkesverksamma läkare och sjuksköterskor visar att Sverige i en internationell jämförelse inte har brist på utbildad personal. Läkartätheten är högre än i flertalet jämförbara länder och tillgången på sjuksköterskor ligger nära genomsnittet. Även tillgång till utrustning baserat på vanligt förekommande teknologier visar på god tillgång.

Låg produktivitet och långa väntetider

Analyser av relationen mellan resursinsats och prestationer (mätt som arbetsproduktivitet och sjukhusens totalproduktivitet) har i tidigare studier visat en klart lägre nivå för svensk sjukvård i allmänhet och sjukhusvården i synnerhet. Även om det föreligger metodologiska problem med produktivitetsanalyser pekar såväl de internationella jämförelserna som den svenska utvecklingen på problem när det gäller relationen mellan resursinsatser och aktivitet inom svensk sjukvård, inklusive sjukhusen.

Väntetider för planerade behandlingar och operationer som ges vid sjukhusen har gett upphov till debatt. Internationella jämförelser av väntetider är problematiska då olika sätt att mäta vänte-episoder används. Här finns mätningar baserade på registerdata för väntetid och intervjustudier av patienter och medborgare. En rimlig tolkning av befintlig statistik är att skattebaserade system har större problem med väntetider än socialförsäkringsländer. En sannolik förklaring till problemet med köer och väntetider i Sverige kan vara den låga produktiviteten. En bidragande orsak kan vara den höga beläggningsgraden inom svensk sjukhusvård vilket indikerar en brist på antal vårdplatser. Detta kan i sin tur leda till problem med patientflöden och behandlingsprocesser inom sjukhusen.

Hög medicinsk kvalitet och jämlik vård

Svensk sjukhusvård visar mycket goda resultat när det gäller överlevnad och medicinsk kvalitet. Det gäller framförallt allvarliga sjukdomar som cancer, hjärtinfarkt, stroke m.m. Vi kan dock konstatera att flera länder i jämförelsen ligger på ungefär samma nivå. Sverige ligger även långt framme när det gäller införandet av ny medicinsk teknologi som dagkirurgi och nya behandlingsmetoder. Inom detta område uppvisar flera länder med socialförsäkringssystem en långsammare tillämpning och utveckling av t.ex. dagkirurgi. Förklaringarna till dessa resultat är inte helt klarlagda, men arbetet med nationella riktlinjer och kvalitetsregister i Sverige lyfts fram som orsaker. En annan förklaring kan vara en, i internationell jämförelse, god och jämlik folkhälsa samt hög levnadsstandard.

I de studerade länderna finns målsättningar om en allmän tillgång till sjukvård och en jämlik fördelning av vårdutnyttjandet. De internationella jämförelserna av ett jämlikt vårdutnyttjande visar inte på några markanta skillnader mellan skattebaserade system och socialförsäkringssystem. De skillnader som finns förklaras av enskilda egenskaper som höga patientavgifter och speciella vårdformer avsedda för vissa grupper inom enskilda länder. Analyserna av fördelningen av vårdutnyttjandet tyder på att svensk sjukhusvård varken är mer eller mindre jämlik än vården i andra länder. Generellt finns ett mönster där primärvården i större utsträckning konsumeras av låginkomsttagare, medan övrig specialiserad öppen vård (i Sverige främst vid sjukhusen) utnyttjas av höginkomsttagare. Den slutna vården, med inläggningar av patienter, utnyttjas i högre utsträckning av låginkomsttagare.

Resultaten av de internationella jämförelserna summeras i nedanstående tabell där styrkor och svagheter inom svensk sjukhusvård anges.

Styrkor	Likvärdig	Svagheter
Medicinsk kvalitet	Kostnadsnivå	Produktivitet
Ny medicinsk teknologi	Offentlig finansiering	Väntetider/tillgänglighet
Läkemedelsanvändning	Personaltillgång	Överbeläggning/brist på vårdplatser
	Utrustning	
	Jämlik vård	

I rapportens andra del studeras sjukhussektorns struktur, regleringar, tillämpning av ersättningsmodeller och anställningsformer i fyra utvalda länder. Relevanta erfarenheter från Nederländerna och Tyskland (socialförsäkringar) respektive Danmark och Norge (skattefinansiering) sammanställs utifrån problem relevanta för svensk sjukhussektor. De faktorer som studeras är följande:

- Samverkan och avtal mellan sjukhus och specialiserad vård utanför sjukhus
- Ersättningar, avtal och incitament
- Utbud och tillgång till vård utanför kontorstid
- Statens roll: utbildning, investeringar och uppföljning

