

LIF rapport

*Sjukvården kan reformeras –
lär av Nederländerna!*

2008:5



Innehållsförteckning

Förord.....	4
Sammanfattning	6
1. Inledning	7
2. Sjukvården i Nederländerna före reformerna	9
3. Tidigare reformer	12
4. Varför fanns ett behov av reform?	14
5. Den nya reformen	15
6. Hur ser reformprocessen i Nederländerna ut?	22
7. Relevant för Sverige?.....	24
Referenser	26

Detta är LIF

LIF, är branschorganisationen för forskande läkemedelsföretag verksamma i Sverige. LIF har drygt 60 medlemsföretag vilka står som tillverkare för ca 90 % av alla läkemedel som säljs i Sverige.

Förord

De allra flesta värderar tillgänglig sjukvård av god kvalitet mycket högt. Studier har visat att vi är benägna att lägga en mycket stor andel av eventuella inkomstökningar på bättre sjukvård om det är möjligt.¹ Situationen är liknande runtom i västvärlden.

Med andra ord finns ett tydligt uppdrag från medborgarna att ständigt försöka förbättra hälso- och sjukvården. Mycket tyder också på att denna efterfrågan kommer att fortsätta öka i takt med att välståndet i samhället generellt fortsätter att förbättras.

Med andra ord borde det också finnas en stor potential i att utveckla hälso- och sjukvårdstjänster. Normalt, när man kan notera en ökande efterfrågan på en vara eller tjänst, betraktas det som en möjlighet. Ibland verkar dock ökande efterfrågan på sjukvård anses vara som ett problem.

Detta kan delvis vara en följd av att produktiviteten inom sjukvården har utvecklats svagt, medan lönerna har ökat som i samhället i övrigt. Då blir sjukvården hela tiden dyrare relativt sett, vilket ställer frågor om framtidens finansiering.²

Detta behöver dock inte vara ett problem. Och vi behöver inte heller utgå från att de problem som kan konstateras i dagens sjukvård behöver bestå. När andra sektorer av samhället utvecklas och förbättras behöver inte denna viktiga sektor stå stilla.

Faktum är att det har den inte heller gjort. Den tekniska och medicinska utvecklingen har lett till stora förbättringar. Vi lever allt längre och friskare – av en rad skäl. Men det finns en tydlig potential att förbättra ytterligare.

Internationella jämförelser av hälso- och sjukvård visar att det finns vissa problem som är gemensamma, andra är mer specifika för vissa länder. Sverige brukar framhållas som ett land med god kvalitet i sjukvården men dålig tillgänglighet. Andra har andra problem.³

Varje land må ha sina ekonomiska, politiska och sociala traditioner, men det går också att lära av varandra. Sverige har ibland lyckats väl på olika områden, vilket kan ha exporterats till andra. Och Sverige kan lära av andras framgångar.


Flera länder har under senare decennier strävat efter att introducera mer av valfrihet, olika ägarformer, privat finansiering, entreprenörskap och konkurrens i sjukvården.⁴ Detta som följd av att många analyser har pekat på brister i effektivitet, flexibilitet, produktivitet, incitament och förnyelse inom offentliga monopol.

¹ Fogel, Robert W, "Catching Up With the Economy", *The American Economic Review*, vol 89, no 1, 1999

² Baumol, William J, "Macroeconomics of Unbalanced Growth: The Anatomy of Urban Crises", *The American Economic Review*, vol 57, no 3, 1967

³ Health Consumer Powerhouse, "Euro Health Consumer Index 2007", 2007

⁴ OECD, "Competition in the Provision of Hospital Services", Directorate for Financial and Enterprise Affairs, 27 oktober 2006



I Sverige har olika landsting, inte minst Stockholms läns landsting, arbetat i olika omgångar med den typen av förnyelse. Relativt mycket har dock skett även i andra länder, med resultat och metoder som kan vara relevanta att lära av.

I denna rapport studeras Nederländernas sjukvårdsreformer, med särskild fokus på den som började genomföras 2006. Det är en internationellt sett genomgripande och långtgående reform. Eftersom Nederländerna har flera likheter med Sverige ekonomiskt, politiskt och kulturellt kan detta vara ett relevant exempel att studera.

Ett stort tack till Karl Malmqvist, som har gjort omfattande research till denna rapport.

Stockholm i maj 2008

Johnny Munkhammar

VD i Munkhammar Advisory, Senior Fellow på European Enterprise Institute,
författare till *Sagan om välfärdens återkomst* och *The Guide to Reform*.

Rapporten är framtagen på uppdrag av LIF – de forskande läkemedelsföretagen.

Sammanfattning

Alla industrialiserade länder har genomfört olika reformer de senaste decennierna, men på sjukvårdens område har de varit måttligare än på flera andra områden. Nederländerna genomförde dock 2006-2007 en långtgående reform av sjukvårdens organisation och finansiering.

Idag har alla i Nederländerna privata sjukvårdsförsäkringar. Man väljer mellan olika privata, konkurrerande, försäkringsbolag. I sin tur köper dessa försäkringsbolag in tjänsterna från privata leverantörer. På det viset främjas valfrihet, konkurrens och effektivitet – och därmed lägre priser.

Den grundläggande försäkringen är obligatorisk. Utöver detta kan man frivilligt välja ytterligare tilläggsförsäkringar. En växande andel medborgare utnyttjar sin nya rätt att välja och ungefär hälften är försäkrade via en grupp, oftast en fackförening, vilket ger rabatt., Den genomsnittliga premien blev lägre än beräknat.

Lagen tillåter inte försäkringsbolagen att differentiera premierna och de måste acceptera alla ansökningar. En särskild pott i finansieringen finns, där myndigheterna utjämnar risker genom att kompensera försäkringsbolag. De som inte har råd att betala grundpremien får stöd av det offentliga.

Svensk sjukvård får goda betyg i kvalitet, men ligger illa till vad gäller tillgänglighet. Det finns också ett långsiktigt behov av reformer, inte minst för att efterfrågan på sjukvård ökar. Med ökad valfrihet, konkurrens och privat finansiering kan sjukvården ges bättre möjligheter att utvecklas.

Sverige kan lära av Nederländerna sjukvårdsreform. Dels för att Sverige och Nederländerna har många likheter ekonomiskt, politiskt och kulturellt. Dels för att reformen i Nederländerna har varit framgångsrik och löst flera av de problem Sverige ännu brottas med.

1. Inledning

Varje land har alltid ett behov av reformer. Detta för att inga institutioner eller system någonsin blir helt perfekta – och för att världen förändras. Medborgarnas önskemål utvecklas och olika länder testar nya lösningar. Behovet av reformer finns i rika länder lika väl som i fattiga länder, om än på ofta mycket skilda områden och i olika grad. Inte minst gäller det ett viktigt område som hälso- och sjukvård.

Under efterkrigstidens första decennier var den övergripande politiska inriktningen att staten skulle styra och planera alltmer av samhällsutvecklingen. Statens roll i samhället skulle växa med hjälp av förstatliganden av företag, högre skatter, reglering av marknader och utrikeshandel, subventioner och offentliga monopol. Det skulle inte bara leda till mer rättvisa utan också högre ekonomisk effektivitet, ansågs det.

De länder som införde fullskalig planekonomi i Sovjetunionen och Öst- och Central-europa bedömdes av många vara ekonomiskt framgångsrika. I västvärlden utvecklades också ekonomierna alltmer i denna riktning, mot vad som kallades blandekonomi. Detta satte i hög grad också sin prägel på hur sjukvården utformades. Den brittiska så kallade Beveridge-rapporten fick stort genomslag ibland annat Storbritannien och de nordiska länderna, vilket bidrog till att sjukvården till såväl utförande som finansiering blev offentlig.⁵

De senaste 25 åren har däremot den övergripande utvecklingen haft motsatt riktning, som följd av ekonomiska och sociala problem. Den fullskaliga planekonomin producerade både fattigdom och miljöförstöring, men väldigt få varor och tjänster av god kvalitet i rätt tid. I västvärlden präglades de flesta länder under 1970- och delvis 80-talen av ökad arbetslöshet, stora offentliga underskott, låg produktivitet, låg tillväxt och en stagnerad levnadsstandard.

