Sjukvårdsreformer i andra länder

SOU
1994:115

Sjukvårdsreformer i andra länder

Rapport till Kommittén om
hälso- och sjukvårdens finansiering
och organisation,
HSU 2000

SOU
1994:115

31

Statens offentliga utredningar
1994:115
Socialdepartementet

Sjukvårdsreformer i andra länder

Sven-Eric Bergman
Kerstin Einevik-Bäckstrand

Rapport till Kommittén om hälso- och sjukvårdens finansiering och organisation, HSU 2000
Stockholm 1994

SOU och Ds kan köpas från Fritzes kundtjänst. För remissutsändningar av SOU och Ds svarar Fritzes, Offentliga Publikationer, på uppdrag av Regeringskansliets förvaltningskontor

Beställningsadress: Fritzes kundtjänst
106 47 Stockholm
Fax: 08-20 50 21
Telefon: 08-690 90 90

REGERINGSKANSLIETS
OFFSETCENTRAL

Stockholm 1994

ISBN 91-38-13772-0
ISSN 0375-250X

Förord

Det är påtagligt att det internationella perspektivet på hälso- och sjukvården och dess reformer i dag är långt mer framträdande än tidigare. Jämförelser med andra länder har under senare år kommit att spela en viktig roll i den hälso- och sjukvårdspolitiska debatten både i Sverige och utomlands.

Detta mönster är generellt för många politikområden. För hälso- och sjukvården blir det särskilt påtagligt genom att kunskaper och metoder inom medicin och andra kunskapsområden i hög grad utvecklas i internationellt samarbete och i kontakter över gränserna.

Drivkrafterna bakom de svenska övervägandena att reformera hälso- och sjukvården är ingalunda unika. De ekonomiska villkoren är i allt högre grad kopplade till vårt stora och växande beroende av omvärlden. Kraven på förändringar är i många avseenden desamma i hela västvärlden, antingen de emanerar från utvecklingen *inom* hälso- och sjukvården eller från förändringar i samhället i stort. Värderingar och attityder sprids snabbt över gränserna.

Kommittén om hälso- och sjukvårdens finansiering och organisation - HSU 2000 - har därför låtit utarbeta en särskild rapport om sjukvårdsreformer i andra länder. Rapporten följer upp vad som hänt under 1990-talet i sju OECD-länder och koncentrerar sig på reformer som har särskild relevans för svenska reformöverväganden. Efter redovisningen av reformerna i de olika länderna diskuteras vilka erfarenheter som är av särskilt intresse för reformarbetet i Sverige. Slutligen behandlas likheter och skillnader i pågående reformer; motiv, finansiering, styrning och organisation.

Rapporten har utarbetats av utredaren Kerstin Einevik-Bäckstrand, som har ingått i kommitténs sekretariat, och konsulten Sven-Eric Bergman. Författarna svarar själva för innehållet.

Rapporten ingår i en serie skrifter som kommer att utgöra underlag för kommitténs överväganden och förslag i fråga om hur hälso- och sjukvården bör finansieras och organiseras i framtiden.

Stockholm i augusti 1994

Göran Rådö
Ordförande i HSU 2000

Innehållsförteckning

1 Inledning

1.1 Motiv för att studera reformer i andra länder

Att jämföra sig med andra är ett sätt att bättre förstå sin egen situation. Hälso- och sjukvården karakteriseras av att det finns mycket som är *relativt*; det må vara behov, tillfredsställelse eller resultat. Inget sjukvårdssystem kan därför utgöra sin egen referens utan jämförelser är nödvändiga för att kunna bedöma och värdera systemet.

Problemen är i många avseenden lika i OECD-länderna och man kan därför lära av varandra. Det kan handla om avgränsade tekniska lösningar på speciella områden eller om processer för förändring, där det mer är angreppssätt och metoder som är av intresse.

Experiment och försök är ofta svåra att genomföra inom stora och komplicerade hälso- och sjukvårdssystem. De tar dessutom lång tid att utvärdera. Att jämföra med andra blir därför en viktig metod för att få en uppfattning om hur tänkta förändringar i det egna systemet kan fungera.

En allmän orientering för att kunna placera in den svenska utvecklingen i sitt sammanhang är *i sig* värdefull. I den svenska debatten sker dessutom alltmer referenser till vad som hänt och händer i andra länder.

1.2 Studiens inriktning och omfattning

Det finns inget behov av att göra någon allmän och detaljerad genomgång av hur sjukvårdssystem i olika länder är uppbyggda. Flera översikter av sådant slag finns redan (se exempel i referenslistan).

Denna studie följer upp vad som hänt under de senaste åren och koncentrerar sig på reformer som är speciellt intressanta för HSU 2000. För att det skall vara möjligt att förstå *reformerna* och deras mekanismer behövs

dock en grundläggande kunskap om hur de olika ländernas hälso- och sjukvårdssystem är uppbyggda. Varje land inleds därför med en kortfattad redogörelse för hälso- och sjukvårdssystemets grunder.

Studien söker fånga motiven bakom reformerna i olika länder. Den beskriver och analyserar den policy man valt för att lösa problemen samt vilka effekter reformerna fått. Erfarenheter av intresse för det svenska reformarbetet lyfts särskilt fram. Internationella erfarenheter kan ge underlag för kommitténs fortsatta arbete på i första hand följande områden:

- Vårdens finansiering
- Totalkostnadskontroll
- Marknadslika arrangemang (i vid mening)
- Valfrihet
- Ersättningssystem
- Organisation (ägande och styrning) av sjukvårdens produktion
- Koordination av sjukvårdsresurser, strukturfrågor
- Husläkarsystem

Studien inriktas därför i första hand på dessa områden. Avgränsningen innebär att flera i och för sig viktiga områden inte behandlas. Det gäller t.ex. hälsoläge och satsningar på förbyggande vård samt kvalitesarbetet.

De studerade länderna representerar olika grundsystem. England, Danmark, Finland och Kanada har en skattefinansierad hälso- och sjukvård; centraliserad eller decentraliserad och med skilda styrmekanismer. Tyskland och Nederländerna representerar den kontinentala traditionen med socialförsäkringar. Hälso- och sjukvården i USA är privatfinansierad och i hög grad pluralistisk.

Reformläget i de olika länderna skiljer sig åt. I några fall handlar det om redan genomförda reformer, i andra om förändringar under implementering och i återigen andra om förslag. Hälso- och sjukvården i Danmark och i Kanada är inte direkt under reformering, men är ändå av intresse för den svenska debatten.

1.3 Studiens disposition

Systemen för finansiering, styrning och organisation kan delas in i kategorier på olika sätt. En sådan indelning ger en referensram när man studerar de enskilda länderna. Som en kort bakgrund beskrivs därför i kapitel 2 några viktiga element och relationer i hälso- och sjukvårdssystemen.

Kapitel 3–9 behandlar de olika länderna. För varje land behandlas systemets grunder, samt motiv, syften, innehåll och effekter av reformerna. Därefter diskuteras vilka utvecklingstendenser som kan urskiljas. Erfarenhet av speciellt intresse för de svenska reformövervägandena avslutar genomgången av varje land.

I kapitel 10 knyts analysen ihop genom att gemensamma drag och skillnader lyfts fram.

2 Bakgrund

2.1 Principer för finansiering, produktion och tillhandahållaransvar

Behovet av vård varierar, dels mellan individer, dels hos samma individer över tiden. Om patienten vid vårdtillfället skulle betala vårdgivaren direkt ur egen ficka, skulle det kunna få drastiska konsekvenser för individens ekonomi. Det är av detta skäl som praktiskt taget alla hälso- och sjukvårdssystem bygger på någon form av tredjepartsfinansiering. Finansieringen är indirekt och sker genom skatter eller försäkringar, privata eller offentliga.

Tredjepartsfinansieringen påverkar både producenten och patienten. Hur ersättningssystem, avgiftssystem och andra incitament är utformade bestämmer i hög grad konsekvenserna av denna påverkan. Normalt har t.ex. varken patienter eller producenter något större intresse av kostnaderna när valet av behandling avgörs. Effekten av de överenskommelser som görs mellan patient och vårdgivare drabbar tredje parten (finansiären).

Såväl finansiering som produktionen kan vara privat eller offentlig. Följande modell brukar användas för att visa olika kombinationer av privat och offentlig finansiering respektive privat och offentlig produktion av vården.

Figur 2.1 Exempel på sjukvårdssystem

Exempel på sjukvårdssystem		
Produktion \ Finansiering	**Offentlig**	**Privat**
Offentlig	Nationella hälso- och sjukvårdssystem (England, Sverige)	- -
Privat	Offentliga försäkringssystem (Kanada)	Privata försäkringssystem (USA)

Med denna figur som utgångspunkt kan man visa på några huvuddrag i olika länders hälso- och sjukvårdssystem.

* Som *nationella hälso- och sjukvårdssystem* klassificeras t.ex. systemen i England, Sverige, Finland och Danmark. De karaktäriseras av att vara *skattefinansierade*. Huvuddelen av *produktionen sker i offentlig regi*. Finansiering och produktion sker i ett integrerat system. I denna typ av hälso- och sjukvårdssystem har politiker på nationell respektive lokal nivå det yttersta ansvaret för finansiering, tillhandahållande och drift av verksamheten.

* Det kanadensiska systemet klassificeras som ett *offentligt försäkringssystem*. I praktiken *finansieras* även det kanadensiska hälso- och sjukvårdssystemet *med skatter*. Den väsentliga skillnaden i förhållande till de svenska och engelska systemen är att *sjukvårdsproduktionen sker i privat regi*. Det gäller både vård vid sjukhus och övrig läkarvård. Det finns således en tydlig separation mellan ansvaret för att finansiera och tillhandahålla vård, som ligger på provinsregeringen, och ansvaret för driften som ligger hos den privata producenten.

* USA används som exempel på ett hälso- och sjukvårdssystem som kan betecknas som *privat försäkringssystem* (även om man inte kan bortse från att det finns ett betydande offentligt åtagande för pensionärer och fattiga inom ramen för *Medicare* och *Medicaid*). Detta system kännetecknas av att *finansieringen*, åtminstone i betydande delar, sker genom

privata riskrelaterade försäkringar och att även *produktionen* i huvudsak sker *i privat regi*. I USA, liksom i andra länder med privat produktion, är ansvaret för produktionen normalt skild från finansiären/försäkringsbolaget. I princip kan man säga att tillhandahållaransvaret genom privaträttsliga försäkringsarrangemang ligger hos försäkringsgivaren.

* De europeiska hälso- och sjukvårdssystem som bygger på försäkringar, t.ex. i Tyskland och Nederländerna, har till skillnad från USA *allmänna, obligatoriska försäkringar* där avgiften står i relation till inkomsten. De övergripande spelreglerna i systemen fastställs av staten men finansieringsansvaret ligger hos försäkringsgivaren. *Produktionen* sker både i *privat och offentlig regi*.

Det finns flera olika former av privat produktion. I de flesta länder där produktionen sker i privat regi är det vanligt att sjukhusen drivs av stiftelser eller av andra former av *icke vinstsyftande* organisationer. Ofta har dessa sjukhus sitt ursprung i välgörenhetsorganisationer, religiösa sammanslutningar, kloster etc. I t.ex. USA och Tyskland, finns sjukhus som drivs i *vinstsyfte*. I Nederländerna och Kanada är detta däremot förbjudet.

När det gäller husläkare eller andra former av öppenvårdsläkare i första linjen är det vanligast att dessa driver verksamheten i *privat regi som egenföretagare* eller i läkargrupper. Andra specialister driver vanligen också verksamheten i privat regi som egenföretagare. Det gäller i vissa länder, t.ex. Kanada och USA, även de specialister som på en del av sin tid tjänstgör vid sjukhus.

2.2 Principer för organisation och styrning av produktionen

Organisation och styrning

Organisation och styrning handlar om hur man ordnar ett antal olika aktörer i relation till varandra och vilka mekanismer som används för att få dessa att fungera tillsammans. Expertgruppen till HSU 2000 (SOU 1993:38) betecknade dessa aktörer som konsumenter/patienter, 'förstalinjens-producenter' (primärvård), 'andra-linjens-producenter' (sjukhus), myndigheter och tredjepartsfinansiärer. Expertgruppen gav också några exempel på hur dessa aktörer är relaterade till varandra:

* Integration mellan tredjepartsfinansiär och vårdgivare i ett system utan konkurrens: Ett system där tredjepartsfinansiär och producenter ingår i samma organisation. Möjligheten finns att genom s.k. interna marknader utveckla viss konkurrens mellan vårdenheterna (t.ex. *NHS* i England och svenska landsting).
* Integration mellan tredjepartsfinansiär och vårdgivare i ett system med konkurrens: En integrerad sjukvårdsorganisation behöver inte ta formen av offentligt monopol dit medborgaren ansluts, utan kan också uppträda i form av mindre enheter utsatta för konkurrens (t.ex. *HMO* i USA).
* Tredjepartsfinansiären kontrollerar 'första-linjens-producenter' och 'andra-linjens-producenter' genom villkor för ekonomisk ersättning: I detta fall kan tredjepartsfinansiären vara både ett privat försäkringsbolag eller en offentlig försäkringsgivare. Denna organisationsform utmärks av att finansiären avstår från att integrera framåt (att gå samman med producenten) utan söker kontrollera producenten genom ekonomisk ersättning och övervakning (t.ex. de tyska och nederländska systemen).

Ersättningssystemen

Formerna för att ersätta *vårdgivarna (läkare)* kan delas in på följande sätt:

* *Prestationsrelaterad ersättning* - kan vara *fee-for-service*, som innebär att man får betalt för varje utförd prestation, eller ersättning med bestämt belopp per besök
* *Kapitation* - ersättning för varje ansluten patient under en bestämd tidsperiod
* *Lön* - fast avtalad ersättning för en bestämd tidsperiod

De två första formerna kan ses som system där ersättningen följer patienten. Det gäller i synnerhet för ersättningssystem som bygger på enbart prestationer. I praktiken förekommer även kombinationer av dessa grundprinciper. Det gäller t.ex. ersättningar till husläkare som i flera länder är en kombination av kapitation och prestationsrelaterad ersättning.

Ersättning till *sjukhus* kan indelas i två huvudgrupper:

* *Prestationsrelaterad ersättning* - kan vara ersättning per åtgärd eller per vårdepisod, t.ex. i form av *DRG*, eller ersättning per vårddag
* *Budget* - som kan vara mer eller mindre detaljstyrande

De prestationsrelaterade ersättningarna kan ses som ersättningssystem där pengarna följer patienten. I praktiken förekommer även vid ersättning till sjukhus blandformer där t.ex. delar av ersättningen betalas som en budget och andra delar utgörs av någon form av prestationsersättning.

2.3 Principer för styrning av patienter

Styrning av patienterna sker på flera sätt. Restriktioner i valfriheten förekommer när det gäller såväl val av vårdnivå, vårdgivare och behandling som val av försäkringsgivare. Syftet är som regel att begränsa kostnadsutvecklingen. Exempel på mekanismer som används är *patientavgifter* och *krav på remiss* för vissa behandlingar. Det finns ibland inslag av *självrisk* i försäkringarna.

2.4 Några viktiga inslag i reformerna

Det substantiella innehållet i reformerna kommer att behandlas land för land. I avsnitt 10 kommer några gemensamma drag och skiljelinjer att behandlas. Avsikten med att här peka på några viktiga inslag i reformerna är att ge en ram för den fortsatta framställningen.

Inslagen kan *schematiskt* grupperas kring ett antal huvudproblem. I verkligheten är de sammanflätade i ett komplicerat mönster.

Problem med totalkostnadsutvecklingen
- Ökade patientavgifter
- Begränsning av vårdens åtagande
- Reglering av utbud (t.ex. etableringskontroll)
- 'Slutet' ersättningssystem (budgettak)

Problem med låg produktivitet och effektivitet
- Åtskillnad av finansiering/tillhandahållande och produktion
- Kontrakt mellan finansiär/tilhandahållare och producent
- Betalning efter prestation samt andra former av ekonomiska incitament
- Konkurrens
- Professionell granskning, medicinsk revision
- Decentralisering
- Klarare ansvarsfördelning

Problem med dålig service och för lite inflytande för patienten
- Ökad valfrihet
- Pengarna följer patienten

Den fortsatta genomgången land för land kommer ge en bild av hur de olika åtgärder fogas samman till en enhetlig policy.

3 England

England utformade efter andra världskriget ett nationellt sjukvårdssystem, skattefinansierat och öppet för alla. Den nu pågående reformeringen förändrar inte denna grundläggande karaktär, men vill samtidigt göra systemet mer effektivt och anpassat till kunderna.

De *förändringar* som genomförs i det engelska systemet rör i hög grad samma frågor som är aktuella i de svenska övervägandena om en reform, t.ex. marknadsliknande mekanismer, mer självständiga producenter och primärvårdsstyrd vård. Behandlingen i det fortsatta koncentreras därför på:

- Uppsplittringen på beställare och utförare
- Fristående vårdproducenter (*NHS Trusts*)
- Budgetansvariga husläkare (*GP Fundholding*)

3.1 Hälso- och sjukvårdssystemets grunder

Finansiering

National Health Service (*NHS*), är ett skattefinansierat, statligt hälso- och sjukvårdssystem. Det politiska ansvaret för hälso- och sjukvårdens omfattning och inriktning ligger på den nationella nivån.

Budgeten fördelas via den regionala nivån, *Regional Health Authorities* (*RHA*), till den lokala nivån, *District Health Authorities* (*DHA*) och *Family Health Services Authorities* (*FHSA*). Inriktningen är att efter hand komma fram till en fördelningsnyckel som innebär att pengarna fördelas med hänsyn till befolkningens behov i de olika områdena. De regionala och lokala hälso- och sjukvårdsadministrationerna leds av administratörer och lekmän som utses av regeringen. Det finns alltså inte några direktvalda

politiker på den regionala eller lokala nivån vare sig på beställarsidan eller i produktionsstyrelserna.

Produktion

Den offentligt finansierade vården produceras i offentlig regi, dels vid statligt ägda sjukhus, dels i olika öppna vårdformer med bl.a. sjuksköterskor för hemsjukvård och förebyggande arbete, community health service (samhällsbaserad vård). Personalen är anställd av *NHS*. Husläkarverksamheten drivs dock av läkare som är egenföretagare och som har kontrakt med *NHS*.

Omfattning

Det engelska hälso- och sjukvårdssystemet omfattar hela befolkningen och svarar för såväl akutsjukvård som husläkarverksamhet, övrig primärvård och hemsjukvård. Kommunen har ansvar för äldreomsorg och institutionsboende för äldre.

Parallella system

I det engelska hälso- och sjukvårdssystemet finns bara en finansiär, *NHS*, som lokalt företräds av den *DHA* inom vilken man bor. Man kan säga att tillhandahållaransvaret ligger hos *DHA*. Genom introduktionen av budgetansvariga husläkare, har ett visst mått av valmöjlighet öppnats även när det gäller finansiär. För de delar av vården som ingår i de budgetansvariga läkarnas åtagande (se nedan) har dessa ett tillhandahållaransvar.