Alternativa anställningsformer

Anställningsformerna för främst läkare skiljer sig mellan de skattebaserade systemen och socialförsäkringssystemen. Det är betydligt vanligare med dels sjukhusanställda läkare i skattebaserade system, dels att en mindre andel av läkarkåren är egna entreprenörer i dessa system. En fördel med anställd personal är möjligheterna till kontroll och styrning av verksamheten. En fördel med kontraktering är att incitamentsstrukturen blir tydligare, men samtidigt frånsäger sig huvudmän och finansiärer möjligheter till direkt styrning och samverkan. Erfarenheterna från Nederländerna och Tyskland visar att utkontraktering och organisation av läkarkåren i läkargrupper förutsätter reglering och överenskommelser som inte endast avser den egna kärnverksamheten. I avtal med fristående läkargrupper eller motsvarande avtalas därför även ansvar för utbildning och jour/beredskap. En förutsättning för att erhålla ersättning från den offentliga försäkringen är t.ex. deltagande i jour-organisation, beredskap och i viss mån utbildning. Samtidigt har läkare med egen praktik inläggningsmöjligheter vid sjukhusen för egna patienter.

Utvecklingen i den svenska sjukhusvården visar att delar av specialistvården i ökad utsträckning kontrakteras ut till privata vårdgivare men samtidigt saknas åtaganden som jourmedverkan och utbildning. Upphandling och vårdvalssystem är ofta fokuserade endast på leveranser som antal besök, operationer, behandlande patienter etc. och är i övrigt relativt oreglerat. I detta avseende kan lärdomar dras av hur avtal och överenskommelser utformats med aktörer utanför sjukhussektorn inom länder med socialförsäkringssystem. Mot bakgrund av de rekryteringsproblem som finns inom svensk sjukvård kan en ökad flexibilitet för anställningsformer och kontrakt för vårdanställda leda till ett bättre utnyttjande av humankapitalet inom sjukvården.

Fördelen med utkontraktering av planerad vård är en bättre tillgång till icke-akut vård och kortare väntetider. Samtidigt måste andra behov såsom bemanning av akutsjukhusens akutmottagningar och annat vårdutbud under icke-kontorstid tillgodoses. Här finns flera exempel från länder med socialförsäkringssystem där finansiärer och vårdgivare använder sig av såväl regleringar som incitament för att anställda utanför sjukhus eller i egen regi ska medverka i jour-organisation vid akutmottagningar. Även samverkan mellan sjukhus

och det vårdutbud som finns utanför sjukhusen under icke-kontorstid utgör möjligheter till en förbättrad tillgänglighet.

Ersättning och incitament

Utvecklingen av ersättningssystem för sjukhus och personal vid sjukhus har ändrats i flera länder och för sjukhussektorn har det inneburit att slutenvården i stor utsträckning idag ersätts för antal behandlade patienter enligt systemet med Diagnosrelaterade grupper (DRG). Denna ersättningsprincip bygger på att sjukhusen erhåller en fast ersättning för hela vårdepisoden vid sjukhuset. Tidigare ersättningsprinciper som var baserade på antal vårddagar (Tyskland), prestation av deltjänster (Belgien, Nederländerna), budget (de nordiska länderna och Storbritannien) har avvecklats till fördel för DRG-systemet. Utvecklingen i Sverige visar dock på en tillbakagång till budgetanslag inom flera regioner, även om DRG fortsatt används som uppföljningsinstrument.

I flera länder pågår en utveckling av ersättningssystemen för att anpassa dem till nya arbetssätt, organisationsformer, behandlingsmetoder och ny teknologi. Det gäller inte minst utformningen av prestations- och kvalitetsbaserade ersättningssystem för nya typer av tjänster och arbetssätt. En aspekt som framgår tydligt vid en jämförelse mellan skattebaserade och socialförsäkringssystem är formerna för professionens roll i förhandlingar av ersättningssystem. I såväl Nederländerna som Tyskland förhandlar uppdragsgivare som försäkringsbolag, sjukhus eller sjukkassor med regionala läkarförbund inom olika specialiteter. Motsvarande avtal i Sverige utarbetas av regionerna/landstingen där ackrediteringskriterier, ersättningssystem och andra avtalsvillkor fastställs, utan direkta förhandlingar med professionen. En fördel med förhandlade avtal är dels ett tydligt inflytande från professionen, dels ett bättre ansvarstagande (*commitment*) från professionens sida för innehållet i avtalen.