1989 föll så Berlinmuren, järnridån lyftes och 1992 upplöstes Sovjetunionen. De flesta av dessa länder genomförde långtgående marknadsinriktade reformer och har haft god tillväxt sedan dess. De flesta länder i västvärlden har också reformerat i denna riktning, om än från ett bättre utgångsläge och i mindre utsträckning. I stort sett alla industrialiserade länder, de idag 30 OECD-länderna, har liberaliserat utrikeshandeln, avreglerat flera produktmarknader och infört makroekonomiska ramverk såsom oberoende centralbanker med inflationsmål.

Ett antal länder har dessutom gått längre än så, med tydliga framgångar i form av ökad sysselsättning, omfattande investeringar, hög andel entreprenörer, mindre fattigdom och högre tillväxt. Däremot har det ofta påståtts att inget land har förmått reformera de sociala transfereringssystemen, som pensionerna, och välfärdstjänsterna – sjukvård, omsorg, skola. De har ansetts vara ”omöjliga” reformområden där marknadsinriktade reformer ibland har ansetts inte vara lämpliga, ibland inte möjliga.

⁵ Blomqvist, Paula (red), ”Den gränslösa välfärdsstaten”, Agora 2003

Det är en alltför pessimistisk bild. Flera länder har genomfört reformer även på dessa områden. Tyskland, Japan, Spanien och Sverige har genomfört betydande pensionsreformer som i hög grad gör så att en åldrande befolkning inte längre är ett problem.⁶ Socialförsäkringar som arbetslöshetsersättning och sjukersättning har reformerats i länder som Danmark, Nya Zeeland, Sverige och Australien, där inriktningen har varit att öka incitamenten att arbeta.

Även på sjukvårdens område har en hel del skett. I hög grad i Öst- och Centraleuropa, återigen.⁷ Men inte bara där; Frankrike, Tyskland, Sverige, Nederländerna och Storbritannien har öppnat upp för privatägda sjukhus. Länder som USA och Singapore har infört vårdkonton som en ny modell för finansiering.⁸ I de flesta länder har reformerna än så länge varit måttliga i jämförelse med andra reformområden, som produktmarknader, skatter, penningpolitik, med flera.

Med andra ord har de flesta industrialiserade länder lyckats reformera under de senaste decennierna. Resultaten har ofta varit mer positiva än vad som bedömdes vara sannolikt på förhand, särskilt på längre sikt. Och reformerna har haft motsatt riktning jämfört med decennierna före – de reformer som har genomförts har i hög grad handlat om att staten inte ska styra och planera utvecklingen utan sätta tydliga ramar och regler, medan andra aktörer i samhället driver utvecklingen framåt.

Det finns ett stort behov av vidare reformer i samma riktning inom sjukvården. En central faktor är den än så länge låga produktivitetens utvecklingen inom sjukvården. Ifall lönerna inom sjukvården ska öka som i samhället i övrigt blir sjukvård hela tiden dyrare om inte produktiviteten följer med. En annan faktor är att medborgarna med all sannolikhet vill lägga mer resurser på sjukvård i takt med att inkomsterna fortsätter växa. Med fortsatt närmast uteslutande skattefinansiering – och nuvarande trender – skulle detta ge successivt stigande skatter. I sin tur är högre skatter svåra att förena med den globala ekonomins villkor. Detta motiverar reformer av såväl organisation som finansiering av sjukvården.⁹

Sverige får goda betyg inom sjukvården när det handlar om kvalitet. Men tillgängligheten är ett problem. Kravet på närmast uteslutande skattefinansiering har blivit till ett tak som begränsar sjukvårdens omfattning som att utbudet inte räcker – en sorts ransonering. Att cirka 400 000 personer har valt att betala en andra gång för sjukvård, i form av privat sjukvårdsförsäkring, är ett tecken på att det finns ett gap mellan utbud och efterfrågan.¹⁰

⁶ Capretta, James C, "Global Aging and the Sustainability of Public Pension Systems", Center for Strategic and International Studies, 2007

⁷ Saltman, Robert B, Figueras, Josep (eds), "European Health Care Reform: Analysis of Current Strategies", European Observatory on Health Systems and Policies, 1997

⁸ Kaplan, Richard, "Who's Afraid of Personal Responsibility? Health Savings Accounts and the Future of American Health Care", University of Illinois, Law and Economics Working Paper LE05-025, 2005

⁹ Långtidsutredningen 2004 räknade med ett scenario där den offentliga konsumtionen ska avstanna under kommande decennier för att skattetrycket ska kunna bibehålla spå nuvarande nivå. Att den skulle stå stilla är orealistiskt eftersom efterfrågan kommer att öka – står den stilla skulle utbudet inte alls matcha efterfrågan.

¹⁰ Trygg-Hansa

I svensk sjukvård finns också problem med begränsad valfrihet, måttlig ökning av produktiviteten och missnöje med löneutveckling och inflytande bland personal.

Eftersom det finns ett reformbehov är det relevant att studera hur beslutsfattare går från insikt till handling. Vad är det som har fått land efter land att faktiskt sjösätta stora förändringar? Först och främst har det funnits problem att lösa. Sedan har det funnits kunskap, i form av väl underbyggda analyser, om hur de kan lösas. Det har också funnits en insikt om att förändring krävs, att problemen inte löser sig av sig självt. Resten är en fråga om att besluta sig för att agera och följa en strategi. I takt med att fler har reformerat finns fler att lära av.

Några lärdomar från reformländer kan vara av betydelse för dagens diskussion om hur sjukvårdsreformer kan bli av. Stabila makroekonomiska förutsättningar är viktigt. En mångfald av oberoende idéer har också betydelse. En ekonomisk kris är inte nödvändig för att få mandat att reformera; flera länder har reformerat i goda tider. En våg av reformer leder ofta till en ytterligare våg. Och faktum är att i stort sett alla reformregeringar i ledande reformländer har blivit omvalda minst en gång.¹¹

Med andra ord talar såväl ekonomiska som sociala och politiska skäl för reformer. Sedan finns ett antal strategiska lärdomar för de politiker som vill förändra. De länder som började reformera på olika områden för några decennier sedan hade inte heller förmånen att lära av andras framgångar och misstag. Men det är möjligt idag, även inom sjukvårdsområdet. Nederländerna erbjuder en spännande berättelse om en genomgripande sjukvårdsreform, som har löst flera problem, gjort medborgarna nöjda och redan uppvisar goda ekonomiska effekter.

Viktiga frågor att belysa är: Vad har gjorts i Nederländerna? Hur såg förutsättningarna före reformen ut? Vilka problem fanns? Vilka drev på för att reformera sjukvården? Vilka var motståndarna? Hur ser det politiska systemet ut i Nederländerna? Vilka effekter av reformen kan noteras? Vad tycker medborgarna i Nederländerna om reformen?