Vid sidan av *NHS* finns en liten men växande privat sektor som finansieras med privata försäkringar eller direktbetalning.

Privat vård bedrivs i huvudsak vid privata vårdenheter men det finns privat verksamhet även inom sjukhus som drivs av *NHS*. Det hänger samman med att alla specialister med självständig ställning har rätt att behandla privata patienter vid det sjukhus där de arbetar. Cirka 8 procent av alla akutsjukvårdsplatser i England är privata – 6 procent i privata sjukhus och 2 procent i offentliga. Cirka 11 procent av befolkningen har någon form av privat tilläggsförsäkring. Ungefär hälften av dessa försäkringar betalas av den försäkrades arbetsgivare.

3.2 Finansiärens styrning av patienten

Val av vårdgivare

Husläkaren (*GP*) är basen i det engelska hälso- och sjukvårdssystemet. Alla invånare registrerar sig hos en husläkare i närheten av sin bostad. Husläkaren sköter ca 75 procent av befolkningens läkarkontakter. Tidigare kunde byte av husläkare bara göras en gång per år vid en bestämd tidpunkt. Numera har patienten rätt att byta husläkare när han/hon så önskar. När det gäller sjukhusvård är valfriheten begränsad. Efter 1991 års reform skall man söka det eller de sjukhus som det egna distriktet har kontrakt med. Det finns dock vissa pengar avsatta i distriktet för att möjliggöra för patienter som särskilt begär det att få vård vid annat sjukhus. För patienter hos husläkare med budgetansvar är valet av sjukhus en fråga som avgörs av husläkaren själv vilket ökar patientens möjlighet att påverka valet.

Regler för remisser

Normalt krävs en remiss från husläkare för att få vård av specialist vid sjukhus. Det gäller både för besök vid öppenvårdsmottagning och i samband med inläggningar. Besök vid akutmottagning kan göras utan remiss.

Patientavgifter

Besök och behandlingar är avgiftsfria både hos husläkare och i sjukhusens öppna och slutna vård. Vissa avgifter tas ut för läkemedel och tandvård men det finns subventioner som innebär avgiftsbefrielse t.ex. för pensionärer och arbetslösa. Den som inte är berättigad till sådan avgiftsbefrielse kan t.ex. när det gäller läkemedel köpa ett slags högkostnadskort som gäller ett år och kostar ca 50 pund.

3.3 Finansiärens styrning av produktionen

Reglering av vårdens omfattning, inriktning och struktur

Den totala kostnadsramen för den offentligt finansierade vården fastställs av parlamentet. I det tidigare helt integrerade systemet finansierades och

administrerades sjukhusvården av *DHA* och husläkarverksamheten av *FHSA* genom kontrakt med husläkarna. Genom 1991 års reform har de flesta sjukhus fått en mer fristående ställning. Finansieringen sker genom kontrakt, som upprättas mellan *DHA* och sjukhusen.

Omfattning, inriktning och struktur på sjukhusverksamheten bestäms av staten. När det gäller husläkarna bestäms på nationell nivå hur många som skall finnas och hur de skall vara fördelade över landet. För att kunna etablera sig som husläkare krävs att man har ett kontrakt med *FHSA*. Etableringskontrollen innebär att nya läkare släpps in först när någon annan slutar eller befolkningen ökar. De läkare som redan finns vid en flerläkarmottagning har ett avgörande inflytande över vilken ny kollega som släpps in när någon slutar.

Ersättning till sjukhusen

Före 1991 fick sjukhusen rambudgetar, som i stor utsträckning baserade sig på historiska kostnader. Efter reformen skall sjukhusen finansiera verksamheten genom intäkter.

Personalen vid sjukhusen liksom distriktssköterskor, sjukgymnaster och annan personal som är anställd av *DHA* har månadslön. Det gäller även för läkare. Vissa av läkarna har också inkomster från sin privata verksamhet.

Ersättning till läkare i primärvård/öppenvård

Ersättningen till husläkarna sker i enlighet med de regler som gäller i det nationellt fastställda kontraktet. Det kontrakt som gäller från 1990 bygger på en blandning av per capita ersättning, ca 60 procent, och aktivitetsrelaterade ersättningar för vissa åtgärder som man från finansiären vill stimulera. Till detta kommer ersättningar för lokaler och personal som enligt regler som framgår i kontrakten förhandlas fram mellan *FHSA* och husläkarna. I praktiken är de engelska husläkarna, även om de är fria företagare, tämligen hårt styrda genom de regler som finns för etablering och ersättning.

Ersättningen till husläkarna förutsätts totalt för hela riket hålla sig inom den budgetram som beslutats nationellt. Eftersom vissa ersättningar, t.ex. mindre kirurgiska åtgärder, screeningprogram och andra förebyggande åtgärder ersätts i relation till det arbete som utförts förekommer det att budgetramen överskrids. Huvudprincipen är att detta skall justeras genom avdrag vid fastställande av följande års budget.

Det första året som det nya kontraktet tillämpades inriktade husläkarna sin verksamhet i så hög grad på de områden som var prestationsrelaterade så att budgeten överskreds med i genomsnitt 6 000 pund per läkare.

Ersättningar till privat vård

Inom den privat finansierade vården tillämpas som regel prestationsersättning. Den privata sektorn är relativt oreglerad men det krävs anmälan till *DHA* när man startar verksamheten och kontroller kan också göras av *DHA*. 1991 års reform innebär att det blir möjligt även för privata sjukhus att konkurrera om kontrakt för vård av patienter vars vård finansieras med offentliga medel.

3.4 Reformens motiv och syften

National Health Service är den offentliga verksamhet i England som haft starkast stöd hos den engelska befolkningen. Alla invånare har tillgång till fri vård som fördelas i relation till behoven. Kostnaderna, mätta som andel av BNP, är låga och regeringen har möjlighet att genom politiska beslut kontrollera den totala hälso- och sjukvårdsbudgeten.

Vilka var problemen?

Under 80-talet växte dock kritiken. Den tog bl.a. fasta på att köerna till specialistbesök och behandling ofta var mycket långa. Det fanns också kritik mot systemets bristande flexibilitet och personalens brist på lyhördhet för patienternas önskemål. Den materiella standarden ansågs också bristfällig på många sjukhus. Många kritiker ansåg att *NHS* fick allt för lite pengar för att kunna upprätthålla en vård av god kvalitet. Ransonering med hjälp av köer blev resultatet av detta.

Det ökande intresset för privata tilläggsförsäkringar under 80-talet togs också som ett tecken på att bristerna i systemet måste hanteras om inte det solidariskt finansierade hälso- och sjukvårdssystemet skulle sättas i fara.

Från regeringens utgångspunkt handlade kritiken i första hand om att produktiviteten inte var tillräckligt hög. Resurserna utnyttjades inte effektivt. Sjukhusstrukturen var ett problem och i flera områden, bl.a. i London, fanns för många sjukhus. Med detta synsätt skulle problemen i första hand vara att hänföra till brister i ledning och organisation snarare än till bristande resurser.

När kritiken mot bl.a. bristande resurser och långa köer började växa sig allt starkare tillsattes i januari 1988 en kommitté under ledning av premiärminister Margaret Thatcher med uppgiften att analysera behovet av reformer inom NHS. Inom det konservativa partiet fanns de som förespråkade en övergång till ett hälso- och sjukvårdssystem där privata försäkringar introducerades som ett komplement till den offentliga finansieringen. Andra ansåg att det var viktigt att slå vakt om den jämlika vård som man uppnått inom ramen för *NHS* och att tonvikten måste läggas på att finna former för att öka effektiviteten inom ramen för ett bibehållet offentligt finansierat system. De som förordade effektiviseringsvägen vann bl.a. med stöd av finansdepartementet som fruktade att ökade inslag av privata försäkringar skulle leda till kostnadsökningar av amerikansk karaktär.

Vad ville man uppnå?

Uppsplittringen på beställare och utförare syftar till att göra beställaren fri från producentintressena och från det operationella ansvaret. Beställaren kan därigenom spela en mer aktiv roll i att främja hälsan och kommunicera med kunderna/allmänheten. Beställaren kan dessutom skapa konkurrens mellan utförarna och därmed förbättra produktiviteten. Det bör noteras att detta är två olika syften, oberoende av varandra.

Bakom introduktionen av fristående producenter låg också två i princip oberoende syften. Det ena var en decentralisering av ledningen. Det andra att utveckla incitament till ökad produktivitet på konkurrensutsatta marknader.

Ett av syftena med att inkludera budgetansvariga husläkare i reformen var att man bedömde att detta skulle kunna vara ett sätt att stärka både husläkarnas och patienternas ställning. Husläkaren skulle genom sin beställarroll få ökad makt i förhållande till sjukhusen. Han/hon skulle då uppträda som patientens väl informerade guide i förhållande till sjukhuset. Detta var också ett av skälen till att budgeten kom att innehålla resurser för att köpa just de tjänster som brukade fungera sämst, nämligen öppen vård och planerade operationer.

3.5 Reformens innehåll

I den rapport som lades fram 1989, *Working for Patients*, slogs fast att det inte skulle ske någon total förändring av *NHS*. Reformarbetet skulle ta vara på de goda sidorna i det befintliga systemet och försöka komma till rätta med svagheterna. Inga större förändringar föreslogs när det gällde finansieringen av hälso- och sjukvården. Dock infördes en avdragsrätt för privata tilläggsförsäkringar för personer över 60 år. Vården skulle även fortsättningsvis vara avgiftsfri för patienterna.

Som en del i reformarbetet ålades också alla vårdenheter att kvalitetssäkra den egna verksamheten. Särskilda resurser satsades från regeringen på stöd till *DHA*, *FHSA* och profession för att utveckla kvalitetssäkringsarbetet. Resurser anslogs också för att förbättra vårdens informationssystem och för att stimulera effektivare resursutnyttjande genom att koordinera kunskaps- och erfarenhetsförmedling kring klinisk forskning och utvärdering av medicinska teknologier.

I detta sammanhang kommer de delar av reformarbetet som ligger närmast de frågeställningar som är aktuella inom HSU 2000 att belysas mer ingående. Följande delar behandlas närmare:

- Fristående vårdproducenter
- Budgetansvariga husläkare
- Uppsplittringen på beställare och utförare

Andra åtgärder som vidtagits under 90-talet i syfte att utveckla vårdens kvalitet och effektivitet är införande av ett nytt husläkarkontrakt 1990 och tillskapandet 1991 av *The Patient's Charter*, som är en sammanställning som redovisar de krav som patienterna har rätt att ställa på sjukvården när det gäller t.ex. väntetider och information.

Huvudinriktning

- Fristående vårdproducenter

En av de förändringar som anses som en hörnsten i den engelska reformen är att sjukhus och samhällsbaserad vård, som tidigare finansierades och administrerades av *DHA*, blivit fristående enheter med egen ledning och egen styrelse. Dessa fristående vårdenheter, *truster*, är fortfarande offentligt ägda och ansvariga inför departementet när det gäller den ekonomiska förvaltningen av det investerade kapitalet. Departementet utser trusternas styrelser.

Trusterna är ålagda att ge en årlig förräntning av insatt kapital med 6 procent (1992) för att de skall ha samma incitament som privata enheter att använda sina medel effektivt och göra kloka investeringar. De skall också driva verksamheten så att den är självbärande genom de intäkter man får från de kontrakt som sluts med beställarna. Självständigheten när det gäller det ekonomiska agerandet är begränsad bl.a. genom regler för hur överskott får disponeras och investeringar genomföras. Trusterna har möjlighet att låna pengar inom ramar som fastställts på nationell nivå.

Den största förändringen för de fristående sjukhusen är att de inte längre tilldelas en budget utan att de får dra in sina pengar genom den ersättning som utgår i enlighet med de kontrakt som man upprättar med olika beställare. När det gäller verksamheten har trusterna ett självständigt ansvar inför de parter som man upprättat kontrakt med.

Sjukhusledningarna har befogenheter att vidta åtgärder som kan leda till att verksamheten anpassas efter de önskemål som finns hos beställarna. De har också större möjligheter att genomföra åtgärder som kan effektivisera verksamheten. Till skillnad från tidigare kan sjukhusen t.ex. själva besluta hur mycket och vilken personal man vill ha anställd. Sjukhusen kan också förhandla på egen hand om personalens löner och andra villkor i stället för att som tidigare vara bundna av nationella överenskommelser. Även specialistläkare som tidigare var anställda av *RHA*, anställs nu av sjukhuset, vilket innebär att sjukhusledningens möjlighet att styra läkarna ökat.

Engelsk rättstradition skiljer sig från svensk. Om man vill jämföra den fristående ställning som trusterna har i förhållande till ägaren (staten) med svenska förhållanden torde det närmast likna offentliga aktiebolag.

- Budgetansvariga husläkare

Den del av reformen som varit mest omdiskuterad är de budgetansvariga husläkarna.

Systemet innebär att husläkarpraktiker med från början minst 9 000 invånare - numera 7 000 - efter prövning av lämplighet och administrativ kompetens får disponera en budget för att köpa vård för sina patienters räkning. Från början omfattades vissa planerade operationer, öppen vård efter remiss, diagnostik i öppen vård inklusive röntgen, samt läkemedel. Från 1993 utvidgades budgeten till att även omfatta samhällsbaserad vård, t.ex. distriktssköterskeverksamhet, hälsovård och öppen psykiatri. Budgetansvariga läkare disponerar också pengar för personal och lokaler på ett friare sätt än övriga husläkare. Det belopp som disponeras av de budgetansvariga husläkarna för köp av tjänster motsvarar ca 25 procent av den

totala kostnaden för vård och läkemedel för de egna patienterna. Övrig vård betalas av *DHA* även för de patienter som valt en budgetansvarig husläkare. *DHA* betalar också kostnader på mer än 5 000 pund per år för enskild patient.

Eventuella överskott får bara användas för att utveckla verksamheten. *FHSA* skall godkänna utnyttjandet.

De resurser som avsätts till de budgetansvariga husläkarna har än så länge bestämts med hänsyn till beräkningar av tidigare kostnader för deras patienters konsumtion av den typ av vård som ingår i budgeten. Det har lett till stora skillnader mellan olika enheter och till *DHA* som får resurser per capita enligt formel. Arbetet med att utveckla en formel för fördelning per capita har inletts. De första resultaten av dessa beräkningar visar dock att övergången kommer att ta lång tid.

- Uppsplittringen på beställare - utförare

Uppdelningen på beställar och utförare är en av de bärande idéerna i den engelska hälso- och sjukvårdsreformen. Den interna marknad som därigenom skapades skulle ge utrymme för konkurrens mellan vårdgivare. De kontrakt som upprättas mellan beställare och utörare är kärnan i systemet. Beställaruppgiften handhas dels av *DHA*, dels av budgetansvariga husläkare.

DHA har ett befolkningsansvar och förväntas utveckla sin förmåga att ta reda på vilka behov som finns i befolkningen och att sedan upphandla vård som svarar mot dessa behov. *DHA* har också ansvar för insatser som kan förebygga ohälsa. Likaså förväntas *DHA* stimulera samverkan mellan olika vårdgivare för att åstadkomma ett bra resursutnyttjande totalt. *DHA* har också ansvar för att följa upp att den vård som ges är i överensstämmelse med de krav som ställs i kontrakten. De budgetansvariga läkarna upphandlar vård för *sina* patienter.

De kontrakt som sluts mellan beställare och utförare är interna avtal inom *NHS* och tvister om kontrakten hanteras således internt inom *NHS*. Det finns i huvudsak tre typer av kontrakt:

- *Blockkontrakt*. Definierar tjänster och nyttigheter som utförs för en årlig klumpsumma.
- *Kostnads och volym kontrakt*. Anger ett antal behandlingar/fall och det överenskomna priset.
- *Kostnad per fall kontrakt*. Anger pris per behandling/fall.

De ekonomiska ersättningarna förhandlas fram mellan beställaren och respektive sjukhus. Det finns inga centralt fastställda priser och man tillämpar inte heller *DRG*-baserade ersättnings- eller redovisningssystem.

Vad har hänt?

- Fristående vårdproducenter

Från början var det tänkt att vissa sjukhus skulle bli fristående truster medan de övriga skulle administreras av *DHA*, om än med en högre grad av självständighet än tidigare. Efter hand har dock allt fler sjukhus övergått till att vara truster. Från april 1994 beräknas ca 95 procent av sjukhusen vara truster. Som nämnts har trusterna större rörelsefrihet när det gäller ekonomi och personal. På det hela taget har dock denna frihet hittills utnyttjats i liten utsträckning.

Inga mer omfattande sjukhusnedläggningar har ägt rum men förslag om nedläggning av flera sjukhus har tagits fram. Marknadsmekanismerna har tydliggjort behovet av strukturförändringar. I praktiken gäller detta främst i London, där sjukhusen ligger nära varandra. Distrikten i londonregionens ytterområden har flyttat sina köp från de dyra innerstadssjukhusen till sjukhus i omgivningen med lägre kostnader och bättre tillgänglighet.

I början av 1994 har regeringen presenterat förslag till en omfattande omstrukturering av sjukvården i London. Några stora akutsjukhus kommer att upphöra att vara akutsjukhus. Andra som tidigare styrdes direkt från departementet, för att garantera deras ställning som forsknings- och undervisningssjukhus, kommer att få status som vanliga truster. Särskilda lösningar utarbetas för att tillföra pengar till forskning i en form som bygger på kontrakt.

- Budgetansvariga husläkare

Från början fanns ett starkt motstånd mot introduktionen av ett system med budgetansvariga läkare både från läkarnas fackliga organisation och politiskt. Inom läkarfacket har man nu accepterat reformen. Antalet budgetansvariga läkare har ökat snabbare än någon hade räknat med från början. Första året, 1991, var ca 7 procent av alla husläkare budgetansvariga, 1994 är siffran 36 procent.

De budgetansvariga läkarna började redan första året att förhandla med sjukhusen för att få så bra villkor som möjligt för sina patienter. Eftersom

deras köp var små i förhållande till den totala verksamheten på sjukhusen var det lättare för dessa husläkare än för *DHA* att byta vårdgivare om man inte fick bra villkor eller inte var nöjda med den vård och service som gavs. Deras beställningar, som oftast betalades per åtgärd, hade på marginalen stor betydelse för sjukhusen. Dessa blev därför lyhörda för de budgetansvariga läkarnas önskemål. Kvalitetskrav skrevs in i avtalen och man kunde snabbt notera en ny attityd från sjukhusens sida.

Under 1994 har försök startats i Bromsgrove (North Worcestershire Health Authority) med husläkarmottagningar, som fått en budget för att kunna köpa *all* hälso- och sjukvård, som de inte själva svarar för, till sin befolkning. Praktiskt går det till så att fyra husläkarmottagningar, som tillsammans har ansvar för 40 000 invånare fått en budget för att kunna köpa all hälso- och sjukvård, som de inte själva svarar för, till sin befolkning. Syftet med projektet är att ge läkarna en chans att visa att de med sin kunskap om befolkningen och deras behov skall kunna utveckla verksamheten och bedriva den på ett sätt som ger mer värde för pengarna. Projektet drivs av en beställarkommitté som består av fyra husläkare, den tjänsteman som är ansvarig för folkhälsofrågor i distriktet, en medlem i ledningen för *DHA* och chefen för distriktets *FHSA*.