En avtalsform mellan uppdragsgivare och vårdgivare lämpar sig i regel bäst i ett system med offentliga finansiärer och där huvudparten av vårdproduktion bedrivs i privat regi. Det är relativt sällsynt med förhandlingar inom en offentligt styrd organisation med

juridiskt bindande avtal mellan företrädare för beställare och vårdgivare. Det hindrar emellertid inte att regionerna i Sverige har direkta förhandlingar med de privata aktörer som idag finns inom främst primärvård och öppenvård samt planerad vård utanför sjukhusen. Med förhandlingar som i Nederländerna och Tyskland ges ett ökat inflytande för professionen, samtidigt som åtaganden som tillgänglighet, medverkan i jour-organisation, utbildningsansvar m.m. tydliggörs.

Tillgång till sjukvård utanför kontorstid

Belastningen och efterfrågetrycket på sjukhusens akutmottagningar är ett problem som förekommer i varierande utsträckning i flera länder. Det finns en relativt stor samstämmighet om att akuta sjukdomsproblem i större utsträckning kan omhändertas utanför akutsjukhusen. De få internationella jämförelser som genomförts visar att i bl.a. Sverige och flera andra länder söker sig en större andel av patienterna till akutmottagningar p.g.a. avsaknad av alternativ vård under icke-kontorstid. I Belgien och Danmark är denna siffra klart lägre och visar på möjligheterna att styra patientströmmar till andra alternativ. De länder som byggt ut alternativ till sjukhusvård och försökt att styra patientströmmar till andra vårdgivare är bl.a. Danmark, Nederländerna och Norge. I Nederländerna provas sedan en tid tillbaka ett system med dels utökad tillgänglighet av allmänläkare under icke-kontorstid, dels en speciell organisation för kroniskt sjuka och äldre multisjuka som i viss utsträckning är tillgänglig under icke-kontorstid. Den danska modellen med standardiserade och ackrediterade patientflöden bygger på ett liknande resonemang (Danske Kvalitetsmodel).

Inte statlig drift – men tydlig styrning och uppföljning

Staten har, i såväl skattebaserade system som socialförsäkringssystem, en viktig roll för ett övergripande ansvar, regleringar och styrning av olika aktörer. I de fyra länder som studerats i rapportens andra del finns en relativt långtgående decentralisering av själva driften av sjukhussektorn. Undantaget är Norge där en statlig företagsorganisation tagit över sjukhusdriften. I Nederländerna och

Tyskland dominerar privata icke-vinstdrivande organisationer som ägare av sjukhusen. Statlig styrning är dock mer omfattande för vidareutbildning och specialisering av främst läkare än i Sverige. I Sverige finns historiskt en långtgående decentralisering av ansvar och befogenheter inom framförallt sjukhussektorn där frihetsgraderna och autonomin för de svenska regionerna är stor. Det gäller inte minst ansvaret för fortbildning och specialiseringen av läkarkåren. En tydligare statlig styrning inom detta område kan vara en nyckel till en ökad andel allmänläkare och förstärkt primärvård. Även beslut om investeringar i ny- och ombyggnationer samt inköp av avancerad utrustning sker utan statlig kontroll och reglering.

Andra områden där staten i de fyra länderna har ett större inflytande är utvecklingen av styr- och ersättningsmodeller. Detta gäller främst utvecklingsarbetet och ramarna för resursfördelningen. Förhandlingar och kontraktsrelationer är däremot ofta decentraliserade till regionala eller privata aktörer, även om staten har en god insyn och kontroll över hur dessa avtal och kontrakt utformas, t.ex. i Danmark och Tyskland. Ett annat väsentligt område är uppföljning av såväl produktivitet och effektivitet som fördelningsaspekter där nationella myndigheter eller institut kontinuerligt följer utvecklingen. I detta avseende är den danska modellen intressant där staten har ett krav på en positiv produktivitetsutveckling inom sjukhussektorn.

Sjukhussektorn i Sverige står inför flera utmaningar. De senaste decenniernas utveckling med en privatisering av vårdformer, inte minst planerad sjukhusvård, har inneburit att Sverige och andra skattebaserade system närmat sig den struktur som finns inom länder med socialförsäkringssystem. I detta avseende finns lärdomar om hur regleringar, ersättningssystem och anställningskontrakt kan utformas för att uppnå en effektiv vårdstruktur då vården kontrakteras ut. En annan central fråga som diskuteras är om staten ska öka sitt inflytande inom sjukhussektorn och eventuellt ta över driften av sjukhusen. Det finns emellertid svagt stöd för en sådan omstrukturering i andra länder oavsett system. Statens roll i de studerade länderna avser inte främst ett förstatligande av driftsformerna utan mer av en tydlig långsiktig roll för frågor om hur utbildning, investeringar och infrastruktur ska regleras samt uppföljning av effektivitets- och fördelningsaspekter.