2. Sjukvården i Nederländerna före reformerna

Landet har en historia av privata vårdgivare som härstammar från frivilligorganisationer som bedrev verksamhet utifrån ideologisk eller religiös övertygelse. Majoriteten av sjukhusen förblev privata även sedan staten började reglera sjukvården. Frivilliga sjukförsäkringar härstammar från skråväsenden under den sena medeltiden men också från lösningar där arbetare i städerna under industriella revolutionen försökte hjälpa varandra. Den första obligatoriska försäkringen skapades 1941 under påtryckningar från den tyska ockupationsmakten.¹²

¹¹ Munkhammar, Johnny, *"The Guide to Reform"*, Timbro/Institute of Economic Affairs, 2007

¹² European Observatory on Health Systems and Policies, *"Health Care Systems in Transition"*, 2004

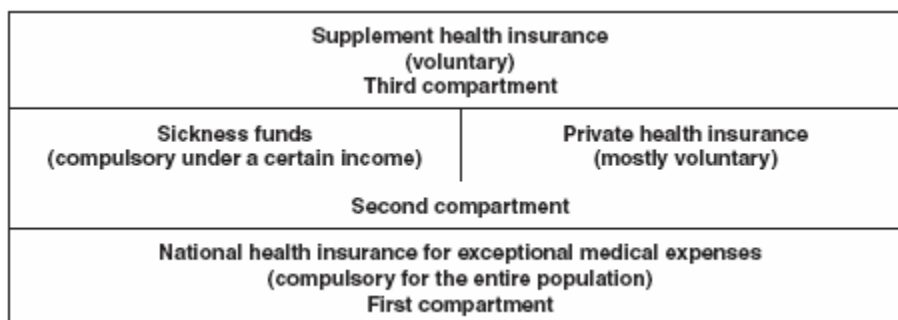
Sjukvårdens utveckling decennierna därefter följde i hög grad den internationella utvecklingen. Mindre frivillighet, mindre privat, mindre konkurrens. Staten tog sig an rollen som planerare genom ett beslut 1971 – The Hospital Provision Act – och började styra sjukvården. Även om ägandet av enskilda enheter förblev privat detaljstyrdes sjukvården i en lång rad olika avseenden av staten, från prissättning till lokalisering och bemanning. Denna utveckling har beskrivits enligt följande:

“In the Netherlands, policy traditionally has been prepared and implemented by a massive neocorporate bureaucracy, bringing together government agencies, quasi-governmental organizations (the advisory and executive agencies), the private national organizations of suppliers and providers, and the insurers. This national bureaucracy has developed a grip on the number and distribution of hospital beds and specialist places, and on investment decisions and management costs in health care.

In the 1970s, the concept of centralized government coordination and planning became the leading principle (and model) in health care. The 1974 policy paper Structuring health care (Structuurnota Gezondheidszorg) (8), however, departed from this concept and contained proposals for decentralized administration by regional and local authorities. In the centralized coordination and planning model, the government would maintain a strong and central steering role. Legislation would then have to be passed to regulate the planning of health care facilities and the tariffs of health care services.

Departing from this model of centralized steering, the 1986 coalition government started major reforms – mainly in the field of social health insurance. The integration of different insurance schemes into one social insurance for all (with largely income-related contributions) was widely and seriously debated; this debate aimed to strengthen solidarity in financing.”¹³

Figur 1. Sjukvården före 2007



Innan den stora reformen genomfördes med början 2006 hade Nederländerna ett tredelat system där grundläggande sjukdomar som är svåra att försäkra sig mot täcktes av en obligatorisk försäkring i den första avdelningen. Den andra avdelningen var delad mellan en offentlig försäkring för dem som tjänade under en viss summa och en frivillig privat

¹³ European Observatory on Health Systems and Policies, “Health Care Systems in Transition”, 2004, s. 30

försäkring för dem som tjänade över detta tak. Därutöver tillkom den tredje avdelningen, med frivilliga tilläggförsäkringar.

Gränsen vid vilken man var tvungen att skaffa privat försäkring låg 2005 på 33 000 euro i årlig inkomst. 70 procent av befolkningen var försäkrade av staten. Dessa betalade en inkomstbaserad premie om 1,45 procent av lönen och arbetsgivarna kompletterade med att betala 6,75 procent.

De privat försäkrade bidrog till den offentliga, obligatoriska försäkringen (ZFW) med ett så kallat solidaritetsbidrag (MOOZ). Totalt täcktes 90 procent av befolkningen av någon form av privat försäkring. Detta system ransonerades via utbudskontroll, vilket ledde till långa väntetider. Priserna förhandlades fram i ett centraliserat system – och priserna skulle sedan godkännas av Board of Health Care Tariffs, en process som har beskrivits enligt följande:

”Before a contract between individual parties can be entered into, there first has to be national consultation between the representative organizations of health insurers and health care providers. If the consultation process is successful, a document known as the “consultation outcome” is drawn up, which then has to be approved by the Health Care Insurance Board (CVZ). If the parties cannot work anything out, the CVZ draws up a ‘model contract’.”¹⁴

Vad skilde Nederländerna från andra länder?

Nederländernas system, med en åtskillnad av finansiering och genomförande, skilde det från exempelvis de nordiska länderna. Även delningen av den andra avdelningen var speciell och gav upphov till skadliga margineffekter vad gäller finansiering, då en euro över taket var vad som skilde kostnadsfri försäkring för barn och partner från en dyr privat försäkring. Till skillnad från andra försäkringsinriktade länder hade Nederländerna kvar sina GPs (General Practitioners) som ”gatekeeper”. Det är alltså familjeläkare, vars roll innebär att 95 procent av all sjukvård kan lösas utan att specialistvård måste uppsökas.¹⁵ Dessa budgetar har ofta lett till väntetider, som man nu försöker åtgärda genom att tillskjuta resurser. Ett problem är dock att man underinvesterat i humankapital.¹⁶

¹⁴ European Observatory on Health Systems and Policies, “*Health Care Systems in Transition*”, 2004, s. 30

¹⁵ Grol, Richard, “*Quality Development in Health Care in the Netherlands*”, Centre For Quality of Care Research, Radboud University Nijmegen Medical Centre, mars 2006

¹⁶ Se bl a Ham, Chris, Brommels, Mats, “*Health Care Reform in the Netherlands, Sweden and the United Kingdom*”, Health Affairs, vintern 1994

3. Tidigare reformer

Även före den stora reformen gjordes ett antal försök att reformera sjukvården, som i sin tur byggde på ett stort antal olika förslag. Ett mål som många reformförslag syftade till var sammanslagning av den andra avdelningen. 1974 argumenterade den dåvarande biträdande hälsoministern Hendriks för att den tudelade lösningen med privat och offentlig försäkring för olika grupper borde avskaffas till förmån för ett heltäckande system. Något lagförslag kom dock aldrig.

Diskussioner fördes kontinuerligt om behovet av att reformera systemet. En hel del har också gjorts också under de 20 år som föregick den stora reformen. Bland annat gick man från ett system där utgifter ovillkorligt kompenseras på 80-talet till ett mer rättvisande system för att mäta kostnader (DBC) år 2005. Cirka 10 procent av alla priser kunde förhandlas fram mellan vårdgivare och vårdköpare, medan 90 procent bestämdes av Dutch Healthcare Authority (NZA).

Dekker-kommissionen tillsattes 1986, och 1987 rapporterade den i ”Willingness to change” om hur de ansåg att kostnadsutvecklingen kunde bromsas genom reformer och avreglering. Regeringens svar, ”Change assured”, byggde på Dekker-planen och föreslog att en obligatorisk basförsäkring som skulle täcka runt 85 procent av vårdkostnaderna skulle införas. Förslaget gick i huvudsak ut på en sammanslagning av den andra avdelningen i det tidigare systemet. Finansiering skulle ske främst genom en inkomstbaserad premie med endast en liten nominell premie. Tidsplanen var att det nya systemet skulle fasas in från och med 1989.

1989 flyttades en del saker som tidigare täckts under den andra avdelningen (ZFW) till den första (AWBZ). Man införde också en platt premie om motsvarande 71 euro per år till ZFW och minskade den inkomstbaserade premien lika mycket. För barn blev den platta premien 35 euro.¹⁷

Sedan 1991 har försäkringskassorna själva fått bestämma nivån på sina premier. Detta kombinerades med att de fick bära viss finansiell risk då de fick ett budgetanslag i förskott och inte blev ersatta retroaktivt. Förhoppningen var att det skulle öka effektiviteten.