- Uppsplittringen på beställare - utförare

De första åren tillämpades blockkontrakt, som i princip var av samma karaktär som den tidigare budgeten, det vill säga utan närmare krav på prestationernas innehåll och volym. Efter hand har kontrakten utvecklats och man har börjat ange krav på servicekvalitet och inköp av definierade tjänster.

Studier som gjorts av hur beställarna arbetar har bekräftat att det varit svårt att finna formerna för en effektiv beställarroll. Endast ett fåtal beställare hade uttryckligen bestämt sig för att tillämpa någon särskild policy för prioriteringar. Detta berodde enligt studien bl.a. på den mängd mål som man förväntades uppnå, t.ex. tillgodose befolkningens behov, förbättra effektiviteten, tillförsäkra invånarna en vård som är lyhörd för patienternas önskemål och har en godtagbar servicenivå.

Det förhållandet att *DHA* inte har ansvaret för driften av vården utan fått en renodlad roll som befolkningsföreträdare och beställare har kommit att bidra till att stärka primärvårdens ställning. Nya former för samverkan mellan *DHA* och husläkare kring beställningar från sjukhus och andra vårdgivare har börjat utvecklas. Genom denna dialog kan DHA vid sina förhandlingar med sjukhusen beakta de önskemål som finns hos husläkarna

i området. Husläkarnas erfarenheter av hur vården fungerar vid olika enheter ger också vägledning vid beställarens överväganden om vem man bör sluta kontrakt med. Detta innebär att husläkarnas ord väger tungt även vid de beställningar av vård som görs av *DHA*. Genom husläkarna och deras kunskap om hur vården fungerar på olika ställen kan *DHA* få underlag för att efter hand skärpa sina krav i förhållande till producenterna.

Det har också visat sig att husläkarna ställer krav på ökade insatser från sjukgymnaster och andra personalgrupper som inte prioriterades när DHA, som driftsansvarig för sjukhusen, påverkades starkt av de värderingar och krav som fanns hos sjukhusläkarna. Detta är ett exempel på hur en separation av ansvaret för beställningar och produktion börjar påverka vårdens innehåll och inriktning. Utvärderingar visar också att den kunskap man efter hand bygger upp om befolkningens hälsa och konsumtion också skapar bättre förutsättningar för att utveckla det befolkningsinriktade förebyggande arbetet.

3.6 Effekter av reformen

Många bedömare menar att det förbättrade samarbetet mellan husläkarna och DHA liksom de budgetansvariga läkarnas innovativa förmåga och självständiga roll som kravställare i förhållande till andra vårdproducenter kanske är de mest påtagliga förändringar som skett genom 1991 års reform. Andra effekter som kunnat iakttas i de utvärderingar som pågår är:

På den negativa sidan
- Ökade administrationskostnader
- Risker för att principen om vård på lika villkor kommer i klämma
- Problem för forskningen att få resurser

På den positiva sidan
- Minskade köer och väntetider
- Ökad produktion
- Bättre service och ökad lyhördhet för patienternas önskemål
- Ökad innovationskraft i organisationen
- Ökat intresse för samverkan
- Ökad fokusering på befolkningens behov och på vad som produceras
- Tydliggörande av överkapacitet och felaktig struktur

Husläkarna har blivit en nyckelgrupp, som är viktig både för beställare och producenter. För sjukhusen blir det viktigt att säkerställa ett gott samarbete med husläkarna i området för att inte förlora patienter. Både beställare och utförare söker skapa strategiska allianser med primärvårdsläkarna. Detta kan ses som den engelska metoden för att skapa vertikal integration. Framgången för beställaren beror på framgången för leverantören och vice versa. Detta skapar ett intresse att arbeta tillsammans för att möta kundens krav.

Den yttersta prövningen av om reformerna lyckats eller inte är vad de innebär för *patienterna*. När regeringen hävdar att förändringarna varit framgångsrika pekar man framför allt på att fler patienter behandlas och att väntetiderna sjunkit. Man menar också att kvaliteten ökar.

Även de som vidgår att det finns en sanning i dessa påståenden menar att man måste behandla dessa uppgifter varsamt. Ökningen av resurser (se nedan) *kan* vara en förklaring till den ökade volymen. Väntetiderna har minskat för dem som fått vänta längst medan de har ökat för andra. En allmän höjning av kvaliteten *kan* hänföras till att dessa frågor stått högt på dagordningen sedan början av 1980-talet.

Denna balans är viktig hålla i minnet i det fortsatta resonemanget. Där redovisas såväl den mer försiktiga linje som forskarna för fram som mer positiva signaler.

Den nödvändiga balansen underlättas av att en första samlade rapport från pågående utvärderingar nu har publicerats. Den behandlar åtta olika områden: reglerad konkurrens, truster, budgetansvariga husläkare, val av sjukhus, tjänster till äldre, medicinsk revision, personalfunktionen samt jämlikhet. Med hänsyn till avgränsningen av denna studie skall endast de tre första områdena närmare beröras.

Det finns inte något empiriskt underlag för att avgöra om reformen som sådan lyckats eller ej. Det är dock inte bara bristen på data som gör utvärderingen svår. Många resultat kommer först på längre sikt. Det är vidare svårt att bedöma vilka förändringar som är effekter av 1991 års reform och vilka effekter som hänför sig till övriga reformer t.ex. de nya husläkarkontrakten från 1990 eller *Patient's Charter* från 1991. Det faktum att nya resurser tillförts är också betydelsefullt; anslagen till *NHS* ökade i reala termer med 6,1 procent 1991/92 och 5,5 procent 1992/93.

Introduktionen av reglerad konkurrens studeras i en region (West Midlands). Studien visar att den lokala ledningens attityder och kultur har stor betydelse för implementeringen av förändringarna. I de aktiva kulturerna har ledningen stått för att föra fram ett klart budskap, varit villig att prioritera, lärt av erfarenheterna och utvecklat en stark

'företagsanda'. Som en del av studien utvecklas en metod för att mäta graden av *faktisk* konkurrens. Resultatet tyder på att sjukhusmarknaderna är avsevärt mer konkurrensutsatta än vad man tidigare trott. Inom t.ex. allmänkirurgi arbetar tre fjärdedelar av sjukhusen i West Midlands på vad som kan kallas en konkurrensutsatt marknad.

Studien av truster visar att den första gruppen var en självutvald grupp som redan hade låga kostnader innan de fick truststatus. Deras lägre kostnader kan alltså inte i sig hänföras till deras ställning som truster. I samma studie hävdas i en mer teoretisk ansats att det finns förutsättningar för att truster kan bli mer produktiva, ge större valfrihet och vara mer lyhörda. Det finns dock kvar en tveksamhet då det gäller jämlikheten. Särskilt vid blockkontrakt får sjukhusen ett intresse att välja de minst komplicerade fallen.

I utvärderingen av budgetansvariga husläkare arbetar Glennerster et al med två typer av vinst- och förlusträkningar. Den ena för produktivitet, den andra för jämlikhet.

Då det gäller *produktiviteten* hävdar studien att de budgetansvariga läkarna är bättre beställare. De beror på att man har bättre information och bättre motivation. Som nämnts kan också förändringarna på marginalen ske utan alltför stora konvulsioner hos press och allmän opinion. De konkreta förändringarna för sjukhusstrukturen i dess helhet är ganska små. Till det positiva på produktivitetssidan hör också att läkemedelskostnaderna stigit mindre för budgetansvariga husläkare än för andra. Vården har också blivit mer flexibel t.ex. när det gäller avvägningen allmänläkarvård - specialistvård samt mottagningsverksamhet - verksamhet ute i samhället. Mot detta står ökade kostnader. De administrativa kostnaderna uppgår till 4–5 procent av de budgetansvariga husläkarnas inkomster. Som jämförelse kan nämnas att motsvarande siffra för *DHA* är 3 procent.

På *jämlikhetssidan* visar studier att frekvensen remisser inte skiljer sig mellan budgetansvariga och icke budgetansvariga husläkare. En av farhågorna har varit att systemet med budgetansvariga husläkare skulle leda till undervård, dvs. att läkaren avstår från att skicka patienten till sjukhus för att spara pengar. Det finns dock inget i materialet som tyder på detta.

Då det gäller vad som i den engelska debatten betecknas som två nivåsystemet (*two tier system*), dvs. att vissa patienter ges företräde är detta en oundviklig följd när endast 40 procent är registerade hos budgetansvariga husläkare. Däremot finns inga belägg för att de budgetansvariga läkarna fått mer resurser att köpa för än distrikten. *Cream skimming* måste enligt utvärderingsrapporten motverkas genom att resurstilldelningen ger praktikerna ersättning för potentiellt kostsamma patienter.

De budgetansvariga husläkarna utgör det mest diskuterade inslaget i reformen. Det kan därför finnas skäl att också redovisa argumenten hos dem som är mer kritiska eller skeptiska till systemet. De pekar på att de budgetansvariga läkarna enbart köper 20 procent av sjukhusvården och att de utgörs av större, välorganiserade mottagningar, som gav bra vård redan innan man bytte status. Intäkterna har beräknats generöst och det har därför inte funnits någon anledning selektera bort kostsamma patienter. Kritikerna lägger också större vikt vid riskerna för att de budgetansvariga husläkarnas patienter får företräde. På systemnivå pekas på svårigheterna att kombinera *DHAs* befolkningsbaserade ansvar med de budgetansvariga husläkarnas intresse att svara mot efterfrågan från patienterna. Detta kan leda till svårigheter att upprätthålla ett lokalt, differentierat utbud av sjukhus och specialister. Den största fördelen med budgetansvariga husläkare är att de stärkt husläkarnas makt i förhållande till sjukhusen. Många av dessa effekter uppkommer dock även på andra håll där *DHA* och husläkare samarbetar.

I en sammanfattning av utvärderingarna gör Le Grand en bedömning av NHS-reformen i termer av kvalitet, produktivitet, valfrihet, lyhördhet samt jämlikhet. När det gäller icke-medicinsk *kvalitet* finns inga entydiga indikationer på förbättringar. De redovisade förbättringarna för de budgetansvariga husläkarnas patienter bör tolkas försiktigt. När det gäller den medicinska kvaliteten finns inget underlag att utgå från. Det finns indikationer på att *produktiviteten* ökat, men det kan röra sig om effekt av redan välskötta sjukhus och mottagningar blivit truster respektive budgetansvariga husläkare. Den s.k. Hawthorne-effekten (att förbättringar mer beror på att man ändrar *överhuvudtaget* än på vad och hur man ändrar) skall inte heller underskattas. För valfrihet och lyhördhet redovisas, enligt Le Grand, inga klara förbättringar. Förutom vad som sagts ovan om de budgetansvariga husläkarna konstateras angående jämlikheten att varken mekanismerna för resursfördelning eller upphandlarna själva markerar att jämlikheten *som sådan* är viktig beakta i upphandlingen.

Att det inte finns underlag för en 'slutlig' utvärdering innebär inte att det saknas positiva indikationer. Det finns en omfattande vittnesbörd om att nya samarbetsformer växt fram och att många budgetansvariga husläkare har visat på nya vägar för utveckling av verksamheten. Ett exempel på detta är att det blir allt vanligare att husläkarna gör avtal med specialister från sjukhuset att de kommer ut till husläkarpraktiken och behandlar patienterna där. Detta har bidragit både till bättre service för patienterna och haft en fortbildningseffekt för läkarna. Det har även hänt att budgetansvariga läkare har satsat på inköp av utrustning eller andra förbättringar

vid det lokala sjukhuset för att förbättra möjligheterna att få bra vård för sina patienter på ett kostnadseffektivt sätt. Denna typ av förbättringar har då varit till nytta även för andra patienter.

Vidare tycks möjligheten till alternativ användning av de pengar som ligger i husläkarnas budget ha blivit en murbräcka som luckrat upp de tidigare strikta gränserna mellan sjukhusvård och primärvård. På motsvarande sätt har också gränserna mellan husläkarverksamhet och övrig primärvård börjat luckras upp och samarbetet förbättrats.

3.7 Vart är man på väg?

1991 års reform innebär inte särskilt mycket privatisering. Det är möjligen förvånande mot bakgrund av de *allmänna* förvaltningspolitiska strävandena. Detta kan vara ett uttryck för att man ser hälso- och sjukvården som ett område mindre lämpligt att privatisera.

Regeringen har inte signalerat någon ändrad inriktning i stort. I den allmänna debatten finns dock fortfarande krafter, som eftersträvar ökade privata aktiviteter. Andelen privata bäddar vid trustsjukhusen ökar. Den privata sektorn vill driva sjukhus inom NHS. Det höjs också röster för en ökad privat finansiering.

Det senare är särskilt intressant mot bakgrund av att reformen *inte* angrep det huvudproblem som låg bakom den, finansieringskrisen. Rimligtvis måste denna fråga förr eller senare hanteras. Debatten pågår. Vid sidan av ökad privat finansiering har också tankar om finansiering via en obligatorisk sjukförsäkring förts fram.

En annan långsiktig fråga är hur beställarfunktionen skall organiseras. Är det möjligt att på sikt bibehålla nuvarande splittring mellan *DHA* och budgetansvariga husläkare? Regeringen söker överkomma problemen genom ett ökat samarbete mellan de båda typerna av upphandlare. Detta ingår i en mer omfattande strategi för att utveckla beställarfunktionen och relationen mellan beställare och utförare. Även i det senare avseendet förordas mer samarbete.

Det engelska systemet bygger på marknadslika förhållanden. Hur långt är man i praktiken beredd låta 'marknaden bestämma? England har även efter reformen ett statligt hälso- och sjukvårdssystem men logiken bjuder att nationella policybeslut skall verkställas genom beställarnas krav på verksamheten - inte genom nationell intervention. Det är en avgörande fråga för utvecklingen på sikt, inte minst av trusterna. Om marknader

skall fungera förutsätter det att de som lyckas bra belönas och att de som inte lyckas tillåts upphöra med verksamheten. Kommer detta att kunna få ske? Är det troligt att det är politiskt godtagbart att låta marknaden lägga ner sjukhus? Erfarenheterna under de första åren pekar mot att regeringen ingriper för att åstadkomma mer planerade förändringar. En test på hur det blir i framtiden är den fortsatta utvecklingen i London.

Problemen med den strategiska styrningen av de fristående sjukhusen har också lyfts fram i en utvärdering som utförts av parlamentets sjukvårdsutskott. I utvärderingen framhålls att investeringar, som sjukhusen inom fastställda finansiella ramar kan besluta om, har långsiktiga verkningar. Staten har endast begränsade möjligheter att påverka hur nya affärsområden uppkommer, något som enligt utskottet måste ses som en uppgift för den centrala myndigheten. Utskottet konstaterar också att övervakningen av det offentliga ansvaret kan försvåras av en striktare tolkning av sekretessregler och behovet att skydda affärshemligheter på den interna marknaden. En liknande diskussion handlar om den demokratiska kontrollen på lokal nivå. Färre lokala företrädare än tidigare är involverade.

Ser man till beställarenheternas organisatoriska utveckling kan man konstatera att det finns en stark tendens att slå ihop enheter för att få underlag för att anställa personal med hög kompetens och för att få en ökad tyngd i förhandlingar med sjukhusen. Det har också börjat utvecklas en ökad samverkan mellan *DHA* och *FHSA*. I enlighet med förslag från regeringen hösten 1993 kommer dessa två administrativa enheter att slås samman. Man räknar med att det på sikt kommer att finnas ca 90 distrikt av detta slag. *RHA*s avvecklas som självständig myndighet och ersätts av åtta regionala kontor som skall var förlängda armar för *NHS Management Executive*.

I ett diskussionsunderlag från början av 1994 har Labourpartiet presenterat sin syn på NHS fortsatta utveckling. Budgetansvariga husläkare skall, enligt Labour, ersättas av upphandling i samverkan, som skall involvera primärvården. Beställarnas politiska ansvar skall bli tydligare genom öppnare nomineringar, direktvalda styrelser eller genom att koppla beställarfunktionen till kommunerna. För att även utförarna skall ges en klarare lokal förankring föreslås att s.k. *health forums* skall etableras. Dessa skall bestå av olika grupper med intressen och engagemang inom hälso- och sjukvården. En av uppgifterna skall vara att nominera ledamöter i styrelser för bl.a. sjukhusen.

3.8 Erfarenheter av särskilt intresse för reformarbetet i Sverige

Det finns stora likheter mellan det engelska och svenska hälso- och sjukvårdssystemet. De är båda offentliga, skattefinansierade och universella, dvs. inriktade på att tillgodose *hela* befolkningens behov.

Det finns också vissa skillnader. Den viktigaste rör centralisering - decentralisering. *NHS* är, precis som namnet säger, ett nationellt system. Några politiskt förtroendevalda finns inte på regional eller distriktsnivå. Det svenska systemet är däremot decentraliserat med ett regionalt politiskt ansvar på landstingen.

Likheterna överväger dock på det hela taget. *Systemmässigt* är därför förutsättningarna för reformer i de båda länderna så lika att det är meningsfullt att göra jämförelser. *Strukturen* är i det avseendet mer problematisk. Framför allt finns det anledning peka på den traditionellt starka ställning husläkarna haft i England till skillnad mot i Sverige. Detta är viktigt beakta när vi söker dra erfarenheter av det engelska systemet med budgetansvariga husläkare.

Det är tre områden som fokuserats i denna redogörelse för den engelska reformen: uppsplittringen på beställare och utförare, fristående vårdproducenter samt budgetansvariga husläkare. Som framgått av avsnittet om erfarenheter av reformen är det empiriska underlaget fortfarande bräckligt. Utslagen är inte heller särskilt starka. Successivt som nytt material kommer fram ökar möjligheterna att dra nytta av erfarenheterna. Idémässigt är mycket redan idag relevant.

På nuvarande stadium kanske de mest intressanta erfarenheterna ligger i hur man inom det nya engelska systemet söker sig fram till nya avvägningar i olika avseenden.

För det första utvecklas relationerna mellan beställare och utförare. Vad som lite drastiskt skulle kunna uttryckas som *apartheid* tonas ner och ersätts av ett moget förhållande.

För det andra nyanseras synen på förhållandet mellan planering och marknad. Vad som efter 1991 års reform uppfattades som planeringens nedgång och fall ersätts av insikten om att planering behövs både för att tillgodose befolkningens behov och för att rationellt driva sjukhus.

För det tredje vidgas perspektivet på processen planering-beställning-upphandling. Begreppet *commissioning* har börjat användas för att fånga den jämfört med *purchasing* mer ambitiösa processen, som sträcker sig från den initiala värderingen av befolkningens behov, över den formella upphandlingen, via ett kontrakt till den vidare kontakten mellan beställare

och utförare och slutligen utvärderingen av de utförda tjänsterna.

För det fjärde skapas nya allianser mellan *DHA*, budgetansvariga husläkare, andra husläkare samt lokala myndigheter. Isolerad upphandling ersätts av samverkan utifrån lokala förutsättningar. Detta kan ses som led i en utveckling där central styrning kompletteras med mer lokalt ansvar.

4 Danmark

Det danska hälso- och sjukvårdssystemet är liksom övriga nordiska system skattefinansierade, offentliga och universella. Danmark är det OECD-land där hälso- och sjukvården haft den stabilaste kostnadsnivån i relation till bruttonationalprodukten (BNP). Kostnaderna har under 70-talet och 80-talet legat på en nivå som motsvarar ca 6 procent av BNP.

I Danmark har ingen uppdelning av funktionerna genomförts; finansiering/tillhandahållande och produktion är integrerade i ett och samma system. Inte heller i övrigt har några marknadsliknande element förts in. Däremot pågår en utveckling av formerna för den administrativa styrningen. Vissa nya inslag av nationella lagar eller överenskommelser påverkar också utvecklingen av det danska hälso- och sjukvårdssystemet.

För Sverige utgör Danmark ett självklart 'referenssystem'. För de aktuella svenska reformövervägandena är de intressantaste områdena:

- Avvägningen mellan nationella och regionala insatser i förändringsarbetet
- Betoningen av integration och samverkan snarare än konkurrens
- Utvecklingen av nya administrativa styrmedel (kontrakt)

4.1 Hälso- och sjukvårdssystemets grunder

Finansiering

I Danmark är det de regionala politiska organen med beskattningsrätt som har ansvaret för hälso- och sjukvården. De 14 amtskommunerna, som motsvarar de svenska landstingen, samt Köpenhamns och Frederiksbergs kommuner ansvarar för finansieringen av det danska sjukhusväsendet.

Amtskommunerna har också ansvar för den öppna vård som bedrivs inom ramen för den skattefinansierade allmänna sjukförsäkringen.

Produktion

All produktion av öppen vård som finansieras genom den allmänna sjukförsäkringen sköts av privatpraktiker, som måste ha avtal med amtskommunen för att få ersättning från försäkringen. De yrkesgrupper som arbetar inom ramen för försäkringen är: allmänpraktiserande läkare (husläkare), specialister i öppen vård, tandläkare, sjukgymnaster, kiropraktorer, fotvårdare och psykologer.

Sjukhusen ägs och drivs av amtskommunerna samt av Köpenhamns och Frederiksbergs kommuner. Det finns dessutom ett statligt sjukhus, Rigshospitalet, som bl.a. svarar för högspecialiserad vård. Detta sjukhus finansieras genom ersättning från de amtskommuner som utnyttjar sjukhusets tjänster.

Omfattning

Det danska hälso- och sjukvårdssysstemet omfattar hela befolkningen och svarar för såväl akutsjukvård som husläkarverksamhet samt övrig öppenvård. Mödrahälsovården är amtets ansvar liksom den slutna psykiatrin och den verksamhet som bedrivs av lokala psykiatriska team.

Kommunerna har ansvar bl.a. för gruppboende och stöd till de psykiatripatienter som bor i eget hem. Kommunerna ansvarar också för förebyggande insatser, t.ex. barnhälsovård samt för hemsjukvård och vård vid institutioner för äldreboende, plejehjem. Genom avtal med husläkarna svarar amtskommunen för läkarinsatser vid plejehjem.

För rehabilitering och viss social omvårdnad har amtskommunen och primärkommunen ett delat ansvar och finansierar hälften var oavsett om denna vård och service produceras av primärkommunen eller av amtskommunen. Detta delade ansvar gäller för personer under 67 år. För de äldre har primärkommunen det fulla finansieringsansvaret inom dessa vårdformer.

Parallella system

I Danmark finns enstaka privata sjukhus som är vinstsyftande samt några icke vinstsyftande vårdenheter som drivs t.ex. av patientföreningar. Det

finns också ett fåtal privatläkare, som står utanför den allmänna försäkringen. Ersättning till dessa betalas av patienterna utan offentliga subventioner. Inget hindrar att amtskommunerna köper tjänster från privata sjukhus men det sker endast i marginell omfattning.

4.2 Finansiärens styrning av patienten

Val av vårdgivare

Husläkaren är basen i den danska hälso- och sjukvården. Alla invånare har rätt att välja en husläkare inom tio kilometer från hemmet. Man har rätt att byta husläkare när man vill men högst var sjätte månad. Sedan 1993 har man lagfäst rätt att välja sjukhus under förutsättning att man har remiss.

Regler för remisser

Normalt krävs remiss från husläkaren för vård hos öppenvårdsspecialist, för sjukhusvård och för vård hos andra personalgrupper som finansieras av den allmänna försäkringen. Ett par undantag finns från denna grundregel. Vård hos ögon- och öronläkare samt hos tandläkare och kiropraktor kan ske utan remiss. Vård vid akutmottagning kräver inte heller remiss.

Patientavgifter

Vården hos husläkaren liksom vård hos öppenvårdsspecialist och i sluten vård är avgiftsfri vid vårdtillfället. Viss avgift erläggs för läkemedel, sjukgymnastik, vård hos kiropraktor och fotvårdare samt hos psykolog.

Ett undantag från regeln om avgiftsfri vård gäller för patienter som valt att stå utanför husläkarsystemet. Cirka två procent av befolkningen har valt att göra detta. Till skillnad från resten av befolkningen kan de söka vilken vård de vill utan remiss. De får då själva betala en del av kostnaden. Resten betalas av den allmänna sjukförsäkringen.

4.3 Finansiärens styrning av produktionen

Reglering av vårdens omfattning, inriktning och struktur

Det danska hälso- och sjukvårdssystemet styrs i stor utsträckning utan nationellt fastlagda lagar och regler. Den lagstiftning som tillkommit har ofta kännetecknats av en anpassning till den praxis som redan tillämpas i många av amtskommunerna. Det samma gäller de riktlinjer och rekommendationer som utarbetas av Sundhetsstyrelsen. De har ofta karaktären av vägledande normer, som typiskt sett redan är standard i delar av landet, men som kräver utveckling i andra. I allmänhet följer de enskilda amtskommunerna Sundhetsstyrelsens rekommendationer även om de inte är tvingande.

Staten har, trots sina begränsade formella styrmöjligheter, genom sina krav på en stram ekonomisk utgiftspolitik haft en betydande påverkan på hälso- och sjukvårdens expansionsmöjligheter. Kraven på ekonomisk återhållsamhet formaliserades i mitten av 80-talet i ett avtal mellan staten och amtskommunerna om amtskommunalt skattestopp.

De villkor som gäller för att bedriva husläkarverksamhet, liksom ersättningens storlek och konstruktion, fastställs på den nationella nivån i förhandlingar mellan Praktiserande Läkares Organisation (PLO) och Sygesikringens Forhandlingsudvalg. I avtalet regleras vilka kompetenskrav som skall gälla för att få etablera sig som husläkare samt hur många husläkare som får finnas totalt i landet och principer för fördelning av dessa över landet. På motsvarande sätt som i England kan nya husläkare bara etablera sig när en annan husläkare slutar eller när befolkningen ökar i ett område.

I princip tillämpas husläkaravtalet lika i hela landet men på senare år har ökade möjligheter öppnats för lokala variationer. Det gäller bl.a. för jourverksamhetens organisation och ersättning för resor i samband med hembesök samt särskilda ersättningar till förebyggande arbete. Vissa amtskommuner har också, oberoende av det centrala avtalet, i högre grad än andra satsat på projekt för att utveckla verksamhetsuppföljning och kvalitetssäkring inom husläkarverksamheten.

Omfattning, inriktning och struktur på sjukhusverksamheten bestäms av amtskommunernas politiker.

Ersättning till sjukhusen

Traditionellt finansieras sjukhusen med en rambudget vars storlek bestäms av amtskommunen. Den personal som är anställd vid sjukhusen har månadslön.

Ersättning till läkare i primärvård/öppen vård

Ersättningen till husläkarna består av flera komponenter. Per capita-ersättning utgår för alla listade som är över 16 år. Ersättningen är lika stor för alla och således inte viktad på grund av ålder eller andra faktorer. Per capita-ersättningen motsvarar ca 30 procent av den totala ersättningen till husläkarna. Dessutom utgår ersättning per besök samt ersättning per åtgärd för vissa åtgärder som finns förtecknade på en 'prislista'. I det senaste avtalet har också införts en timersättning för medverkan i vissa typer av samarbetsträffar, samhällsinriktat förebyggande arbete och samtalsterapi. Vissa laboratorieprover ersätts enligt taxan. I övrigt remitteras patienter till sjukhusens laboratorier utan kostnad för husläkaren.

Det danska systemet för ersättning till husläkare är konstruerat för att undvika under- och överbehandling samt onödiga remisser. Genom den höga andelen prestationsrelaterade ersättningar är risken för underbehandling och onödiga remisser liten. Patienter som kräver mycket vård ger också större intäkter. Den risk för överbehandling som hänger samman med prestationsersättning hanterar man genom att det i avtalet finns regler om tak för hur stor kostnadsökningen för de prestationsersatta delarna får vara. Utfallet granskas varje år av ett utskott inom amtskommunen, sammansatt av politiker och läkare. Detta ger finansiären möjlighet att vid behov vidta åtgärder för att hålla tillbaka omotiverade kostnadsökningar.

För närvarande gäller att de sammantagna utgifterna för de prestationsersatta delarna inte får öka med mer än 4 procent per år om detta inte kan motiveras med att det skett väsentliga förändringar av arbetsuppgifter, t.ex. genom att verksamheter som tidigare sköttes på sjukhuset har förts över till husläkarna. På senare år har kostnadsökningarna överskridit denna gräns. Tolkningen av orsakerna har vållat tvister och problem både på den lokala och centrala nivån. För att undvika framtida konflikter i denna fråga har en särskild grupp tillsatts med uppgift att utarbeta riktlinjer för vilka indikationer som skall gälla för att olika åtgärder skall vara ersättningsberättigade.

4.4 Reformernas motiv och syften

Vilka var problemen?

Det danska sjukvårdssystemet har både starka och svaga sidor. Till de starka hör att det ger befolkningen lika tillgång till hälso- och sjukvård och att skattefinansieringen bidrar till att den ekonomiska bördan blir rättvist fördelad. Systemet är enkelt, vilket ger administrativa fördelar. Amtskommunernas ansvar för att planlägga kapaciteten ger dem en stark position i förhållande till vårdproducenterna och goda möjligheter att styra utgiftsutvecklingen.

Till de svaga sidorna hör att det inte finns några direkta incitament till effektivitet i systemet. Köer har uppstått inom vissa områden och kritik har riktats mot att systemet inte i tillräcklig utsträckning tar hänsyn till befolkningens önskemål. Denna kritik har i första hand riktats mot sjukhusen. Husläkarna åtnjuter däremot stort förtroende och har gott anseende bland den danska befolkningen. Valfriheten har också varit begränsad.

Vad ville man uppnå?

Under senare år har ett antal initiativ tagits, såväl på nationell nivå som i de olika amtskommunerna, för att för bättra vårdens kvalitet, tillgänglighet och lyhördhet för patienternas behov och önskemål. Amtskommunerna har också tagit initiativ till reformer i fråga om styrningen av sjukhusen för att öka effektiviteten i resursutnyttjandet, bl.a. genom kontrakt som reglerar aktivitetsmål och kvalitet. Amtskommunerna har också börjat använda sig av patient- och befolkningsenkäter som underlag för sin planering samt vidtagit andra åtgärder för att öka brukarinflytandet i vården.

4.5 Reformernas innehåll

Nationellt initierade reformer

Man kan konstatera att den nationella nivån under senare år i allt högre grad börjat intressera sig för att påverka och styra hälso- och sjukvården. Detta har bl.a. samband med att både allmänhet och massmedia börjat uppmärksamma sjukvården i ökad utsträckning.

De reformer som initierats från den nationella nivån har följande huvudinriktningar:

- Skattestopp för att begränsa kostnaderna
- Vårdgaranti och fritt val av sjukhus
- Ökade krav på samplanering och samordning mellan amtskommuner och primärkommuner för att åstadkomma ett bättre totalt resursutnyttjande.
- Den högspecialiserade vårdens struktur
- Kvalitetsfrågorna

Valfrihet till bassjukhusen infördes hösten 1992 genom en överenskommelse mellan amtskommunerna. Syftet var bl.a. att hantera ojämnt fördelade köer. Överenskommelsen tillkom i viss mån under trycket av att diskussioner om lagstiftning pågick inom Folketinget. Den lagstiftning som kom 1993 innebär valfrihet även inom den mer specialiserade länssjukvården samt till icke vinstsyftande specialsjukhus som drivs av olika föreningar, exempelvis för reumatikervård. Rigshospitalet omfattas också av patienternas fria val.

I *vårdgarantin*, som arbetats fram i samarbete mellan regeringen och Amtsrådsföreningen fastställs målet att väntetiderna för operation gradvis skall förkortas för att före 1995 års utgång vara högst tre månader. Det finns också enighet om att bygga ut kärlkirurgin under en treårsperiod så att kapaciteten fördubblas.

I januari 1994 trädde en lag i kraft, som ställer ökade krav på *gemensam planering* mellan amtskommun och primärkommun i frågor som är av ett sådant slag att både sjukhus, husläkarverksamhet och kommunala verksamheter behöver samverka. Det gäller exempelvis alkoholfrågor, rehabilitering samt akut uppkomna behov av behandling och omvårdnad.

Enligt lagen skall alla kommunstyrelser utarbeta en plan för sina insatser inom hälso- och sjukvårdsområdet. På samma sätt skall amtsråden utarbeta planer för sin verksamhet samt för hur samarbetet med primärkommunen skall gå till under valperioden. Målet med denna planering är att vidareutveckla samarbetet, effektivisera resursutnyttjandet och stärka det förebyggande arbetet.

När det gäller *strukturfrågorna* har riksdagen genom en lag från 1992 öppnat en möjlighet för hälso- och sjukvårdsministern att efter samråd med amtskommunerna besluta om var viss högspecialiserad vård skall bedrivas. Innebörden i lagen är att verksamhet skall bedrivas decentralt så vida inte särskilda skäl talar mot detta. Dessa skäl är bl.a. att verksamheter som förutsätter samarbete med andra kliniska och/eller diagnostiska

högspecialiserade verksamheter skall samlas på samma ställe. Funktioner som på grund av dyr apparatur eller av andra skäl är särskilt resurskrävande bör koncentreras. Dessutom skall man i bedömningen väga in att verksamheterna måste ha en sådan omfattning att personalen kan upprätthålla tillräcklig kompetens. Som komplement till denna lag har Sundhetsstyrelsen gett ut föreskrifter som skall ligga till grund för amtskommunernas planering. Hittills har inte denna lag utnyttjats.

Hälso- och sjukvårdsministeriet och Sundhetsstyrelsen har 1993 gett ut en 'Nationell strategi för kvalitetsutveckling'. Den beskriver ansvar och uppgifter för att komma igång med *kvalitetsutveckling* på alla nivåer i hälso- och sjukvårdssystemet.

Reformarbete inom amtskommunerna

I de danska amtskommunerna pågår ett omfattande arbete med att utveckla verksamheten, förbättra ledningsorganisationen och pröva nya former för styrning, ledning och organisation. Förändringstakt och lösningar skiljer sig mellan amtskommunerna. I cirka hälften av amtskommunerna har utvecklats olika former av avtal och kontrakt mellan amtskommunen och sjukhusen.

De kontrakt som upprättas reglerar dels de aktiviteter och den kvalitet som man förväntar sig från sjukhuset, dels vilka resurser som ställs till förfogande för att uppnå det förväntade resultatet. Resurserna uttrycks som ekonomiska ramar och inte som prestationsersättningar där pengarna följer patienten. Kontrakten utgår från de politiskt fastställda mål som finns för amtskommunen och för det enskilda sjukhuset. Amtsrådet förhandlar, på befolkningens vägnar, med vart och ett av sjukhusen – även om sjukhusen fortfarande står under amtsrådets politiska ansvar.

Som ett exempel kan nämnas några uppgifter om Fyn, som var den första amtskommun som började tillämpa styrning med hjälp av kontrakt.

Från 1993 ingår amtsrådet årliga kontrakt med sjukhusen. Kontrakten har tydligare synliggjort prioriteringarna i relation till vart och ett av de tio sjukhusen. I samband med förhandlingarna har de också kunnat utsättas för viss konkurrens. Detta har resulterat i förändrad ansvarsfördelning mellan sjukhusen i vissa avseenden. Amtsrådet har också haft möjlighet att lägga ut vissa verksamheter på entreprenad till sjukhus i andra amtskommuner. I dessa sammanhang tillämpas principen om att pengarna följer patienterna.

Kontraktsstyrningen ingår i en samlad servicestrategi som innehåller fem element: En samarbetsstrategi, som syftar till att åstadkomma bättre

samarbete mellan sjukhus, husläkare och primärkommunala verksamheter. En strategi för att i så stor utsträckning som möjligt använda öppen vård. En planeringsstrategi, som innebär att varje sjukhus åläggs att utarbeta en treårig plan för sin utveckling och omdaning. En informationsstrategi, som siktar på att åstadkomma bättre patientinformation samt en kontraktsstrategi som syftar till att åstadkomma en mer resultatorienterad styrning där prestationer och kvalitet relateras till befolkningens behov och önskemål. Kontrakten är inte bara verktyg för målformulering och fastställande av resursramar. I kontrakten regleras också sjukhusledningarnas ansvar och befogenheter i förhållande till amtsrådet. Kontrakten blir därmed ett samlat, synligt dokument mellan amtsrådet och sjukhuset där förväntningar, frihetsgrader och förpliktelser finns dokumenterade.

4.6 Effekter av reformerna

När det gäller de nationellt initierade reformerna är det ännu för tidigt att bedöma effekterna av dessa. Från amtskommunerna framförs dock farhågor att reglerna om fritt sjukhusval och vårdgaranti kommer att begränsa amtskommunernas möjligheter att styra verksamheten. Möjligheten att upprätthålla kostnadskontroll blir mindre när patienterna kan välja även andra sjukhus än de som amtskommunen redan har kontrakt med. De nya reglerna kan också komma att skapa ett ökat tryck på att införa olika former av marknadsmekanismer för att hantera de ekonomiska effekterna av patienternas friare val.

En utvärdering av rätten att välja sjukhus visar att det under det första året var cirka fyra procent av patienterna som valde ett annat sjukhus än tidigare. I första hand var det patienter som hade kortare resväg till ett annat sjukhus än det de brukat tillhöra som utnyttjade valfriheten.

I Fyns amt har resultatet av de förändringar som genomförts bl.a. varit att produktionen ökat med 12–15 procent inom oförändrade ekonomiska ramar. Besparingar inom vissa områden har kunnat användas för utvecklingsinsatser inom andra. Patienternas tillfredsställelse har ökat men väntetiderna har i vissa fall blivit längre, trots ökad verksamhet.