Efter regeringsskiftet 1989 modifierades Dekker-planen något och döptes om till Simons-planen. Den blev aldrig verklighet då ett flertal aktörer hade invändningar. Arbetsgivare oroade sig för kostnaderna av det nya systemet, arbetstagare för vilken effekt förslaget skulle få på deras inkomst, försäkrare för att staten nu skulle lägga sig i och reglera den del av marknaden (de privata försäkringarna) som tidigare varit fri och det fanns en allmän skepsis kring huruvida konkurrens lämpade sig inom sjukvården.

1992 förändrades en del förmåner. På grund av detta höjdes premien med 1,5 % och en platt premie infördes. En självrisk tilläts inom den första avdelningen, AWBZ, i utbyte mot en lägre premie. De flesta av dessa förändringar, inklusive den platta premien, åter-

¹⁷ Se bl a Civitas, ”Towards a Sound System of Medical Insurance?”, 2002

ställdes 1996. 1992 förändrade man även kravet på försäkrare att ingå kontrakt med alla vårdgivare. De tilläts också expandera sin verksamhet till nationell nivå, vilket i praktiken innebar avskaffade regionala monopol.

Efter dessa förändringar uppstod en tvist kring vad som egentligen var önskvärd grad av offentlig finansiering. Samtidigt hade en del privat försäkrade människor en mycket hög premie i förhållande till sin inkomst och därmed svårigheter att betala. Parlamentet röstade enhälligt igenom den så kallade van Otterloo Act (döpt efter en parlamentsledamot) som kom att innebära att pensionärer med låg pension sedan 1994 täcktes av den andra avdelningen, ZFW. Samtidigt avskaffades den så kallade "stay where you are"-principen, som hade inneburit att den som hade varit privat försäkrad under arbetslivet fortsatte att vara det som pensionär.

Förändringarna avhjälpste en del problem, men skapade också en del nya. Vissa pensionärer som under hela sitt liv varit täckta under ZFW tvingades plötsligt att ta en privat försäkring.

Wim Kok-regeringen, som kom till makten 1994, inledde en hel del förändringar. Bland annat infördes 1995 krav på försäkringskassor att ha en period av "open enrolment" i början av varje år. 1997 höjde regeringen det tak under vilket pensionärer täcktes av ZFW kraftigt. De förbjöd också nya studenter att fortsätta att vara gratis försäkrade under sina föräldrars försäkring. I stället fick de ett studiebidrag för att köpa en egen försäkring.

Mindre patientavgifter infördes också, men systemet var så komplext och frågan så kontroversiell att det avskaffades 1999. 1998 återinfördes den "stay where you are"-princip som hade avskaffats med van Otterloo Act. Det innebar att de som hade varit försäkrade under ZFW kunde fortsätta vara det som pensionärer. Tidigare privat försäkrade kunde också täckas av ZFW om deras pension inte översteg ett visst tak.

Sedan 2000 är också egenanställda under 65 år som tjänar under ett visst tak täckta av ZFW. Åtgärder vidtogs också för att strukturera upp den högst komplexa beslutsprocessen vad gäller reformer och förändringar.

2001 presenterade dåvarande hälsoministern Els Borst en plan, "A Question of Demand", där han föreslog att staten skulle minska sin roll och att den andra avdelningen skulle slås ihop till en enda, obligatorisk försäkring. Många av förslagen härstammade från Dekkerplanen. En del frågor, främst kring finansiering, fanns dock kvar.

2002 års val resulterade i en koalitionsregering bestående av kristdemokratiska CDA, liberala VVD och populistiska LPF (det parti som hade grundats av den strax före valet mördade Pim Fortuyn). Den nya regeringen fortsatte enligt de planer som presenterats av Borst. Koalitionen blev dock kortlivad och i januari 2003 genomfördes nya val. En ny koalition, bestående av CDA, VVD och socialliberala D66 tillträdde under fortsatt ledning av Jan-Peter Balkenende.

Även Balkenendes andra regering fortsatte arbetet med vidare reformer. I ett brev till underhuset konstaterades att försäkringskassorna och de privata försäkringsbolagen allt mer liknade varandra och att en sammanslagning av de olika försäkringssystemen vore en logisk fortsättning på denna process. Socialdemokratiska PVDA stödde reformen och huvudfrågan var om solidariteten skulle kunna garanteras och om inflytelserika aktörer skulle ge sitt godkännande.

Konkurrens på försäkringsmarknaden startade på allvar under tidigt 90-tal, då försäkringskassorna förlorade sina regionala monopol och fick sätta sina egna nominella premier. Den nya reformen 2006-2007 ökade denna konkurrens avsevärt.

4. Varför fanns ett behov av reform?

Sjukvården i Nederländerna har således under lång tid varit föremål för omfattande förändringar. Det var i mitten av 1980-talet som reformernas riktning skiftade från att staten skulle styra, reglera och planera alltmer till att den skulle göra mindre av detta, vilket förslag och reformer sedan dess har syftat till. De mindre reformerna hade dock inte löst det som uppfattades som grundläggande problem i sjukvården.

Ett problem ansågs vara att det var för många olika system. Samtidigt gavs de försäkrade mycket lite valfrihet. Både försäkringsbolag och leverantörer av sjukvårdstjänster hade svaga incitament att konkurrera och effektivisera. Premierna uppfattades som orättvisa och skapade betydande margineffekter. Systemet som helhet hade för många olika mål, såsom sjukvård, inkomstfördelning och långvård. Kvaliteten uppfattades som bristfällig och administrationen var omfattande. Centralplaneringen av bemanning skapade underskott på personal.¹⁸

Man räknade tidigt med att endast som följd av demografiska förändringar skulle utgifterna för sjukvård öka med mer än en procent om året. Från 1990 till 2005 räknade man med att andelen över 65 år skulle öka från 12,8 procent till 14,1 procent. Andelen över 80 år skulle öka från 2,8 procent till 3,6 procent. Med andra ord skulle efterfrågan på sjukvårdstjänster sannolikt öka – och det existerande systemet kunde inte möta ens den befintliga efterfrågan. Till detta kommer Baumol's lag, om att produktiviteten utvecklas svagare inom sjukvård än genomsnittet i samhället – men lönerna ökar ofta ungefär som snittet – vilket innebär att kostnaderna stiger.

Det tidigare systemet var till överväldigande majoritet finansierat via skatter, något som ledde till låga nominella premier och därmed svaga prissignaler, som i sin tur ledde till dåligt fungerande konkurrens. Nederländsk sjukvård ransonerades via kontroll av utbudet, något som ledde till långa väntetider. Dessa väntetider ledde till allt mer frustration.

¹⁸ Civitas, *“Towards a Sound System of Medical Insurance?”*, 2002

5. Den nya reformen

Den stora reform som trädde i kraft 2006-2007 hade två huvudinslag: Först slogs de privata och offentliga delarna av andra avdelningen ihop till en enda obligatorisk. Sedan infördes konkurrens genom att försäkringsbolagen, som får gå med vinst, tillåts konkurrera med premier, kvalitet, service, med mera. Det nya systemet kan beskrivas enligt nedan, där den främsta skillnaden är att den andra avdelningen har slagits ihop till en enhet.

Figur 2. Det nya systemet¹⁹



Bakom den schematiska skissen finns naturligtvis en lång rad förändringar, som kan summeras enligt nedan. I AWBZ ingår bland annat sjukvård i hemmet, stödjande och aktiverande åtgärder, behandlingar och boende. I ZVW finns själva grunden, i form av medicinsk sjukvård, tandvård, paramedicinsk vård, mödravård, medicin och ambulans-transport vid behov.