Så här långt verkar både politiker och sjukhusledningar nöjda med den kontraktsmodell som är under utveckling. Den bidrar till att skapa ökad förståelse mellan de två parterna och fokuserar väsentliga problem inom sjukhusväsendet. Amtsrådet har blivit mer realistiskt i bedömningarna av vad man kan få för pengarna och verksamheten har inriktat sig på att leva

upp till kontrakten. I framtiden behöver kontrakten utvecklas ytterligare, bl.a. när det gäller kvalitetsfrågorna.

4.7 Vart är man på väg?

Det successiva reformarbetet går vidare i Danmark. De uppmärksammade uppgifterna om att medellivslängd och folkhälsa under en följd av år utvecklats negativt i Danmark jämfört med andra OECD-länder har lett till diskussioner huruvida detta kan ha något samband med den danska hälso- och sjukvårdens låga kostnadsnivå eller med verksamhetens innehåll och organisation. Något svar finns för närvarande inte på denna fråga. Under slutet av 1993 påbörjades dock, mot bakgrund av att sjukhusväsendet varit utsatt för en stram ekonomi under en följd av år, ett samråd mellan regeringen och amtskommunerna kring sjukhusens förutsättningar och ekonomiska villkor.

I Fyns amt, liksom i övriga amtskommuner som börjat tillämpa kontrakt ser man inte denna utveckling som en övergång till en marknadsliknande lösningar utan snarare som en förhandlingsekonomi där ansvarsfördelningen mellan den politiska nivån och de driftsansvariga ledningarna preciseras. De politiskt ansvariga efterfrågar verksamhet av ett visst innehåll och till överenskommen kvalitet. Sjukhusen, som har ansvaret för produktionen levererar dessa tjänster.

4.8 Erfarenheter av särskilt intresse för reformarbetet i Sverige

Det danska hälso- och sjukvårdssystemet är i väsentliga avseenden uppbyggt på samma sätt som det svenska. Det innebär att de angreppssätt som tillämpas och de erfarenheter som finns från Danmark bör ha stor relevans som underlag för reformarbete i Sverige. Den redovisning som givits här visar vilka vägar man valt och något av de diskussioner som pågår.

Några punkter har särskild aktualitet och relevans för diskussionen om en eventuell svensk reform. Det gäller kontraktsstyrning i ett integrerat system, dvs. i ett system där man inte skiljer på finansiär/tillhandahållare och producent. Det gäller vidare den nationella regleringen av t.ex. vårdgarantier och valfrihet. Ett tredje område är sambandet mellan ersättning till husläkare och ersättning till sjukhus.

När det gäller utveckling av nya former för verksamhets- och ekonomistyrning kan man konstatera att Danmark, till skillnad från England och flera landsting i Sverige, alltså *inte* valt lösningar som bygger på en separation av rollerna som beställare och producent. Detta är intressant att notera eftersom expertgruppen i sin rapport till HSU 2000 (SOU 1993:38), i sin beskrivning av möjliga utvecklingslinjer för en reformerad landstingsmodell, pekar på att fördelen med ett helintegrerat sjukvårdssystem inte ligger i att utveckla marknadslösningar utan i att genom administrativa beslut styra vårdenheternas funktion. Genom att följa effekterna av dessa båda utvecklingslinjer kan värdefulla erfarenheter vinnas.

Både Danmark och Sverige har av tradition decentraliserade hälso- och sjukvårdssystem med regionalt ansvar för finansiering och produktion av vård. I dessa system finns vissa geografiska gränser för valfriheten och skillnader mellan olika landsting/amt kan också uppkomma. I båda länderna har detta lett till nya nationella regleringar. Dessa stärker statens möjligheter att styra. Samtidigt är de till sin natur sådana att de i olika avseenden kan försvåra landstingens/amtens möjlighet att kontrollera kostnader och prioriteringar i hälso- och sjukvården. Här finns också ett område för att framöver jämföra erfarenheter.

En betydelsefull skillnad mellan Danmark och Sverige är att Danmark sedan årtionden har ett etablerat och allmänt uppskattat husläkarsystem. Vid framtida överväganden kring ersättningssystem till husläkare och sjukhus finns anledning att beakta de danska erfarenheterna. Den sammantagna effekten av å ena sidan husläkarersättningens utformning och å andra sidan att sjukhusen ersätts genom en rambudget och därför inte har motiv att dra till sig patienter i onödan framhålls ofta som en möjlig delförklaring till den relativt låga kostnadsnivån i dansk hälso- och sjukvård.

5 Finland

Finländsk hälso- och sjukvård bygger på samma ideologiska grund som övriga nordiska länder; den är offentlig, skattefinansierad och universell. Organisatoriskt är dock skillnaderna tämligen stora. Det finska samhällssystemet har av tradition präglats av en mycket långtgående decentralisering till kommuner kombinerad med en stark central styrning. Det innebär att hälso- och sjukvården är en uppgift för primärkommunerna.

Liksom övriga nordiska hälso- och sjukvårdssystemet är det finska under förändring. Det kommunala huvudmannaskapet består men förutsättningarna för det förändras genom att den statliga styrningen minskar.

De förhållanden och reformer i Finland som ur svensk synpunkt kan vara särskilt intressant att hämta erfarenhet från är:

- Det kommunala ansvaret för hela hälso- och sjukvården och samordningen på regional nivå (inklusive diskussionerna kring införande av en regional politisk nivå med ansvar för bl.a. hälso- och sjukvård)
- Statsbidragsreformen (som ger *möjlighet* att introducera marknadsmekanismer)
- Egenläkarreformen

5.1 Hälso- och sjukvårdssystemets grunder

Finansiering

I Finland är det kommunerna som har ansvaret för att finansiera och tillhandahålla hälso- och sjukvård till alla kommuninvånare. Statsbidrag har, fram till 1993 års reform, utgått i relation till aktivitetsnivån och varit hårt styrande för verksamheten. Statsbidragen utgjorde 30–70 procent av

kostnaderna beroende på skattekraften. I praktiken har statsbidragens konstruktion inneburit att kommunerna varit garanterade att få en bestämd andel av sina kostnader för sjukvården täckta oavsett storleken på dessa kostnader. Kommunens andel av kostnaderna har finansierats med kommunalskatt. Patientavgifter svarar för cirka 5–6 procent av kommunernas hälso- och sjukvårdsbudget.

Produktion

Sjukhusen är offentliga och drivs som regel av kommunalförbund. Från 1991 är landet indelat i 21 sjukvårdsdistrikt som är obligatoriska kommunalförbund med gränser som fastställts av staten. Från och med 1993 kallas dessa kommunalförbund för samkommuner.

Primärvården bedrivs av 226 hälsocentraler. För cirka hälften av dessa är samkommunerna huvudmän. Hälsocentralerna har en bred verksamhet som utöver läkarmottagning även innefattar barn- och mödrahälsovård, folkhälsoarbete, röntgen- och laboratorieverksamhet, sjukgymnastik samt sjukhemsverksamhet där det även finns vissa platser för korttidsvård. Hemsjukvården ingår också i hälsocentralernas verksamhet.

Omfattning

Det finska hälso- och sjukvårdssystemet omfattar hela befolkningen och svarar för såväl akutsjukvård som den primärvård som bedrivs vid hälsocentraler och sjukhem. Även hälsovård och hemsjukvård ingår.

Parallella system

Vid sidan av den offentliga, kommunbaserade hälso- och sjukvården finns också en privat hälso- och sjukvård som subventioneras genom en allmän sjukförsäkring, finansierad med arbetsgivaravgifter och egenavgifter från de anställda. Den privata sjukhusvården är förhållandevis obetydlig och utgör ett par procent av det totala antalet bäddplatser. Däremot finns en omfattande privatläkarverksamhet som svarar för mer än hälften av de öppenvårdsbesök som görs hos specialistläkare. Detta har delvis sin förklaring i att det kommunala systemet har utvecklats olika i olika delar av landet. Den privata vården är vanligast i storstäderna.

I Finland finns också privata tilläggsförsäkringar som används för att täcka kostnader för vård hos privatläkare. Vanligast är att man tar denna typ av försäkring för barn. Motivet för detta är de väntetider på ibland två till tre veckor som varit vanliga vid hälsocentralerna.

5.2 Finansiärens styrning av patienten

Val av vårdgivare

I Finland är möjligheten att välja vårdgivare inom den offentliga hälso- och sjukvården begränsad. Man har, även i det nya egenläkarsystemet, valt att prioritera befolkningsansvar och teamarbete framför patienternas frihet att välja vilken läkare han/hon vill teckna sig hos. Befolkningen listas områdesvis. Viss möjlighet finns att byta läkare om man inte är nöjd med den som finns inom det egna området.

Valet av sjukhus begränsas till det eller de sjukhus som den egna kommunen har avtal med. Det innebär i praktiken en minskning av valfriheten jämfört med förhållandena före statsbidragsreformen.

Den relativt stora andelen privatpraktiserande läkare i Finland ger en viss möjlighet att välja läkare, åtminstone i tätorterna och i synnerhet i större städer där de flesta privatläkare finns. Besök hos privatläkare är till viss del offentligt subventionerat genom ersättning från försäkringskassan. Det finns också möjlighet att söka en offentligt anställd sjukhusspecialist som privatpatient. Denne kan då lägga in patienten i någon av avdelningens få privata sängar och ansvara för behandlingen på avdelningen. Patienten får betala 70 procent av besöksarvodet ur egen ficka men behöver inte betala något extra till sjukhuset för att bli inlagd. De finländare som har privata försäkringar eller som är beredda att betala med egna medel kan i ökande omfattning som alternativ välja att låta planerade operationer utföras på privata sjukhus.

Regler för remisser

Remiss från primärvårdsläkare eller privatpraktiserande läkare krävs för att få sjukhusvård.

Patientavgifter

Patientavgifterna var 1993 100 finska mark per besök hos specialist inom den offentliga vården och 50 mark hos primärvårdsläkare. Möjlighet att ta ut avgift för läkarbesök i primärvård infördes 1993. Majoriteten av kommunerna valde att införa sådan avgift. Vårdavgift vid sjukhus är 125 mark per dygn inom akutsjukvården och inkomstrelaterad inom långvården.

Inom privat vård tar man ut betydligt högre avgifter. Hos privat allmänläkare 150–200 mark varav den allmänna sjukförsäkringen står för 50 mark. Hos privata specialister är avgiften högre. Dessutom tillkommer kostnader för olika provtagningar eller andra diagnostiska åtgärder. Fram till 1992 var de avgifter man själv fick betala avdragsgilla vid deklarationen upp till maximalt 2 000 mark per år.

5.3 Finansiärens styrning av produktionen

Reglering av vårdens omfattning, inriktning och struktur

Styrningen av hälso- och sjukvården skedde tidigare genom femårsplaner som skulle godkännas av staten samt genom statlig detaljreglering kopplad till statsbidragen. Eftersom syftet med statsbidragen i första hand varit att stimulera utveckling av verksamhet har de dock inte varit verkningsfulla som styrinstrument i ett läge där det finns behov av neddragningar och strukturförändringar. Både kommunerna och staten har haft svårigheter att påverka kostnadsutvecklingen eftersom driften skötts av kommunalförbunden som varit mottagare av statsbidragen och som rekvirerat resten av de resurser som krävts för driften från kommunerna. Trots statlig detaljreglering i vissa avseenden har utvecklingen ändå i väsentliga avseenden varit ostyrd.

Genom de senaste årens reformer har ansvaret för reglering av vårdens omfattning och struktur lagts tydligare på kommunerna. Etablering respektive avveckling av offentliga vårdenheter är kommunernas ansvar. I praktiken finns dock stora problem med hanteringen av strukturfrågorna. En nyligen genomförd 'servicestrukturutredning' pekade på stora regionala skillnader och behov av att rätta till sjukvårdens allt för dyra produktionsstruktur. Ett riksomfattande program har utarbetats för att avveckla en betydande del av den slutna vården för att i stället satsa på den öppna vården. Detta program har inte kompletterats med någon plan för hur strukturfrågorna skall kunna hanteras. Målet är att minska institutionsvården med 30 000 vårdplatser så att antalet år 2000 skulle vara 60 000. Främst önskar man minska antalet långvårdsplatser.

Ersättning till sjukhusen

Personalen vid sjukhusen har månadslön. Verksamheten har i princip styrts av budgetar som fastställts av kommunalförbundet.

Ersättning till läkare i primärvård/öppen vård

Traditionell budgetstyrning tillämpas även för hälsocentralerna. Personalen har månadslön. För läkarna har dock ersättningssystemet förändrats i de kommuner som beslutat sig för att införa egenläkarsystemet.

Det nya ersättningssystemet innebär att man ovanpå den fasta månadslönen har lagt en per capita-ersättning som utgår för patienter som besökt husläkaren mer än tre gånger under året. Till detta kommer viss ersättning per besök och ersättning för vissa åtgärder samt timersättning vid jourarbete och viss ersättning för läkare med särskild utbildning. Sammantaget har detta inneburit att husläkarnas inkomster ökat med 10–30 procent. I det nya avtalet ingår att den fasta arbetstiden har avskaffats och att läkarna har skyldighet att i normalfallet ta emot patienterna nästa dag. På grund av den ökade kostnad som uppstår med det nya ersättningssystemet har många kommuner valt att fortsätta tillämpa det gamla systemet.

5.4 Reformernas motiv och syften

Vilka var problemen?

Finland är ett av de OECD-länder som inte har dämpat sin kostnadsutveckling inom vården under slutet av 80-talet och början av 90-talet. Delvis har detta sin förklaring i att man ansåg att kostnadsnivån, ca 7 procent av BNP under 80-talet, var rimlig i jämförelse med andra OECD-länder. Statsbidragens konstruktion hade syftat till att stimulera utbyggnad av vården i hela landet. När en tillräcklig täckning hade nåtts blev systemet problematiskt, i och med att kommunerna fortfarande hade incitament att expandera sin verksamhet och hoppas på nya subventioner för byggnadsprojekt och inrättande av tjänster. Finansdepartementet började med oro se på utvecklingen av kostnaderna för statsbudgeten. Det är bl.a. för att komma till rätta med dessa problem som en statsbidragsreform genomfördes 1993.

Konstruktionen med statsbidrag som utgick direkt till producenterna hade inbyggda effektivitetsproblem eftersom statsbidragen minskades om man drog ner på verksamheten och ökade när man expanderade. Vårdpersonalen på hälsocentraler och sjukhus saknade också incitament för en effektiv vårdproduktion.

Det finns studier som visar att produktiviteten i sjukhusvården sjönk med 30–40 procent under 1980-talet. För primärvårdens hälsocentraler sjönk produktiviteten under 1980-talet med ca 30 procent.

Såväl statsbidragens konstruktion som de regler som gällde för samverkan i kommunalförbund bidrog till att kommunerna hade små möjligheter att styra vårdens utveckling och kostnader. Från den nationella nivån upplevde man också att det fanns brister i koordinering och planering av vårdens struktur.

Vårdens kvalitet och tillgänglighet kritiserades också, inte minst primärvården där väntetider på flera veckor för att komma till en läkare var vanliga. Det fanns också brister i samverkan mellan olika personalkategorier inom hälsocentralerna, trots att alla var anställda av kommunen och arbetade i samma lokaler. En orsak till den dåliga tillgänglighet på dagtid var att det gamla ersättningssystemet uppmuntrade till arbete på jourtid vilket i sin tur minskade läkarnas närvaro på hälsocentralen under dagtid. Detta var ett motiv för att ändra på formerna för ersättning till primärvårdsläkarna i samband med egenläkarreformen.

Vad ville man uppnå?

De reformer som genomförts under senare år har haft som syfte att förbättra vårdens tillgänglighet och kvalitet och att skapa incitament för ökad produktivitet och effektivitet. Ett annat syfte har varit att ge kommunerna en större frihet att själva besluta om vårdens inriktning och omfattning liksom för samverkansformerna mellan kommuner. Därigenom har man också tydligare lagt över ansvaret för finansieringen och för den totala kostnadsutvecklingen på kommunerna.

Möjligheten att åstadkomma en ökad konkurrens har *inte* varit något motiv för tillkomsten av statsbidragsreformen. Däremot har den möjliggjort en sådan utveckling.

5.5 Reformernas innehåll

Den finska traditionen med stark centralstyrning avspeglar sig också i att det reformarbete som bedrivits de senaste åren i huvudsak är initierat från den nationella nivån. Takten i genomförandet bestäms dock av kommunerna när det gäller egenläkarreformen. Även när det gäller nya former för samverkan mellan kommuner liksom utformningen av själva vården ökar möjligheterna för kommunerna att finna egna lösningar.

Huvudinriktning

- Egenläkarreformen

Den finska egenläkarreformen innebär dels förändringar i arbetsorganisationen vid hälsocentralerna, dels förändrade ersättningsregler för primärvårdsläkarna. Arbetet har organiserats efter en s.k. befolkningsansvarsprincip, vilket innebär att man delar in de stora hälsocentralerna i mindre enheter med ansvar för service till en avgränsad befolkning som listas utifrån geografiska principer. Varje område betjänas av ett team där en läkare och en till två hälsovårdare (sjuksköterskor) är kärnan. Detta arbetssätt motsvarar den vårdlagsorganisation som tidigare var vanlig på svenska vårdcentraler.

- Administrativa reformer

Den indelning av landet i 21 sjukvårdsdistrikt, som genomfördes 1991 baserade sig på tanken att koordinering och planering av verksamheten ökar effektiviteten. I dag bedömer man situationen annorlunda. Många kritiska röster höjs mot sjukvårdsdistriktens monopolställning inom sjukvården. En uppluckring har också skett genom att medlemskommunerna från 1993 har rätt att köpa tjänster även från andra sjukvårdsdistrikt.

Tidigare var formerna för kommunernas samarbete inom kommunalförbunden i detalj reglerat av staten. Efter 1993 års samkommunreform kan kommunerna själva komma överens om hur samarbetet skall ske. Det innebär bl.a. att man har frihet att bestämma hur samkommunernas styrelser skall utses och hur de skall vara sammansatta.

- Statsbidragsreformen

Grundprinciperna i det nya statsbidragssystemet är följande:

* I stället för att tidigare ha varit kostnadsrelaterade är nu statsbidragen befolkningsrelaterade och utgår med hänsyn bl.a. till invånarantal, åldersstruktur, sjuklighet samt vissa geografiska faktorer och utbetalas som ett fast belopp.

* Pengarna betalas direkt till kommunen och inte som tidigare till producenterna. Förändringen möjliggör för kommunerna att köpa hälso- och sjukvårdstjänster från de producenter som de väljer att upprätta avtal med. Producenterna får således ersättning för utförda tjänster. I praktiken innebär detta också att monopolet för offentlig produktion av den vård som finansieras med statsbidrag upphör.

* Kommunernas möjlighet att själva bestämma hur de skall använda de statliga medlen ökar väsentligt. Pengarna är inte längre öronmärkta utan kan användas fritt. Det innebär att kommunen även kan prioritera mellan sjukvård och andra kommunala verksamheter.

Vad har hänt?

På de hälsocentraler som infört egenläkarsystem, och i samband med detta infört det nya ersättningssystemet för läkarna, har en snabb förändring ägt rum i sättet att bedriva arbetet. Det har inneburit att patienterna, i enlighet med det nya åtagandet, numera som regel får komma till läkaren samma eller nästa dag. Kontinuiteten har förbättrats. Valfriheten har i praktiken minskat eftersom man nu tilldelas en av läkarna vid den hälsocentral som finns inom det område där man bor.

Ingen klar rollfördelning har utvecklats mellan beställare och utförare. Några kontrakt mellan kommuner och sjukvårdsdistriktens samkommuner gjordes inte upp utan kommunernas representanter i samkommunen fastställde en sedvanlig årsbudget för sjukhusen. I ett av sjukvårdsdistrikten skedde emellertid en avräkning av den kommunala betalningsandelen på basis av produktpriser. Även i dessa fall kvarstod dock kommunernas skyldighet att täcka eventuella underskott hos producenten.

Under 1994 inför Helsingfors universitetssjukhus, som enda sjukhus, fasta priser per åtgärd. Eftersom prislistan omfattar över 6 000 åtgärder måste systemet betecknas som *fee-for-service*. Flera andra sjukhus, särskilt de stora, började arbeta fram system för att sätta pris på verksamhetens olika "produkter". Ett försök till nationell samordning misslyckades - inte

oväntat eftersom statsbidragsreformen innebar ett slut på centralplaneringen. Trots att många sjukhus tog fram prislistor var alla sjukhus fortfarande anslagsfinansierade under 1993.

Sjukvårdsmarknaden har fungerat bara där den verkat tidigare - inom den privata sektorn - och lett till att de privata läkarcentralernas och sjukhusens fått kraftigt reducerade verksamhetsvolymer och stark priskonkurrens. Ett antal konkurser har också kunnat noteras. Inom den offentligt bedrivna sjukvården förekom konkurrensutsättning bara i ett par fall.

Kommunerna planerar också att överföra en del funktioner till den egna hälsovårdscentralen. De hälsovårdscentraler som köper röntgen- och laboratorietjänster kommer att konkurrensutsätta sina leverantörer och ungefär 15 procent av kommunerna planerar att köpa specialistsjukvård även utanför hemdistriktet.

5.6 Effekter av reformerna

För staten innebär statsbidragsreformen att automatiken i kostnadsökningen upphör. Kommunerna får en större självständighet men också ett större ansvar för de prioriteringar som görs mellan sjukvård och andra verksamheter liksom för vårdens finansiering över huvud taget. Kommunerna förväntas bli mer kostnadsmedvetna när de har direkt kontroll över alla de medel som kommuninvånarna använder för utnyttjande av olika tjänster och när kommunerna får möjlighet att tillgodogöra sig eventuella besparingar fullt ut.

Genom de förvaltningsreformer som genomförts de senaste åren har kommunernas handlingsfrihet ökat. Samkommunreformen och statsbidragsreformen innebär att kommunerna har större möjligheter än tidigare att genom kontrakt med vårdgivare få en mer direkt styrning av vården. Kommunerna uppfattas nu som de aktörer som skall utsätta vårdproducenterna för konkurrens. De är i princip fria att sluta avtal med vilka vårdproducenter som helst, även med privata vårdgivare och vårdgivare utanför den egna samkommunen.

Som många andra förändringar i ekonomiska styrformer tycks reformen ha haft en kostnadsdämpande effekt redan året innan den trädde i kraft. Produktiviteten har ökat de senaste åren, i första hand inom sjukhusvården. Antalet vårdtillfällen har ökat medan personalinsatsen minskat något. Kostnaderna för både primärvård och specialiserad sjukvård sjönk något under 1992, t.o.m. nominellt, efter att tidigare år alltid ha ökat.

Den djupa ekonomiska krisen i Finland har också bidragit till att tvinga fram kostnadsneddragningar de senaste åren.

5.7 Vart är man på väg?

Studier visar att relativt stora effektivitets- och produktivitetshöjande åtgärder bör kunna realiseras inom hälso- och sjukvården. Man talar nu allt mer om en marknadsanpassning av hälso- och sjukvården som det medel genom vilket en effektivisering skall genomföras.

Finland har också genom de senaste årens reformer, som i första hand syftade till att söka komma till rätta med sjukvårdskostnadernas expansion, skapat förutsättningar för övergång från ett system med administrativ styrning av vården till ett system där mer av marknadsmekanismer tillåts.

Den möjlighet att utveckla marknadsliknande former som ligger i statsbidragsreformen har dock inte utnyttjats, i vart fall inte på kort sikt. En orsak till detta kan vara den djupa ekonomiska nedgången. Den har avhållit kommunerna från att ge sig in på experiment. All uppmärksamhet har riktats mot att klara av de nedskärningar som följer av det vikande skatteunderlaget och de reducerade statsbidragen. Strukturella ingrepp har inte heller tvingats fram eftersom den största delen av sparbehovet täckts genom de facto-lönesänkningar, som genomdrivits i centrala förhandlingar.

Inslagen av kontraktsdialog och konkurrens har alltså hittills varit begränsade och det är för tidigt att veta i vilken riktning som det finländska hälso- och sjukvårdssystemet kommer att utvecklas. Patienternas valfrihet har inte lyfts fram på samma sätt i Finland som t.ex. i Sverige och Danmark.

Ännu har heller ingen tänkt igenom hur man skall besluta om den totala produktionsvolymen inom sjukvården. När staten nu tröttnat på att betala sin andel av kostnadsökningarna på löpande räkning är det de 450 kommunerna som har ansvaret för att hantera frågorna om kontroll av vårdens struktur, volym och totala kostnader. Något som man av erfarenhet vet är svårare ju mer decentraliserat beslutsfattandet är.

Om man väljer en beställar-utförarmodell kommer det att bli nödvändigt att lösa kommunernas ansvar i förhållande till sjukvårdsdistrikten och sjukhusen. Det är nödvändigt att sjukhusen får en klart definierad och självständig ställning. Det finns ännu inte några egentliga modeller för hur detta skall ske.

Primärvården är i princip inte berörd av de marknadsanpassningar som sjukhusen börjar inrätta sig för. Man kan också konstatera att en decentralisering av beslutsfattande till individplanet, som skulle ge den enskilde rätt att välja vårdproducent och därigenom möjlighet att genom sina val utsätta producenterna för konkurrens, inte har diskuterats i någon större utsträckning i Finland.

5.8 Erfarenheter av särskilt intresse för reformarbetet i Sverige

Likheterna mellan Sverige och Finland ligger framför allt i den välfärdspolitiska inriktningen och offentliga finansieringen av hälso- och sjukvården. Den stora skillnaden är att det i Finland är primärkommunerna som är ansvariga för hälso- och sjukvården.

Denna kombination av likhet i stort, men skillnad på en väsentlig punkt gör att det finns förutsättningar för Sverige att ta till sig erfarenheter från de finska reformerna. Självfallet kan man också lära av de förändringar som *inte* genomförs.

En nyckelfråga ur svenskt perspektiv är hur det finska systemet hanterar de frågor som inte kan lösas av den enskilda primärkommunen, t.ex. strukturfrågorna. Under en period fanns i Finland ett intresse att införa en politisk mellannivå motsvarande de svenska landstingen. Detta intresse har dock dämpats av en tveksamhet inför att skapa monopol inom sjukvården. Kritikerna hävdar att en utveckling mot att införa mer av marknadsmekanismer snarast skulle motverkas om man införde en politisk mellannivå med beskattningsrätt och ansvar för driften av den specialiserade sjukhusvården. Någon sådan reform har därför inte genomförts trots att förslag funnits utarbetade i departementet.

Om och *hur* Finland på längre sikt utnyttjar möjligheten att utveckla primärkommunen till en aktiv beställare är likaså intressant för Sverige att följa. Kommunen som beställare är ju också ett alternativ i de svenska övervägandena om en reform.

Ett område där Finland är unikt bland de studerade länderna gäller valfriheten, som är starkt begränsad. Den fortsatta utvecklingen på det området är också av intresse.

6 Kanada

Den offentliga finansierade sjukvården är en viktig del av den kanadensiska välfärdspolitiken. På produktionssidan finns däremot en betydande pluralism med privat produktion.

I Kanada pågår inga stora förändringar av hälso- och sjukvårdssystemet. Motivet för att i detta sammanhang beskriva det kanadensiska hälso- och sjukvårdssystemet är i första hand att ge en bild av hur ett skattefinansierat system med privat drift möter problem som liknar de svenska.

De reformer som pågår i Kanada går i riktning mot att decentralisera ansvar från provinserna, vars folkmängd varierar mellan nio miljoner i Ontario till 125 000 i Prince Edvard Island, till mindre regioner inom provinserna. Sett ur svenskt perspektiv kan det jämföras med att man därigenom skapar en slags landsting eller sjukvårdsdistrikt.

Intresset i denna studie koncentreras framför allt på följande teman:

- De privata vårdgivarnas roll och funktion
- Avvägningen samverkan - konkurrens
- Etableringsfriheten för läkare i öppen vård

6.1 Hälso- och sjukvårdssystemets grunder

Finansiering

Den kanadensiska hälso- och sjukvården finansieras huvudsakligen med skatter som invånarna betalar dels till provinsen, dels till den federala nivån. Två provinser har fortfarande kvar ett system med premier som betalas direkt till provinsernas budget. Dessa premier är inte riskrelaterade utan kan i princip betraktas som ett slags sjukvårdsskatt. Arbetsgivaren

betalar också skatter av olika slag till både den nationella nivån och till provinsen.

Det kanadensiska systemet med allmän hälso- och sjukvårdsförsäkring började utvecklas på 1940-talet. 1957 antogs en federal lag som innebar att den nationella regeringen förklarade sig beredd att betala 50 procent av provinsernas kostnader för sjukhusvård under förutsättning att respektive provins åtog sig att införa en allmän sjukvårdsförsäkring som åtminstone täckte sjukhusvård. Finansieringen blev alltså en gemensam uppgift för federationen och provinserna. 1977 ändrades statsbidragsreglerna och frikopplades från kostnadsutvecklingen i provinserna. I stället baserades de på befolkningsutvecklingen i respektive provins samt på utvecklingen av BNP. Det blev också fritt för provinserna att använda bidragen för andra typer av hälso- och sjukvårdsinsatser vilket underlättade en satsning på t.ex. hemsjukvård. Det är också fritt för provinserna att prioritera mellan sjukvård och andra verksamheter som de har ansvar för.

Produktion

Nittiofem procent av de kanadensiska sjukhusen är icke vinstsyftande och drivs bl.a. av frivilliga organisationer och kommuner. Ett fåtal vinstsyftande sjukhus förekommer inom långtidssjukvården, som inte ligger inom ramen för åtagandet i *Canada Health Act* (se nedan). Sjukhusen har egna styrelser som utses av ägarna. Styrelsen och sjukhusledningen har ansvar för drift och ekonomi men måste hålla sig inom den årliga budget som man förhandlat sig fram till med provinsregeringen. Varje ägare bestämmer själv hur styrelsen skall utses.

Den öppna läkarvården bedrivs av privatpraktiserande läkare som arbetar i egna mottagningar. En stor del av dessa privata specialister har också rätt att lägga in och behandla sina patienter vid sjukhus när de behöver sådan vård.

Även privata lättakuter har etablerats. Under slutet av 80-talet började det också växa upp s.k. *Independent Health Facilities*. Det är privata mottagningar som bedriver verksamhet som genom nya teknologier är möjliga att bedriva utanför sjukhus, t.ex. starroperationer.

Omfattning

De tio provinserna har det konstitutionella ansvaret för hälso- och sjukvården. Detta har lett till att det i praktiken finns ett hälso- och sjukvårdssystem i varje provins. Staten ansvarar för försörjningen av vård till de ca

70 000 invånarna i de mycket glest befolkade territorierna. Provinserna har också ansvaret för socialpolitik och utbildning.

De grundläggande rättigheterna regleras på den nationella nivån i *Canada Health Act* från 1984. Därutöver kan provinserna lägga till ytterligare förmåner, vilket de också gjort i olika omfattning.

I *Canada Health Act* finns fem kriterier som måste uppfyllas för att provinserna skall få del av statsbidragen; sjukvårdsförsäkringen skall vara:

* Allmän - vilket innebär att alla invånare i provinsen omfattas av de förmåner som ingår.
* Omfattande - vilket innebär att all medicinskt nödvändig service som ges av läkare eller på sjukhus ingår.
* Tillgänglig - inga patientavgifter får tas ut för försäkrad vård.
* Flyttbar - det måste finnas avtal mellan provinserna som garanterar att försäkringen gäller överallt i Kanada.
* Offentligt administrerad - vilket innebär att försäkringen måste administreras av offentliga myndigheter som är icke vinstsyftande och som är ansvariga inför provinsregeringen.

Öppen vård som ges av andra personalgrupper än läkare ingår inte i kriterierna för att få statsbidrag utan beslutas oberoende av detta av varje provins. Åtgärder som inte ingår i det basåtagande som täcker alla invånare är t.ex. tandvård, glasögon, hjälpmedel, läkemedel i öppen vård, hemsjukvård och sjukhemsvård. Många provinser har dock utsträckt sina åtaganden till att omfatta även vissa saker som inte ingår i basåtagandet. Vanligast är att dessa utvidgade rättigheter, t.ex. fria läkemedel, i första hand omfattar barn och pensionärer.

Det finns ingen särskild rättighetskatalog som visar vad som ingår inom ramen för 'medicinskt nödvändig service'. Det förutsätts vara en fråga som avgörs av behandlande läkare i relation till den enskilde patientens förutsättningar och behov.

Parallella system

I syfte att undvika uppkomsten av parallella hälso- och sjukvårdssystem är det i Kanada förbjudet att ha privata sjukvårdsförsäkringar som täcker den vård som ligger inom ramen för *Canada Health Act*. Likaså är privata, vinstsyftande sjukhus förbjudna inom de verksamheter som ingår. Tilläggsförsäkringar som täcker kostnader för viss extra service, t.ex. enkelrum, är däremot tillåtna.

6.2 Finansiärens styrning av patienten

Val av vårdgivare

De flesta kanadensare har en fast läkarkontakt. Det finns dock inget listningssystem utan man är fri att gå till vilken läkare man önskar. Oftast har man en allmänläkare, gynekolog eller barnläkare som den fasta läkarkontakten. Allmänläkare har som regel inte inläggningsrätt vid sjukhus. Sjukhusen bestämmer själva vilka läkare som skall ha rätt att lägga in och behandla patienter.

Vid behov av sjukhusvård hänvisas man till det sjukhus vid vilket läkaren har inläggningsrätt. Om man vill bli behandlad vid ett visst sjukhus måste man således uppsöka en läkare som har inläggningsrätt vid det sjukhuset. På senare år har man fått möjlighet att söka sig till sjukhus utanför det egna området i lägen där väntetiderna är långa. Man får dock själv betala resekostnaderna.

Regler för remisser

Något formellt remisstvång finns inte för att söka specialistvård. I praktiken kräver ofta specialisterna att patienterna har en remiss från allmänläkare eftersom deras taxa är konstruerad så att de får en högre ersättning för patienter som har en remiss än för andra patienter.

Patientavgifter

All vård som ligger inom ramen för *Canada Health Act* är avgiftsfri för patienten. Patientavgifter är förbjuda i lag eftersom de bedöms vara ett hot mot människors möjligheter att söka vård när de behöver det. När några provinser har övervägt att införa avgifter har detta därför mötts med starkt motstånd.

6.3 Finansiärens styrning av produktionen

Reglering av vårdens omfattning, inriktning och struktur

Provinsens styrning av verksamhetens inriktning i stort sker i budgetförhandlingar. Det förhållandet att provinsen är den enda finansieringskällan för sjukhusen gör att de är helt beroende av att bedriva verksamheten på ett sätt som gör att patienterna söker sig dit och att de därmed kan visa att det finns ett fortsatt behov av den verksamhet som sjukhuset bedriver.

En väsentlig princip när det gäller finansiering av sjukhusen är att pengar för driften och pengar för investeringar hålls isär och beviljas var för sig efter särskild prövning på provinsnivå. Även om reglerna för finansiering av investeringar varierar mellan provinserna så är det vanligt att det krävs tillstånd från sjukvårdsministern i provinsen för att få göra investeringar. Ett sådant tillstånd föregås av en behovsbedömning. Tillstånd att göra investeringar förutsätter också att delar av investeringen finansieras av den kommun där sjukhuset ligger och/eller av pengar som sjukhuset fått fram t.ex. genom den organisation som äger sjukhuset. Det kan handla om 10–40 procent av hela investeringskostnaden. Benägenheten att bevilja medel till investeringar är inte så stor eftersom provinsen själv får bära de kostnader som uppstår för den framtida driften.

I Kanada råder etableringsfrihet för läkare. Det innebär att det uppfattas som en laglig rättighet för den som utbildat sig till läkare att också utöva sitt yrke. Alla som har en specialistutbildning kan etablera sig vart som helst i landet och uppbära ersättning enligt den läkarvårdstaxa som tillämpas i den provins där man har sin verksamhet. Den fria etableringen och åtagandet att betala för all vård som läkarna producerar har en kostnadsdrivande effekt och har därför kommit att bli ett av de största problemen i den kanadensiska hälso- och sjukvården.

Även de nya formerna av öppenvårdsmottagningar som öppnats för t.ex. dagkirurgi har hittills kunnat etablera sig fritt. Provinserna har nu börjat intressera sig för denna typ av verksamhet. En provins, Ontario, har infört en lagstiftning, *The Independent Health Facilities Act*, som syftar till att reglera förekomsten av denna typ av fristående vårdenheter. Ersättning för den vård som produceras betalas av provinsen bara under förutsättning att man bedömer att denna vård behövs i området och att man också får garantier för att vården är av god kvalitet. Det innebär att man vill försäkra sig om motsvarande typ av etableringskontroll som man genom budgetförfarandet har när det gäller sjukhus.

I flera provinser har regeringarna på senare tid försökt introducera restriktioner för etablering av ytterligare läkare. Detta har stött på starka protester eftersom det anses strida mot gällande lagar och mot den överenskommelse som gjordes 1992 med läkarnas organisationer om former för begränsning av antalet läkare.

Ersättning till sjukhusen

Varje provins beslutar själv hur man vill ersätta sjukhusen. Gemensamt är att kostnaden för läkarnas löner inte ingår i den budget som sjukhusen får från provinsregeringen. Det hänger samman med att läkarna som regel inte är anställda vid sjukhusen. De knyts i stället till sjukhusen genom att de efter prövning ges inläggningsrätt och rätt att behandla sina patienter vid sjukhuset. Vid sjukhus som bedriver forskning och utbildning finns läkare som är anställda av sjukhuset och/eller som får sin verksamhet finansierad genom forskningsanslag. Läkarna ersätts enligt 'läkarvårdstaxan' även för den vård man utför inom sjukhuset.