¹⁹ Från Gress, Stefan, Manouguian, Maral, Wasem, Jürgen, "Health Insurance Reform in the Netherlands", CESifo DICE Report 1/2007

Figur 3. Centrala delar i sjukvårdsreformen²⁰

Key elements of the Dutch health insurance reform			
	Old system		New system
	Social health insurance	Private health insurance	“Private” social health insurance
Clients	Employees und self-employed under income ceiling (mandatory) 70% of the population	Employees und self-employed above income ceiling (voluntary) 30% of the population	All inhabitants (mandatory)
Premium calculation	Income dependent (85%) Community rating (15%) No risk rating	Risk rating	Income dependent (50%) Community rating (50%) No risk rating
Benefits	Standardized	Individual	Standardized
Benefits in kind or benefits in cash	Benefits in kind	Benefits in cash	Both
Voluntary deductibles	No	Yes	Yes
Group contracts	No	Yes	Yes

Source: Greß et al. 2006.

I det nya systemet finansieras sjukvården i Nederländerna enligt följande: Anställda betalar 6,5 procent av sin lön upp till ett inkomsttak på 30 000 euro per år, vilket ger en maximal inbetalning om cirka 2000 euro per person och år. Egenanställda, pensionärer och en del andra betalar 4,4 procent. Denna täcker cirka hälften av de totala sjukvårdskostnaderna. En nominell premie, som år 2006 i genomsnitt var 1050 euro, täcker den andra hälften.²¹

Försäkringarna tecknas hos privata, konkurrerande, försäkringsbolag som får sträva efter vinst. Den vanliga farhågan om att försäkringsbolagen kommer att välja bort alla dem som är verkligt sjuka eller diversifiera premierna har bemötts med flera mekanismer inom systemet: Försäkrare får inte variera premien utifrån ålder, kön eller riskbedömning, och de måste acceptera alla ansökningar. Ett riskutjämningsystem finns för att göra det finansiellt attraktivt för försäkrare att även locka till sig kroniskt sjuka och personer med hög risk. Detta system omfattar cirka 15 miljarder euro årligen. När myndigheterna fördelar medel ur denna pott till försäkringsbolag bedömer de bland annat hur många de försäkrade är, vilken inkomst de har och hur mycket försäkringsbolagen ger i ersättning för mediciner.

Risken att inte alla kommer att ha råd med premierna har också hanterats. Barn under 18 år betalar ingen premie utan det subventioneras via staten. Personer med låg inkomst kan få ekonomiskt stöd för att köpa en försäkring. Samt, förstås, det grundläggande faktum att halva kostnaden för sjukvården betalas via en premie som relateras till inkomsten, vilket innebär att personer med låg inkomst betalar låga premier.

²⁰ Från Gress, Stefan, Manouguian, Maral, Wasem, Jürgen, "Health Insurance Reform in the Netherlands", CESifo DICE Report 1/2007

²¹ Government of the Netherlands, "The New Care System in the Netherlands – Durability, Solidarity, Choice, Quality, Efficiency", Ministry for Health, Welfare and Sport

Försäkringsbolagen köper sjukvårdstjänsterna i sin tur av fritt konkurrerande leverantörer. Jämförelse av resultat, mer resultatbaserad finansiering, samt tryck från försäkrare skall ge vårdgivare incitament till förbättringar och effektiviseringar. Att medborgarna tydligt ser vad de betalar kan också bidra till en medvetenhet om kostnaden och en vilja att ställa krav såsom konsument av sjukvårdstjänster.

2005 infördes en så kallad ”no-claim rebate” som innebar att den person som inte kostade mer än 255 euro ett år fick tillbaka mellanskillnaden. Tanken var att ge incitament till att inte överutnyttja vården, enligt det klassiska dilemmat om ”moral hazard”. 2005 fick fyra miljoner personer del av denna rabatt. Denna togs bort vid årsskiftet 07/08 och ersätts av en obligatorisk självrisk på 150 euro. Tanken är motverka överutnyttjande. Grupper kan teckna gruppförsäkringar mot en grupprabatt, som får uppgå till högst 10 procent.²² Andelen som har försäkringar via någon grupp ökade från 29 procent år 2005 till 46 procent 2006. 85 procent av dessa är försäkrade via en fackförening – resterande har försäkringar via olika konsumentföreningar och patientgrupper. Enligt lag får försäkringsbolagen i prissättningen endast ta hänsyn till antalet medlemmar i gruppen, inte vilka som är medlemmar.²³

För att stärka försäkrarnas ställning gentemot vårdgivarna, och därigenom öka konkurrensen mellan vårdgivare, behöver försäkrare inte längre ingå kontrakt med alla vårdgivare. Försäkrare som försäkrar fler än 850 000 personer måste tillhandahålla sina tjänster nationellt. De som försäkrar färre personer får välja att vara aktiva i en eller flera provinser. Man får inte välja att vara aktiv endast inom delar av en provins.

Försäkringarna gäller över hela världen, men med holländska krav. Kvalitetsindikatorer rapporteras till en hemsida som konsumenterna har tillgång till gratis. Drygt fem miljoner får något bidrag för att täcka försäkringskostnaderna. Tidigare fick försäkringskassorna inte dela ut vinst, bara behålla den. Med den nya lagen får alla typer av försäkrare gå med vinst och disponera den som de önskar. Möter en person inte kravet att inneha en försäkring får man böter motsvarande 130 procent av den nominella premien.²⁴

En skillnad jämfört med Schweiz – som annars är det land i Europa som har störst andel privat sjukvård och privata sjukvårdsförsäkringar – är att försäkringsbolag tillåts ingå kontrakt med ett begränsat antal vårdgivare. I Schweiz måste i stället försäkringsbolagen ingå kontrakt med alla vårdgivare, något som minskar vårdgivarnas incitament för att öka sin effektivitet. Fler konsumenterna utnyttjar också möjligheten att byta bolag.

²² Government of the Netherlands, *“The New Care System in the Netherlands – Durability, Solidarity, Choice, Quality, Efficiency”*, Ministry for Health, Welfare and Sport

²³ Bartholomé, Yvette, Maarse, Hans, *“Health Insurance Reform in the Netherlands”*, *Eurohealth*, Vol 12, No 2, 2006, Douven, Rudy, Ligthart, Marco, Mot, Esther, Pomp, Marc, *“Early Experiences With the Dutch Health Care Reform”*, CPB Netherlands Bureau of Economic Policy Analysis, Autumn 2007

²⁴ Government of the Netherlands, *“Health Insurance in the Netherlands. The New Insurance System From 2006”*, Ministry for Health, Welfare and Sports, september 2005

Vilka effekter kan noteras hittills?

Fler än beräknat, cirka 20 procent, utnyttjade sin nya möjlighet att byta försäkringsbolag, till skillnad från endast en procent om året tidigare.²⁵ Några initiala effekter summeras i en studie:

“So far the implementation of the new health insurance scheme has caused fewer problems than some had originally feared. First, since the new legislation has come into effect, many more people than expected have changed insurer. According the latest data available, about 18% of the insured have switched from one insurer to another. While some insurers have grown significantly larger, one insurer has lost almost a quarter of its subscribers.”²⁶

Marknaden för sjukvårdsförsäkringar har konsoliderats. Det finns sex stora koncerner som har 90 procent av marknaden samt sju lokala bolag. Konkurrensen mellan grupp-försäkringar har ökat. Medborgarna har fått möjlighet att välja, och många har redan utnyttjat denna möjlighet, men har de kunnat fatta välgrundade beslut? Detta har undersökts, och figuren nedan illustrerar resultatet, i form av ett diagram som ställer premier mot upplevd kvalitet.

²⁵ Gress, Stefan, Okma, Kieke, Hessel, Franz, ”Managed Competition in Health Care in the Netherlands and Germany – Theoretical Foundation, Empirical Findings and Policy Conclusions”, Diskussionspapier 4/2001, Ernst-Moritz-Arndt-Universität Greifswald

²⁶ Gress, Stefan, Manouguian, Maral, Wasem, Jürgen, ”Health Insurance Reform in the Netherlands”, CESifo DICE Report 1/2007, s. 9

Figur 4. Medvetna val?



Författarna till studien där figuren finns med sammanfattar dess budskap:

*"The figure shows that of the insurers which can boast a favourable premium/service balance, which are situated above the line, the number with an increased customer base exceeds the number with a decreased customer base. Especially for the four insurers with relatively high premiums there seems to be a clear correlation: they can attract new customers if they provide a very good service, but they will lose customers if they provide a relatively poor service. It seems, then, that the insured have been able to identify insurers with favourable premium/service balances."*²⁷

Staten hade räknat med att den genomsnittliga premien skulle vara 1100 euro per år. Ett flertal oberoende bedömare ansåg att den skulle hamna mellan 1250 och 1300 euro. I stället blev den i genomsnitt 1060 euro. Om man räknar med grupprabatter var premien endast 1030 euro. Konkurrensen mellan försäkringsbolagen, också om de bästa priserna, var hård. Det finns också redan belegg för att konkurrensen har bidragit till ökad effektivitet hos leverantörerna. Flera har redan annonserat planer för minskade kostnader.²⁸ En webbsida med kvalitetsindikatorer har startats.²⁹

²⁷ Douven, Rudy, Ligthart, Marco, Mot, Esther, Pomp, Marc, "Early Experiences With the Dutch Health Care Reform", CPB Netherlands Bureau of Economic Policy Analysis, Autumn 2007

²⁸ Douven, Rudy, Ligthart, Marco, Mot, Esther, Pomp, Marc, "Early Experiences With the Dutch Health Care Reform", CPB Netherlands Bureau of Economic Policy Analysis, Autumn 2007

²⁹ European Observatory on Health Systems and Policies, "Health Care Systems in Transition", 2004, s. 30

²⁹ Grol, Richard, "Quality Development in Health Care in the Netherlands", Centre For Quality of Care Research, Radboud University Nijmegen Medical Centre, mars 2006

Sjukvårdsreformen har också redan påverkat medborgarnas privatekonomi. Den genomsnittliga köpkraften per hushåll ökade redan år 2006 med 1,5 procent, vilket till största delen kan hänföras till sjukvårdsreformen. Enligt en studie har 80 procent av hushållen fått ökad köpkraft genom reformen, medan 20 procent har förlorat något i köpkraft.³⁰ Arbetsgivare fick i och med reformen börja betala även för de som tidigare varit privat försäkrade. För att motverka dessa effekter sänktes den inkomstrelaterade premien samt bolagsskatten något, vilket kompenserade för den ökade kostnaden.

Även den nya konkurrensen mellan försäkringsbolag har haft inledande effekter. Priserna steg i genomsnitt det första året med 0,5 procent, vilket var lägre än den prisökningstakt som tidigare bedömdes som sannolikt på strax över en procent per år. Men flera bedömare har pekat på behovet att liberalisera prissättningen ytterligare för att främja konkurrensen än mer. Avregleringarna och den ökade konkurrensen genom de successiva reformerna ända sedan mitten av 1980-talet har sannolikt också lett till ökad betydelse för kvalitetsgranskning inom sjukvården.³¹

Även under 1990-talet gjordes ett antal kompletterande förändringar. Insikten att kvalitet kommer att ha hög prioritet i framtiden bidrog till ökad kostnadsmedvetenhet bland vårdgivare, med investeringar i metoder att kontrollera kostnaderna. Vidare organiserades försäkringskassorna om, så att mer marknadsorienterade chefer tog över. Bland annat motverkade detta gamla priskarteller, till exempel inom leverantörer av viss medicinsk utrustning, med lägre priser som följd. Inom försäkringskassorna öppnades även upp för konkurrens.³²

Vad gjorde reformen möjlig?

Vissa förutsättningar kan behöva vara på plats för att ett möjligheternas fönster att reformera – att gå från analyser till handling – ska bli möjligt. I detta fall var reformen i delvis resultatet av diskussioner som pågått flera decennier. Att försäkringskassor och privata försäkringsbolag mer och mer liknade varandra och agerade likadant underlättade också.

Särintressenas makt minskade något. Exempelvis fick staten 1992 mer makt över vårdgivarnas prissättning, förvisso efter en utredning som egentligen skulle leda till prisavreglering. När väl beslutet om avreglering var fattat kunde staten använda denna roll för att bryta upp stelheter som följd av särintressens makt. Regeringen har dessutom försökt göra beslutsprocessen klarare genom att hålla isär exekutiva, rådgivande och administrativa grupper.

År 2000 kom regeringen med ett förslag om att slå ihop systemet till ett enda och införa konkurrens. Regeringen som kom till makten 2003 lyckades skapa en parlamentarisk

³⁰ Douven, Rudy, Ligthart, Marco, Mot, Esther, Pomp, Marc, "Early Experiences With the Dutch Health Care Reform", CPB Netherlands Bureau of Economic Policy Analysis, Autumn 2007

³¹ Sluijs, Emmy M, Wagner, Cordula, "Progress in the Implementation of Quality Management in Dutch Health Care: 1995-2000", International Journal for Quality in Health Care, Vol 15, Nr 3, 2003

³² Maarse, Hans, Bartholomé, "A Public-Private Analysis of the New Dutch Health Insurance System", European Journal of Health Economics, 2007

majoritet för förslaget. Hans Hoogervorsts – hälsominister mellan maj 2003 och februari 2007 – förslag bygger till stora delar på Dekker-planen, men är radikalare.

Många olika idéer har diskuterats och regeringar har vågat lägga fram olika förslag. Redan 2001 föreslog regeringen att sjukvården skulle bli mer driven av konsumenternas efterfrågan genom att öka valmöjligheterna för konsumenter, konkurrensen och öka försäkrarnas roll. Ett år innan dess hade redan arbetstagar- och arbetsgivarorganisationer kommit överens om en kompromiss gällande en omstrukturering. Båda dessa initiativ har gjort stora avtryck i det nya förslaget.

Även det nya reformförslaget möttes av viss skepsis. Läkare, patientgrupper och arbetsgivare argumenterade för att konkurrens inte lämpade sig inom sjukvården. Den här gången var dock många försäkrare och vårdgivarorganisationer positivt inställda till en radikal reform efter årtal av allt mer statlig inblandning i deras verksamhet. Det fanns med andra ord intresseorganisationer på båda sidorna. Av betydelse var att försäkringsbolagens gemensamma organisation, Dutch Health Care Insurers, drev på för en reform.³³

Förslaget kan ses som en kompromiss mellan kristdemokratiska CDA och liberala VVD. CDA insisterade på gratis försäkring för de under 18 samt ekonomiskt stöd till familjer. Kraven härstammar ur en vilja att gynna familjen som institution. VVD fick igenom sitt krav på en skattesänkning som allmän kompensation för de högre premierna. En kompromiss inom regeringen kunde nås.

Vad händer i framtiden?

Priser får förhandlas fritt inom tio procent av ett sjukhus tjänster, en andel som är tänkt att öka gradvis i och med att staten släpper sitt grepp om priskontrollen. Frågan om väntetider är central i diskussionen om fortsatta förändringar.

Det finns ett problem med att lösningar med ”preferred provider” inte har slagit igenom, något som minskar konkurrensen mellan vårdgivare. Även de som har tecknat en försäkring med ”preferred provider” får, mot en avgift, uppsöka annan vårdgivare. Denna straffavgift får, enligt EU-lag, inte vara så hög att den blir ett hinder för att få vård. Om domstolar fråntar försäkrare rätten att styra sina kunder till de kontrakterade vårdgivarna kommer det att hålla konkurrensen mellan vårdleverantörer tillbaka.