Sjukhusen får i stort sett alla sina intäkter genom budgetförhandlingarna med provinsen. Under 80-talet började man på de flesta håll använda system med rambudgetar som gav ökad flexibilitet för sjukhusen att själva avgöra hur medlen användes jämfört med det tidigare systemet som innehöll stark centralstyrning från provinsen. Budgetens storlek baserar sig som regel på historiska kostnader vilket antas spegla behoven i området. Sjukhusen har dock rätt att, utöver de pengar som man får från provinsen, ta betalt av patienterna för tjänster som inte ingår i den allmänna försäkringen. Det handlar i första hand om att patienterna betalar för eget rum eller annan extra service av icke medicinskt slag.

I syfte att skapa incitament för sjukhusen att bedriva verksamheten mer effektivt har man under senare år börjat experimentera med att låta sjukhusen ta med sig eventuella överskott till nästa år. Det finns också diskussioner om att införa någon form av mekanismer som tar hänsyn till vårdtyngden vid sjukhuset. I Kanada tillämpas inte *DRG* eller andra prestationsersättningar för fördelning av pengar till sjukhusen.

Ersättning till läkare i primärvård/öppen vård

Läkarnas ersättning fastställs genom förhandlingar mellan provinsregeringen och läkarnas fackliga organisation. Ersättningssystemen och formerna för att försöka åstadkomma kostnadskontroll när det gäller kostnaderna för läkarvård varierar mellan provinserna. Huvuddelen av läkarna har prestationsersättning, *fee-for-service*.

Under 80-talet ersatte alla provinser, utom Quebec, sina läkare per prestation enligt avtalad taxa och utan något tak för de kostnader som kunde uppstå. Nivån på taxan kunde således kontrolleras men inte omfattningen på den vård som läkarna utförde och sände räkningar till provinsen för.

Under senare år har allt fler provinser infört tak av något slag på ersättningen till läkarna. Exempel på detta redovisas senare.

6.4 Reformernas motiv och syften

Vilka var problemen?

Kanadas hälso- och sjukvårdssystem anses allmänt vara väl fungerande. Alla invånare har tillgång till vård av hög kvalitet. Kanada ligger väl till när det gäller medellivslängd, barnadödlighet och andra mått på hälsotillståndet. Invånarna har i olika internationella studier visat sig vara mer nöjda med sitt hälso- och sjukvårdssystem än invånarna i något annat land.

Under 70-talet låg hälso- och sjukvårdskostnaderna på en nivå som motsvarade cirka 7 procent av BNP. Under större delen av 70-talet och början av 80-talet var kostnadsutvecklingen i nivå med utvecklingen av BNP och sjukvårdens andel av BNP relativt måttlig. Den kraftiga ökning som skedde i Kanada i början av 80-talet förklaras delvis av en låg ekonomisk tillväxt, men också av en faktisk kostnadsökning inom hälso- och sjukvården.

Under senare delen av 80-talet hade kostnaderna för hälso- och sjukvård nått en nivå som inte var möjlig att klara. Det var nödvändigt att finna former för att förhindra att hälso- och sjukvårdens kostnader ökade år från år. I de flesta av Kanadas provinser gjordes översyner av hälso- och sjukvårdssystemen. En begränsning av kostnaderna ansågs motiverad med hänsyn till de stora budgetunderskotten såväl på nationell nivå som i provinserna. Provinsregeringarna pekade på att det fanns risker för att fortsatt ökning av utgifterna för hälso- och sjukvården skulle komma att inkräkta på andra sektorer som provinserna har ansvar för, t.ex. utbildning och sociala frågor, något som i sin tur i slutändan skulle kunna öka behovet av hälso- och sjukvård.

Försök att hålla kostnaderna nere genom att inte höja taxan fungerade inte eftersom det alltid fanns en möjlighet för läkarna att då göra lite mer för att uppnå den ersättningsnivå som de tyckte sig behöva. Under senare

år har kostnadsökningarna i Kanada varit nästan lika stora som i USA. Det beror på att man inte lyckats begränsa den kostnadsökning som hänger samman med en ökad vårdkonsumtion. Det råder en stor samstämmighet kring uppfattningen att drivkraften för ökning av sjukvårdskostnaderna ligger mer hos läkarna än hos patienterna, s.k. utbudsdriven kostnadsökning.

Vad ville man uppnå?

Med den beskrivna utvecklingen som utgångspunkt har man i många provinser en strategi som går ut på att på sikt minska hälso- och sjukvårdskostnaderna genom att satsa mer på förebyggande insatser och social välfärd i allmänhet. Därtill kommer att man med större kraft än tidigare börjar införa olika former av kostnadskontroll samt söker nya vägar för att hantera strukturfrågor.

6.5 Reformernas innehåll

Läkarersättningarnas kostnadsdrivande effekt upplevs som ett av de största problemen när det gäller möjligheten att få kontroll över vårdens totalkostnader. Försök att utforma nya ersättningssystem pågår därför i de flesta provinser.

Huvudinriktning

- Nya ersättningssystem för läkare

För att komma till rätta med de ökande kostnaderna för läkare utan att behöva införa etableringsbegränsningar prövas olika metoder. Den väg som allt fler provinser nu prövar är att införa olika former av ersättningstak. Det innebär att man lägger in någon form av volym- eller kostnadstak i avtalen med läkarnas organisationer. Quebec var den första provins som vidtog aktiva åtgärder för att komma till rätta med den kostnadsutveckling som hängde samman med att läkarna arbetade enligt en fastställd taxa utan något kostnadstak i systemet. Där introducerades ersättningstak redan år 1976.

Man sätter i Quebec en gräns för hur mycket en läkare får tjäna under vart och ett av årets kvartal. Om detta tak överskrids utgår ersättning med endast 25 procent av den avtalade taxan. Samma år infördes också ett

system med kollektivt ersättningstak för specialisterna. Det är således ett tak för hela gruppen. Om denna nivå överskrids görs avdrag vid nästa års förhandlingar om ersättning. I Ontario finns numera ett system som innebär att kostnadsökningar som överskrider 3,6 procent per år bärs lika av provinsen och läkarkollektivet. Där finns också ett tak ovanför vilket den enskilde läkaren får en lägre ersättning än enligt den normala taxan.

Ställda inför ökningar i läkarkostnaderna på runt tio procent per år under 80-talet började även de flesta andra provinser förhandla med läkarna om att införa kostnadsramar. Under 1992 enade sig hälso- och sjukvårdsministrar från olika delar av landet om att försöka finna mer ändamålsenliga former för ersättning till läkarna genom volym- och kostnadstak för enskilda läkare och/eller grupper av läkare. Man eftersträvar också att i högre grad använda andra ersättningsformer än prestationsersättning.

- Samverkan i stället för konkurrens

Enligt den uppfattning som dominerar i Kanada skulle introduktion av marknadslösningar försvåra möjligheten att uppnå kostnadskontroll. En vanlig uppfattning är att man inte i onödan skall avhända sig möjligheten att styra med administrativa medel om man vill ha kostnadskontroll i systemet. Den väg man i stället försöker gå är att på olika sätt förbättra samverkan mellan olika aktörer i systemet. Man utvecklar bl.a. nya former för samverkan mellan politiker och läkare.

I några provinser försöker man tackla strukturproblem genom att inrätta *superboards*. Det är styrelser som är gemensamma för flera sjukhus och som förväntas ha bättre förutsättningar än styrelsen för ett enskilt sjukhus att komma fram till åtgärder som leder till samordningsvinster och effektivare resursutnyttjande.

- Regionala lösningar

I några provinser, bl.a. Quebec och Saskatchewan, introducerar man modeller som innebär att hela eller delar av ansvaret för hälso- och sjukvården överförs till den regionala eller lokala nivån. I några provinser har dessa regionala styrelser, som brukar utses av provinsregeringen, ersatt de tidigare styrelserna för sjukhus och hos kommunala vårdgivare inom t.ex. äldreomsorgen. Tanken är att det skall gå att åstadkomma effektivare resursutnyttjande om lokala organ samverkar kring planering och fördelning av befintliga resurser. Ett problem som aktualiserats i detta sammanhang är att det fortfarande är provinsen som har det lagliga ansvaret för

befolkningens hälso- och sjukvård och därmed för hur pengarna används i det decentraliserade systemet.

6.6 Effekter av reformerna

I dag har de flesta provinser någon form av tak för ersättning till läkarna. Därigenom har möjligheten till kostnadskontroll förbättrats. Det finns ännu inte tillgång till några utvärderingar av de effekter som uppnåtts. Man vet dock sedan tidigare att Quebec, som länge haft mekanismer för kostnadskontroll, också haft en lugnare kostnadsutveckling än resten av landet.

Den regionaliserade modellen anses av vissa i första hand har tillkommit för att provinsregeringen skall slippa ta de tuffa beslut som är nödvändiga t.ex. när det gäller strukturfrågorna. Det finns också grund för att påstå att avskaffandet av de lokala sjukhusstyrelserna var nödvändig om man skulle kunna frigöra resurser som varit bundna till sjukhusen för att i stället satsa mer på lokala vårdinsatser inom äldreomsorg, psykiatri m.m. Det är ännu för tidigt att utvärdera effekterna av dessa förändringar.

6.7 Vart är man på väg?

De reformer som genomförs i det kanadensiska hälso- och sjukvårdssystemet syftar i första hand till att minska sjukhusens dominerande ställning inom vården och skapa likvärdiga finansiella villkor för andra vårdformer. Reformerna handlar också om att åstadkomma ett effektivare resursutnyttjande och en bättre kostnadskontroll.

De slutsatser som dragits i de hälso- och sjukvårdsöversyner som gjorts i de flesta provinser är tämligen samstämmiga. Man anser att samhället satsar tillräckligt mycket resurser på hälso- och sjukvård men menar att det finns stora brister i effektiviteten i hur resurserna används. Det finns också anledning att göra annorlunda prioriteringar. I en situation där det är ont om pengar är det angeläget att göra sådant som faktiskt har effekt.

Förslagen till åtgärder handlade bl.a. om att man bör:

- Fokusera hälsovård och primärvård i stället för sjukhusvård
- Undvika konkurrens och behålla enkällefinansierngen
- Skapa former för samarbete mellan politiker och professionella grupper i vården

- Dra ner på läkarutbildningen
- Utveckla vårdprogram
- Pröva nya, mindre kostnadsdrivande, ersättningsformer till läkarna som alternativ till *fee-for-service*

Canadian Council on Health Facilities Accreditation, som utför frivillig kvalitetsgranskning av de flesta sjukhus i Kanada, har också förändrat fokus på sin verksamhet och lägger i de granskningsmanualer som nu håller på att utvecklas större vikt än tidigare vid att studera hur vårdkedjan fungerar ur patientens synpunkt. Man lägger också stor vikt vid ledningens kompetens och förmåga att skapa en effektiv verksamhet.

Den statsbidragskonstruktion som tillämpas från 1977 innebär i praktiken att provinserna får bära en allt större del av kostnaderna. Efter hand som statsbidragens värde urholkas minskar den federala regeringens möjlighet att förmå provinserna att följa *Canada Health Act*. Av många anses detta vara en farlig väg, som kan komma att leda till att det i grunden enhetliga hälso- och sjukvårdssystemet riskerar att brytas sönder.

6.8 Erfarenheter av särskilt intresse för reformarbetet i Sverige

Den offentliga finansieringen via skatter är en grundläggande likhet mellan Kanada och Sverige. En annan är att båda systemen är öppna för hela befolkningen och att de är egalitära. Produktionssystemen skiljer sig däremot åt. De kanadensiska sjukhusen är privata (icke-vinstsyftande) och har därigenom en självständig ställning. Samtidigt kan man konstatera att provinserna i praktiken styr sjukhusen på ett sätt om funktionellt inte ligger så långt ifrån hur landstingen i Sverige styr sina sjukhus. Det finns alltså förutsättningar att på ett meningsfullt sätt jämföra Sverige och Kanada.

Ett område där det finns intresse att skaffa erfarenheter från Kanada gäller de privata sjukhusen. Man kan då konstatera att de kanadensiska sjukhusen är precis lika beroende av provinsregeringen som svenska sjukhus är av landstinget för sin finansiering och överlevnad. Omvänt innebär detta att det precis som i Sverige krävs politiska beslut för att åstadkomma strukturförändringar och sjukhusnedläggningar. Detta förefaller vara minst lika svårt i Kanada som här. I den mån de svenska reformövervägandena leder till att sjukhusen bör ges en fristående ställning är det naturligt att se på den kanadensiska modellen.

Ett annat område gäller kostnadskontrollen. Kanada har av tradition också etableringsfrihet för läkare. De ansträngningar som nu görs att bemästra den kostnadsutveckling som bl.a. är en effekt av detta kan ge erfarenheter som kan ge underlag för de överväganden kring dessa frågor som kan bli aktuella även i det svenska reformarbetet. Inte minst Ontarios försök att kontrollera kostnadsutvecklingen vid de fristående enheterna bör uppmärksammas.

Av de här behandlade OECD-länderna verkar Kanada ställa sig mest kallsinnig till marknadsliknande lösningar. *DRG* har inte införts och inte heller andra prestationsersättningar för sjukhusen. De administrativa styrmedlen behålls. Planering och samverkan utvecklas. Jämförelser med utvecklingen i Kanada blir därigenom en möjlighet för mer 'kvasimarknadsinriktade' länder att bedöma effekterna av den egna politiken.

7 Tyskland

Intresset för det tyska hälso- och sjukvårdssystemet är på flera sätt naturligt. Bortsett från de nordiska länderna är Tyskland det land som geografiskt ligger oss närmast. Historiskt har Sverige fått avgörande socialpolitiska impulser från Tyskland, även om vi på just sjukvårdens område kom att gå andra vägar.

Ett av alternativen för reformeringen av den svenska hälso- och sjukvården är en försäkringsfinansiering. Det ökar intresset att ta del av erfarenheter från länder med sådana system och inte minst de *förändringar* som genomförs i dessa länder.

Den följande framställningen fokuserar på följande inslag i den 1993 påbörjade reformen av den tyska hälso- och sjukvården:

- Den förstärkta kontrollen av den totala kostnadsutvecklingen (budgettak, etableringskontroll)
- Strukturella förändringar (ersättningssystem, sammanfasning mellan öppen och sluten vård, reducering av antalet vårdplatser)
- Försäkringens organisation (riskutjämning, valfrihet, kassornas inre organisation)

7.1 Hälso- och sjukvårdssystemets grunder

Finansiering

Finansieringen av den tyska hälso- och sjukvården är till helt övervägande del (nära 80 procent) offentlig. Alla under en viss inkomst är obligatoriskt försäkrade, övriga kan välja att ansluta sig till den offentliga försäkringen eller försäkra sig privat. Mer än 90 procent av tyskarna är offentligt

försäkrade. En ringa andel är helt oförsäkrade. De flesta av dem har mycket hög inkomst. En liten grupp utgörs av personer med låga eller inga inkomster, som väljer att hålla sig undan för myndigheterna.

Försäkringskassorna är självständiga och uppgår till ca 1 200. De är av olika slag; allmänna kassor, företagskassor och privata kassor. Kassorna finansieras med avgifter, som utgör en viss procent av medlemmarnas bruttolön. Avgifterna har varierat mellan de olika kassorna; de högsta har legat 30 procent över genomsnittet och de lägsta 30 procent under.

Arbetsgivaren och arbetstagaren betalar vardera hälften av avgiften. Barn och hemarbetande ansluts via den försäkrade. Även pensionärer och arbetslösa tillhör försäkringen.

Vanligtvis bestäms kassatillhörigheten av sysselsättning eller bostadsort. Tjänstemännen, men ej arbetarna, har därutöver haft frihet att välja privata kassor.

Produktion

Producenterna är i Tyskland strikt uppdelade på sluten och öppen vård.

Sjukhusen driver nästan enbart sluten vård . De är fristående från försäkringen. Ungefär hälften är offentliga (delstater och kommuner). Kyrkor och frivilligorganisationer äger 35 procent medan resterande är privata vinstsyftande.

Den öppna vården drivs av privatpraktiserande läkare anslutna till försäkringskassorna.

Systemets omfattning

Systemet omfattar som nämnts i stort sett samtliga tyskar även om vissa har möjlighet försäkra sig privat. All sluten och öppen vård ingår i systemet som måste sägas vara extensivt. Det omfattar praktiskt taget allting som är möjligt inom medicinen.

Äldreomsorgen ligger utanför sjukvården. Familjen har huvudansvaret. En äldreomsorgsförsäkring är dock beslutad och träder i kraft successivt under åren 1995–96. Den är avsedd att ge ekonomiskt stöd till familjer som vårdar äldre. Alternativt skall den täcka de fulla kostnaderna för vård vid sjukhem.

Parallella system

Ungefär 20 procent av befolkningen har en privat sjukförsäkring, som kompletterar eller ersätter den obligatoriska.

Vissa statstjänstemän får hälso- och sjukvård enligt en speciell återbäringstaxa.

Sjukhusläkare i överordnad ställning har rätt att ta emot privatpatienter på sjukhusen. För detta betalar man en ersättning till sjukhusen.

7.2 Finansiärens styrning av patienten

Val av vårdgivare

Den enskilde har rätt att gå till vilken privatpraktiserande läkare han eller hon vill.

Regler för remisser

För alla utom akutfallen krävs remiss för att komma till sjukhusen. Läkaren kan fritt remittera till det sjukhus han vill. Patientens egna önskemål uppges också väga tungt.

Patientavgifter

Patientavgifterna är låga. Den öppna vården är helt avgiftsfri. För den slutna vården betalar man en dygnsavgift under högst fjorton dagar per år. Denna regel har inte förändrats. Däremot höjdes dagavgiften från 10 DM i de gamla delstaterna till 11 DM (1993) och 12 DM (1994). I de nya delstaterna sänktes avgiften från 10 DM till 8 DM (1993) för att sedan öka till 9 DM (1994).

7.3 Finansiärens styrning av produktionen

Finansiärer och producenter är skilda åt i det tyska systemet.

Försäkringskassorna har rätt att säga upp kontrakt med sjukhus man anser ineffektiva och dyra. I praktiken är detta inte så enkelt. Uppsägningen skall godkännas av den planansvariga delstatsregeringen, som har att göra avvägningar mot opinionstrycket. Flera försäkringskassor finansierar också ofta tillsammans ett sjukhus. Ingen har velat dra sig ur eftersom man då skulle hamnat i sämre konkurrensläge gentemot övriga

kassor. I den meningen har alltså konkurrensen mellan kassorna om medlemmar hindrat dem att uppträda som kvalificerade uppköpare.

Enbart ett fåtal sjukhus har lagts ner.

Reglering av vårdens omfattning, inriktning och struktur

Ett utmärkande drag för det tyska systemet är karaktären av självförvaltning. De kassaanslutna läkarna är sammanslutna i lagligt reglerade organisationer på delstatsnivå. Dessa organisationer administrerar hela ersättningssystemet, reglerar etableringar, följer upp förskrivningar och remisser samt sköter en stor del av kostnadskontrollen. De sluter avtal med kassornas delstatliga organisationer. Avtal sluts också mellan motsvarande organisationer på den nationella nivån. På sjukhussidan sker inte någon liknande kollektiv förhandling. De 3 000 sjukhusen förhandlar här var och en med varje kassa.