När det gäller konkurrens mellan vårdgivare finns således en del att göra. 2005 fick, som nämnt, sjukhus möjlighet att själva förhandla fram priser på 10 procent av sin produktion, det så kallade B-segmentet. De resterande 90 procenten – A-segmentet – finansieras fortsatt genom det budgetsysteem som introducerades på 80-talet. Inom A-segmentet förhandlar försäkrare gemensamt med sjukhus, varför effektivisering inom ett enskilt sjukhus inte kan leda till lägre priser. 2008 utökas dock B-segmentet från 10 till 20 procent och från 2009 kommer pristak att införas på stora delar inom A-segmentet. 2011 kommer ytterligare beslut angående prisavreglering att tas.

³³ Koimans, Patrick (Delta Lloyd), e-mail-intervju, januari 2008

Ett sätt att komma till rätta med detta är att öka graden av finansiell risk som försäkrare bär. Till viss del är risken låg för försäkringsbolagen, vilket är en konsekvens av riskutjämnningen. Får inte premier differentieras enligt lag kommer försäkringsbolagen inte att ha möjlighet att avvärja negativa risker. Detta har samtidigt minskat incitamenten för effektiva upphandlingar.

Insatser görs för att öka kvalitetsgranskning och erbjuda bättre information kring uppnådda resultat. En ökning av sådana aktiviteter kan spåras tillbaka till mitten av 1990-talet. Dessutom har ett nytt institut, Institute for Customer Experience Research in the Health Care Service, startats, med detta syfte. Även intresseorganisationen Health Care Insurers Netherlands har egna indikatorer på kvalitet.

Fackförbund, arbetsgivare, konsumentorganisationer, patientgrupper kan, speciellt med tanke på det stora antalet gruppförsäkringar, spela en viktig roll när det gäller att övervaka kvalitet för att därmed främja sund konkurrens. Experiment där försäkrare betalar vårdgivare efter uppnådda resultat har gjorts.

En debatt kring huruvida systemet strider mot EU:s regler pågår, främst tredje direktivet om så kallad "non-life insurance". Där förbjuds medlemsstater att reglera priser och annat på privata försäkringsmarknader. Kommissionen har uttryckt sitt stöd för att det nederländska sjukvårdssystemet är tillåtet, men vad domstolen kommer att besluta är oklart. Även riskutjämnningssystemet har diskuterats ur denna aspekt då det kan betraktas som statliga garantier.

Graden av offentlig finansiering ökar, liksom kostnaderna för sjukvården i sin helhet, om än i en lägre takt än vad som förväntades. Man tror att behovet av att minska kostnadsutvecklingen kommer att bli en het fråga, där visst skydd kan flyttas från basförsäkringen till privata tilläggförsäkringar och där graden av medfinansiering kan komma att öka. Livsstilsberoende premier har diskuterats som ett sätt att öka det personliga ansvaret och bromsa kostnadsutvecklingen.

6. Hur ser reformprocessen i Nederländerna ut?

Den så kallade Polder-modellen, som är en i grunden korporativ beslutsstruktur med konsensusökande mellan stat och organisationer, har ofta lett till komplexa system och långa förhandlingar.³⁴ Sveriges Kommuner och Landsting påpekar i en studie att Nederländerna tidigare har haft problem med att genomdriva sina reformer:

"Förslag och ibland beslut i Tyskland, Holland, Portugal och Grekland om förändringar har inte realiserats. Det sammanhänger bland annat med att det tar lång tid att förändra ett helt system och under tiden förändras villkoren. Det hänger också ihop med att sjukvårdssystem är komplexa och att förändringar i ett avseende ger andra förändringar,

³⁴ See t ex de Jong, Philip R, Mosca, Illaria, "Changes and Challenges of the New Health Care Reform in the Netherlands: What Should the Dutch Be Aware of?", TILEC Discussion Paper, DP 2006-026, Tilburg University, 2006

inte alltid vare sig förutsedda eller önskade ... Det [en trend mot fler reformer] gäller också Holland, där man beslutat att år 2006 överge den nuvarande splittringen på offentlig och privat försäkring och låta försäkringsbolagen och kassorna konkurrera med en civilrättslig reglering. Det bör dock noteras att flera tidigare beslut om förändringar av systemet i Holland aldrig har genomförts i praktiken.”³⁵

Nederländerna har en tradition av att gå långsamt framåt i reformprocesser, där förslag diskuteras och förankras. Stadiga förhållanden mellan konsument och vårdgivare verkar vara svåra att rubba om inte incitamenten blir större. Den långsamma reformtakten har inneburit flera regeringsskiften och mycket tid för särintressen att lobba, något som fått utvecklingen att bli mer osäker.

Lärdomar

Den väl optimistiska tidtabellen kan ha varit av godo då man annars riskerat att inte komma framåt. Den satte press på de olika aktörerna. Att bygga upp institutioner som kan styra konkurrensen mot socialt accepterade mål är inte lätt och tar tid. Fyra skäl till varför reformprocessen tagit sådan tid kan identifieras: Särintressen med starka lobbygrupper har motsatt sig förändring. Beslutsprocessen är rörig och korporativ. Arbetsgivare motsatte sig Simons-planen av rädsla för att staten skulle vilja expandera antalet förmåner snarare än att hålla tillbaka kostnader, något som skulle öka företagens lönekostnader och minska deras konkurrenskraft. Även försäkringsbolag oroades över att detta skulle innebära ytterligare statliga regleringar och kostnader som följd av riskutjämningsystem. Läkare motsatte sig Simons-planen för att de tyckte att definitionerna av vad som skulle tillhandahållas var för luddiga, något som öppnade för konkurrens mellan vårdgivare.

Den försiktiga metoden med stegvis förändringar har skapat politiskt motstånd. Men huvudförslaget är balanserat och kan locka såväl höger som vänster i politiken. Vänstern gillar det obligatoriska momentet i försäkringen och högern att man ska marknadsanpassa systemet. Därför har olika regeringar kunnat stödja reformen. Problemet är att sökandet efter konsensus riskerar vattna ur reformen. Högern, uppbackad av arbetsgivare, motsatte sig en del förändringar under 90-talet då man ansåg att för mycket vikt lades vid att göra försäkringen obligatorisk än att göra den effektiv.

Ett annat skäl till att det har tagit tid är att behovet av en sjukvårdsreform inte har uppfattats som akut. Demografiska problem infinner sig först längre in i framtiden, så det ansågs vara gott om tid. Reformen är också mycket komplex rent tekniskt. Att få gamla system att överlappa med nya har visat sig svårare än man trott. Även skapandet av en fungerande riskutjämnning, att motverka karteller samt att ta bort incitament för att göra ett riskurval, har visat sig svårt.

“The main lesson of Dutch health care reforms so far has been the difficulty of implementing radical reforms in a society with a weak central government and powerful interest groups. ... As no political party has ever had an absolute majority, compromises always have had to be made. Furthermore, officially recognized associations of providers

³⁵ Sveriges Kommuner och Landsting, ”Svensk vård i internationell belysning”, april 2005, s. 4

and health insurers are entrusted with substantial authority to negotiate health care prices and other contractual conditions. They can influence health policy through a number of advisory bodies on which they are formally represented. Within this corporate decision-making structure, neither government nor any of the major interest groups has enough power to accomplish fundamental changes without the support of the others. However, each group has sufficient influence to obstruct the others' initiatives.”³⁶

7. Relevant för Sverige?

Svensk sjukvård står i grunden inför samma utmaningar och möjligheter som sjukvården i resten av västvärlden. Efterfrågan kommer att öka i takt med nytt välstånd och den demografiska utvecklingen. Den än så länge lägre produktiviteten i sjukvården jämfört med samhället i övrigt driver upp kostnaderna. Samtidigt pågår en teknisk och medicinsk utveckling som kan fortsätta göra oss friskare och förlänga vår levnadstid och som kan förbättra hälso- och sjukvården – om de ges möjligheten.

Det finns också starka belägg för att offentliga monopol, som hanterar såväl leverans som finansiering av sjukvård, dras med stora problem. Incitamenten att anpassa tjänsterna till konsumenterna är svaga, liksom incitamenten att effektivisera.³⁷ Medarbetarna är mindre nöjda inom offentliga enheter jämfört med privata.³⁸ Bristen på konkurrens gör att kreativiteten och valfriheten begränsas. Offentliga monopol kan också göra det svårare att bli exportör av sjukvårdstjänster, vilket annars kan vara en framtidsbransch.

Sjukvården står med andra ord inför möjligheter och utmaningar – reformer behövs, i Sverige och i andra länder. I Sverige har en hel del förändringar genomförts, vilka man kan lära av. Sveriges sjukvård står sig redan väl internationellt avseende kvalitet, men i frågan om tillgänglighet finns däremot stora problem.³⁹ Dessa två faktorer gör att Sverige hamnar på plats sex i 2007 års ranking av europeisk sjukvård. Nederländerna hamnar på plats två i denna ranking. Justerar man för kostnad hamnar Sverige på plats åtta och Nederländerna fortfarande på plats två.⁴⁰ En slutsats i denna studie är att:

”Countries with pluralistic financing systems, e.g. offering a choice of health insurance solutions, which also provide the citizen with a choice between providers regardless of whether these are public, private, non-profit or for-profit, generally score high on Patient Rights and Information issues.”⁴¹

³⁶ European Observatory on Health Systems and Policies, *“Health Care Systems in Transition”*, 2004, s. 278


³⁷ Munkhammar, Johnny, *”Sagan om välfärdens återkomst”*, Hjalmarson & Högberg 2004

³⁸ Kommunalarbetareförbundet, *”Upplevelser och erfarenheter från arbete inom äldreomsorg och omsorg”*, 1998-10-21

³⁹ Sveriges Kommuner och Landsting, *”Svensk vård i internationell belysning”*, april 2005, s. 3

⁴⁰ Health Consumer Powerhouse, *”Euro Health Consumer Index 2007”*, 2007

⁴¹ Health Consumer Powerhouse, *”Euro Health Consumer Index 2007”*, 2007, s. 23




Utmaningarna för sjukvården i Sverige och Nederländerna är med andra ord liknande, men styrkorna är olika. Mycket av det som Sverige ännu diskuterar – valfrihet, konkurrens, ökad privat finansiering, entreprenörskap – har blivit verklighet i Nederländerna. Och det har gett positiva resultat i form av kostnadskontroll, pressade konsumentpriser, reella val, bredare utbud och högre kvalitet. Följaktligen har Nederländerna ett av världens högst rankade sjukvårdssystem idag, även om det fortfarande finns en hel del kvar att göra.

Sverige borde kunna lära av detta. Hur sjukvården har organiserats historiskt skiljer sig tydligt åt. Sverige har länge haft offentligt levererad och finansierad sjukvård, medan Nederländernas tradition bygger på obligatorisk sjukvård, statligt reglerad, men med olika system och privatägda vårdleverantörer. Men även om utgångslägena är olika så kan riktningen vara densamma. De exakta metoderna för att införa konkurrens, valfrihet och entreprenörskap i svensk sjukvård behöver vara andra, men inte riktningen.

Nederländerna visar att det går att genomföra en långtgående reform av sjukvården i denna riktning. De visar också att de risker som ofta uppfattas, såsom differentiering av premier och selektering av försäkringsbolag, kan hanteras. Sverige liknar Nederländerna i frågan om långa diskussioner, många utredningar och väl förberedda förslag, gärna med bred enighet mellan partierna. Dessutom har även Sverige en korporativistisk tradition i beslutsfattandet. Även i Sverige kan stora förändringar, såsom den som genomfördes i pensionssystemet, ta tid – men de genomförs ofta effektivt.

Referenser

- Bartholomé, Yvette, Maarse, Hans, "Health Insurance Reform in the Netherlands", Eurohealth, Vol 12, No 2, 2006
- Baumol, William J, "Macroeconomics of Unbalanced Growth: The Anatomy of Urban Crises", The American Economic Review, vol 57, no 3, 1967
- Blomqvist, Paula (red), "Den gränslösa välfärdsstaten", Agora 2003
- Capretta, James C, "Global Aging and the Sustainability of Public Pension Systems", Center for Strategic and International Studies, 2007
- Civitas, "Towards a Sound System of Medical Insurance?", 2002
- de Jong, Philip R, Mosca, Illaria, "Changes and Challenges of the New Health Care Reform in the Netherlands: What Should the Dutch Be Aware of?", TILEC Discussion Paper, DP 2006-026, Tilburg University, 2006
- Douven, Rudy, Ligthart, Marco, Mot, Esther, Pomp, Marc, "Early Experiences With the Dutch Health Care Reform", CPB Netherlands Bureau of Economic Policy Analysis, Autumn 2007
- European Observatory on Health Systems and Policies, "Health Care Systems in Transition", 2004
- Fogel, Robert W, "Catching Up With the Economy", The American Economic Review, vol 89, no 1, 1999
- Government of the Netherlands, "Health Insurance in the Netherlands. The New Insurance System From 2006", Ministry for Health, Welfare and Sports, september 2005
- Government of the Netherlands, "The New Care System in the Netherlands – Durability, Solidarity, Choice, Quality, Efficiency", Ministry for Health, Welfare and Sport
- Gress, Stefan, Manouguian, Maral, Wasem, Jürgen, "Health Insurance Reform in the Netherlands", CESifo DICE Report 1/2007
- Gress, Stefan, Okma, Kieke, Hessel, Franz, "Managed Competition in Health Care in the Netherlands and Germany – Theoretical Foundation, Empirical Findings and Policy Conclusions", Diskussionspapier 4/2001, Ernst-Moritz-Arndt-Universität Greifswald
- Grol, Richard, "Quality Development in Health Care in the Netherlands", Centre For Quality of Care Research, Radboud University Nijmegen Medical Centre, mars 2006



Ham, Chris, Brommels, Mats, "Health Care Reform in the Netherlands, Sweden and the United Kingdom", Health Affairs, vintern 1994

Health Consumer Powerhouse, "Euro Health Consumer Index 2007", 2007

Kaplan, Richard, "Who's Afraid of Personal Responsibility? Health Savings Accounts and the Future of American Health Care", University of Illinois, Law and Economics Working Paper LE05-025, 2005

Kommunalarbetareförbundet, "Upplevelser och erfarenheter från arbete inom äldreomsorg och omsorg", 1998-10-21

Maarse, Hans, Bartholomé, "A Public-Private Analysis of the New Dutch Health Insurance System", European Journal of Health Economics, 2007

Munkhammar, Johnny, "Sagan om välfärdens återkomst", Hjalmarson & Högberg 2004

Munkhammar, Johnny, "The Guide to Reform", Timbro/Institute of Economic Affairs, 2007

OECD, "Competition in the Provision of Hospital Services", Directorate for Financial and Enterprise Affairs, 27 oktober 2006

Saltman, Robert B, Figueras, Josep (eds), "European Health Care Reform: Analysis of Current Strategies", European Observatory on Health Systems and Policies, 1997

Sluijs, Emmy M, Wagner, Cordula, "Progress in the Implementation of Quality Management in Dutch Health Care: 1995-2000", International Journal for Quality in Health Care, Vol 15, Nr 3, 2003



– de forskande läkemedelsföretagen

Läkemedelsindustriföreningens Service AB
The Swedish Association of the Pharmaceutical Industry AB
Box 17608, SE-118 92 Stockholm
Tel: +46 8 462 37 00 Fax: +46 8 462 02 92 E-mail: info@lif.se www.lif.se www.fass.se

LIF rapport 2008:5 • Maj 2008 • SID 28 (28)