För den slutna vården upprättar delstaterna sjukhusplaner. Dessa planer anger vårdplatsbehov, inriktning och lokalisering. För att kunna sluta avtal med försäkringskassa behöver sjukhuset etableringstillstånd från delstaten.

Inom den öppna vården har principen varit att alla läkare med viss utbildning haft rätt till anslutning till kassa, även om kassorna och läkarnas organisationer har haft rätten att begränsa etableringen i specialiteter med stora överskott av läkare.

Ersättning till sjukhusen

Delstaterna har svarat för investeringskostnaderna (ca 10 procent av de totala kostnaderna) enligt en uppgjord behovsplan. *Kassorna* har ersatt driftskostnaderna med en dygnsersättning, lika för alla vårddagar på det enskilda sjukhuset men varierande mellan sjukhusen. Detta är ett uttryck för principen om att självkostnaderna skall täckas. Ett 'väl skött sjukhus' har således varit 'garanterat' ersättning så att verksamheten skall gå ihop.

År 1986 infördes ett system med en flexibel och prospektiv budget för sjukhusen. Budgeten kalkylerades på basis av förväntad beläggning det kommande året. Sjukhusen och kassorna måste utifrån dessa kalkyler komma överens; om inte fälldes utslag genom skiljedom. Varje sjukhus förhandlade således enligt detta system fram en budget; sjukhusen fick också rätt att balansera överskott för att möta framtida förluster. I budgeten fastställdes det förväntade antalet vårddagar och ersättningens storlek för det kommande året. Om antalet vårddagar överskreds fick sjukhuset endast 25 procent av dygnsersättningen för de extra dagarna. Om antalet

vårddagar blev färre än beräknat fick sjukhuset ändå ut 75 procent av ersättningen för resterande dagar upp till det förväntade antalet. Bakom dessa tal ligger antagandet att de fasta respektive rörliga kostnaderna står i förhållandet 75:25 till varandra. I budgetförhandlingarna utgick man från historiska data om kostnader och vårdutnyttjande.

Personalen inklusive läkarna vid sjukhusen är månadsavlönad.

Ersättning till läkare i primärvård/öppenvård

För den öppna vården gäller att sjukkassorna ersätter läkarna enligt ett s.k. *fee-for-servicesystem*. Läkaren erhåller ersättning för de behandlingar han utför enligt en särskild taxa, som bygger på ett poängsystem. Alla ingrepp klassificeras och ges ett *relativt* värde i form av poäng. Detta sker på federal nivå. På delstatsnivå förhandlar läkarnas och kassornas organisationer fram en årlig budget för varje distrikt. Denna överförs som en klumpsumma till läkarnas organisationer. Vid årets slut beräknas poängvärdet för varje distrikt och läkaren får sin ersättning i relation till sina prestationer. Genom att producera mycket kan han öka sin egen inkomst, men samtidigt sjunker poängvärdet. Kostnaden kan alltså kontrolleras (för en viss tid). Läkarna får också incitament till att flytta till områden med låg läkartäthet, där poängvärdet blir högre.

7.4 Reformens motiv och syften

Vilka var problemen?

Bakom reformen ligger i första hand kostnadsutvecklingen, såväl den långsiktiga som den kortsiktiga. Utvecklingen tog en dramatisk vändning i början av 1990-talet. Försäkringskassornas kostnad per medlem steg under 1991 och 1992 med runt 10 procent per år vilket var mer än dubbelt så mycket som ökningen av det avgiftsgrundande inkomstunderlaget (5 procent). Den genomsnittliga avgiften till försäkringskassorna nådde 1993 rekordnivån 13,4 procent av medlemmarnas bruttolöner.

Behovet av en organisationsreform inom försäkringen var också trängande. Skillnaderna mellan arbetare och tjänstemän när det gäller rätten att välja kassa liksom hela principen med yrkes- och företagskassor har lett till skilda riskstrukturer, till riskselektion samt till snedvriden konkurrens.

Avgiftsnivån mellan kassor med lika utbud av tjänster har kunnat uppgå till över 7 procent, vilket innebar en betydande ojämlikhet. Ett viktigt rättvisekrav var därför att alla försäkrade fick lika rätt att välja kassa och att riskstrukturen utjämnades.

Även problem med sjukvårdsstrukturen (för långa vårdtider och för många vårdplatser) låg bakom reformen. Uppsplittringen mellan öppen och sluten vård har negativa konsekvenser. Öppenvårdsläkarna drar sig för att remittera patienter till sjukhusen, eftersom de blir av med inkomster och i värsta fall patienten. Information går inte *mellan* vårdformerna, varför undersökningar görs om och kassan får betala flera gånger. En annan konsekvens är att avancerad och dyr medicinsk teknologi på ett oplanerat sätt byggts upp utanför sjukhusen.

Vad ville man uppnå?

Ett övergripande mål för förändringarna är en omedelbar uppbromsning av utgiftsökningarna för att förhindra ytterligare höjningar av avgifterna till kassorna.

Kassorna har traditionellt haft en svag förhandlingsposition gentemot producenterna. Ett viktigt syfte med reformen är därför att stärka denna position genom att så långt möjligt ge förutsättningar för kassorna att konkurrera med varandra på lika villkor. Detta skall i sin tur få dem att sätta ökad press på sjukhusen.

För *sjukhusen* syftar reformen till en begränsning av den slutna vården till de patienter som verkligen behöver den. Självkostnadsprincipen i kombination med den enhetliga ersättningen per vårddag har lett till ett överutbud av sjukhussängar och till onödiga intagningar på sjukhus. Av totalt 650 000 akutsomatiska vårdplatser anses 100 000 vara överflödiga. Förändringar i ersättningssystemet och bättre sammanfasning mellan sluten och öppen vård syftar komma till rätta med dessa problem.

Inom den *öppna läkarvården* skall reformen motverka den icke medicinskt grundade utökningen av prestationerna samt hantera problemet med det ökade antalet läkare. Balansen mellan allmänläkare och övriga specialister är fortfarande otillfredsställande; andelen allmänläkare måste öka. Reformen syftar också till att söka övervinna det bristande *samarbetet mellan öppen och sluten vård*. Läkarna i den öppna vården och sjukhusen har ju mot varandra stridande intressen i ett ersättningssystem, som så uttalat bygger på prestationsersättningar. Några ekonomiska incitament till samarbete mellan sjukhusen och öppenvårdsläkarna finns inte.

Den åsyftade *besparingen* angavs till ca 11 Mdr DM. Fördelningen mellan kassor/vårdgivare (genom budgettak) och de försäkrade (genom högre patientavgifter och avgifter för läkemedel) beräknades till i runda tal 1:3. Till dessa kortsiktiga effekter skall läggas de långsiktiga, strukturella åtgärderna för att effektivisera och spara.

7.5 Reformens innehåll

I linje med det tyska hälso- och sjukvårdssystemets korporativa traditioner har problem ofta angripits genom samarbetsorgan, förhandlingar och överenskommelser på såväl nationell som delstatlig nivå. Parterna vet att om man inte kommer överens så finns hotet om tvångslagstiftning.

1993 års reform kan ses som en fortsättning på denna traditionella linje. Men den har också inslag, som mera direkt påverkar de olika aktörerna och deras verksamhet.

En omedelbar dämpning av kostnadsökningarna kräver en direkt intervention. På medellång sikt är avsikten säkra avgiftsstabiliteten på ett mer självreglerande sätt, genom samverkan mellan kassorna och vårdgivarna. De mer strukturinriktade förändringarna i reformen tjänar detta syfte. Särskilt gäller detta:

- Det nya ersättningssystemet för sjukhusen
- Samverkan mellan sluten och öppen vård
- Begränsningen av ökningen av antalet försäkringskasseanslutna läkare (etableringsstopp)
- Förändringarna inom läkemedelssektorn
- Organisationsreformen inom försäkringskassesystemet

Huvudinriktning

Under perioden 1993–1995 kommer utgifterna att tillåtas öka endast i samma takt som avgiftsunderlaget, dvs. i relation till inkomstutvecklingen för kassornas medlemmar. Detta gäller såväl själva sjukvårdens kostnader som kassornas förvaltningskostnader. Förvaltningskostnaderna uppgår till ca 5 procent av kassornas utgifter.

Den självförvaltning genom kassornas och läkarnas egna organisationer, som hittills präglat den öppna vården, förändras inte. Dessa organisationer behåller sina funktioner, men måste tillsammans se till att budgettaket inte överskrids. Samtidigt markeras klart att tvingande regler kommer att införas om parterna inte lever upp till detta ansvar.

För *sjukhusen* är vid sidan av budgettaket den viktigaste förändringen införandet av ett prestationsorienterat ersättningssystem. Principen med självkostnadstäckning överges således liksom, på medellång sikt, den tudelade finansieringen (investeringsmedel från delstaterna och driftsmedel från försäkringskassorna). Det innebär att den ersättning sjukhusen får från kassorna skall täcka båda typerna av kostnader.

Samtidigt är avsikten att den nuvarande enhetliga ersättningen per vårddag så snabbt och i så stor omfattning som möjligt skall avlösas av ett prestationsbaserat system. I det nya systemet kommer sjukhusen att betalas genom differentierade ersättningar, per ingrepp (ca 160) eller vårddag, samt genom schabloniserade ersättning per vårdfall (ca 40). *Relationerna* ('antalet punkter') mellan olika ingrepp/schabloniserade fall bestäms på federal nivå. Priset ('punktvärdet') bestäms på delstatsnivå och är lika för alla sjukhus i delstaten.

Sammanfasningen mellan sluten öppen vård underlättas genom att sjukhusens strikta inriktning på sluten vård mjukas upp. Genom en förändringar i ersättningssystemet får sjukhusen större möjligheter att utföra för- och eftervård ambulant. Likaså ökar förutsättningarna för sjukhusen att utföra fler operationer i dagkirurgi.

Budgettaket gäller också för den *öppna vården*. Reformen innehåller därutöver långtgående åtgärder för att förbättra effektivitet och kostnadskontroll på detta område. Särskilt riktas insatserna mot att begränsa etableringarna, att knyta husläkar- och specialistläkarorganisationen närmare varandra, att förändra ersättningsformerna samt att införa en verksam säkring av kvalitet och kostnadseffektivitet.

Med ökat antal läkare ökar också prestationerna och därmed också kostnadstrycket på kassorna. Varje läkare förorsakar i sin tur ett flertal andra prestationer. Kostnaderna för dessa uppgår till fyra gånger kostnaden för läkarens arvode.

Under en övergångstid fr.o.m. den 1 januari 1993 utvecklas den hittillsvarande behovsplaneringen kvalitativt. Behovsplanerna anger inte enbart det totala antalet läkare utan fördelar dem mellan olika delar av landet samt på olika specialiteter.

Husläkarvården stimuleras genom finansiella och organisatoriska åtgärder, som också syftar till en kvalitetshöjning. Prestationsersättningarna skall förändras så att allmänläkarna får en mer rättvis ersättning. På medellång sikt skall hela ersättningen till husläkarna förändras. En läkare med etableringstillstånd får också rätt att anställa annan läkare på sin praktik. Tiden för vidareutbildning till allmänläkare höjs till tre år.

Reformen innehåller även på *läkemedelsområdet* betydande förändringar, som syftar till att begränsa kostnadsutvecklingen och nå ett effektivare resursutnyttjande. Den volym föreskrivna läkemedel, som skall belasta försäkringen, kommer att begränsas. Utgångspunkten för budgettaket är utgifterna 1991. Om läkemedelsbudgeten överskrids svarar läkarna och läkemedelsindustrin för täckningen. Producentpriserna sänks och patientavgifterna ökar.

Moderniseringen av hela *försäkringskassesystemet* är en viktig byggsten i reformen. En förstärkning av kassornas självförvaltning och affärsmässighet är också en förutsättning för ett förverkligande av reformens intentioner om bättre kvalitetssäkring, produktivitet och effektivitet.

Skillnaderna mellan arbetare och tjänstemän vad gäller rätten att välja kassa försvinner efter en övergångstid. Fr.o.m. 1997 får alla fritt välja kassa, dock för minst ett år i taget. De privata kassorna och de allmänna kassorna (som tillsammans försäkrar ca 80 procent) *måste* vara öppna för alla medan företags- och hantverkskassorna får *möjlighet* till det.

För att uppnå en på solidaritetsprincipen vilande konkurrens i sjukförsäkringen måste den finansiella strukturen förändras. En nationell utjämning av riskstrukturen mellan alla kassor kommer att ske. Den utgår från inkomster, ålder och ohälsofaktorer. Riskutjämningen genomfördes för den allmänna försäkringen 1 januari 1994. Den särskilda försäkringen för pensionärer kommer att omfattas ett år senare.

Det sker också en uniformering av regelverket för olika kassor för att möjliggöra konkurrens. Förutsättningar att slå ihop kassor ökar. Ramen för frivilliga sammanslagningar vidgas. Dessutom får delstatsregeringarna bättre möjligheter att förordna om sammanslagningar om detta leder till bättre ekonomi eller till att konkurrenskraften stärks.

Vad har hänt?

Reformen genomförs successivt fr.o.m. 1993. De direkt kostnadsbegränsande åtgärderna kommer först. De mer strukturpåverkande genomförs senare och får också effekter först på något längre sikt. Förändringarna av organisationen sker också successivt.

Det som nu kan utläsas är att syftet att bryta den negativa kostnadsutvecklingen har uppnåtts. Den ovan angivna besparingen på 11 Mdr DM har genomförts. Underskottet för försäkringskassorna på ca 10 Mdr DM 1992 har vänts till ett lika stort överskott 1993. Ser man på utvecklingen på olika sektorer kan konstateras att kostnaderna 1993 ökat med ca 5 procent på sjukhusen och 3 procent inom den öppna vården. Läkemedelskostnaderna har gått ner med nästan 20 procent.

Etableringsbegränsningen trädde i kraft den 1 februari 1993. Cirka 10 000 läkare anslöt sig till försäkringen månaderna dessförinnan, vilket utgör en ökning med mer än 10 procent. Detta kommer dock ej att påverka budgetramarna; fler läkare får alltså dela på kakan.

Riskutjämningen mellan kassorna har trätt i kraft den 1 januari 1994, medan rätten att välja kassa genomförs 1996–97. Antalet s.k. allmänna kassor har halverats, från 269 i januari 1993 till 137 i april 1994.

7.6 Effekter av reformen

De mer långsiktiga effekterna av systemet är ännu för tidigt att uttala sig om. I mars 1994 har hälsovårdsministeriet lämnat en lägesrapport över reformen. I denna dras relativt långtgående slutsatser.

Reformen betecknas som ett exempel för en framgångsrik reformering av hela socialförsäkringen, med bevarande av den grundläggande sociala tryggheten. Genom att avgifterna till försäkringen inte längre behöver höjas är de inte längre en belastning för företagen och den tyska ekonomin.

Effekterna tillskrivs bättre hushållning och förnuftigt agerande av alla inblandade. Kritiken mot *Billigmedizin* (sämre sjukvård) avvisas som propaganda. Kvaliteten har inte sänkts.

Även på sjukhussidan har kostnadsökningen kunnat begränsas utan att prestationerna minskat. Detta har således skett *innan* förändringarna i det ekonomiska styrsystemet implementerats.

7.7 Vart är man på väg?

Sedan länge förs i Tyskland en diskussion om hur sjukvårdens finansiering, organisation och styrning skall förändras. Huvudfrågor har varit avvägningen mellan obligatorisk och privat försäkring, kostnadsdämpning samt kvalitetssäkring. Uppslutningen bakom den decentraliserade förhandlingsmodellen är stor. De flesta avvisar centralisering och en stark offentlig styrning. Men man vill av rättviseskäl inte heller ha en omfattande privatisering. Det är om var på skalan däremellan man skall lägga sig som diskussionen står.

Mer principiellt kan det tyska systemet med förhandlingar, överenskommelser och rekommendationer inom ramen för en kommission ses som en

'tredje väg' mellan konkurrens och offentlig styrning. Några tecken på att Tyskland skulle överge denna huvudinriktning finns inte.

Hälsovårdsminister Horst Seehofer har betecknat reformen som den mest genomgripande under försäkringens existens. Han betonar då de strukturella dragen i reformen, främst det nya systemet för att finansiera sjukhusen och den nya, tidsenliga organisationen av försäkringskassorna. Reformen är det som skall rädda systemets principer. Detta uttrycks i ett gemensamt dokument från den 'stor-stora koalitionen' bakom reformen (CDU, FPD, SDP) på följande sätt:

> "Med beslutet läggs grunden för en sjukvård, som på ett ekonomiskt sätt kan fullgöra sina uppgifter. Den omedelbara uppbromsningen och strukturförändringarna har utformats på ett sådant sätt att försäkringskassornas finansiering på medellång sikt med oförändrade avgifter säkrats. Grundpelarna för vårt fria sjukhussystem, solidaritet och subsidiaritet, kommer att bevaras även i framtiden."

Inte heller verkar det finnas några förspråkare för en finansiering via skatter i stället för via socialförsäkring. Det kan däremot hävdas att det tyska systemet genom reformen i praktiken kommer att närma sig en skattefinansierad modell. Försäkringspopulationen blir praktiskt taget hela befolkningen. Den matematiska kopplingen mellan risker och avgifter försvinner. Budgeten styr totalkostnaderna.

Betoningen av affärsmässighet och konkurrens samt de organisatoriska förändringarna av kassorna kan peka mot en utvecklingen av det tyska systemet mot någon form av kontraktsstyrd vård, t.ex. liknande de amerikanska *HMOs*. Några mer påtagliga indikationer på en sådan utveckling finns dock inte ännu.

För de nya delstaterna i östra Tyskland gäller under en övergångstid fr.o.m. 1991 speciella regler. Avgiften till kassorna har varit den genomsnittliga i de gamla förbundsstaterna. Kostnaderna anpassas successivt. Ett särskilt investeringsprogram har lagts fast.

7.8 Erfarenheter av särskilt intresse för reformarbetet i Sverige

I grunden har det tyska och svenska systemet stora likheter. Båda är offentligt finansierade och omfattar hela befolkningen. De är också extensiva och täcker all öppen och sluten vård. Patienterna har stor valfrihet. Såväl det tyska som svenska systemet kan vidare karakteriseras som

decentraliserat, även om decentraliseringen tar sig något olika former. Vidare finns det en likhet i att båda systemen är relativt reglerade, med betydande statliga interventioner.

Men det finns också olikheter. En grundläggande är självfallet just försäkringsfinansieringen och hela den organisation som är uppbyggd kring denna. De privata inslagen är dessutom starkare i Tyskland, såväl på finansierings- som producentsidan. De tyska kassorna är i huvudsak finansiärer och fungerar inte som beställare. De korporativa dragen är slutligen mer tydliga i Tyskland än i Sverige, även om denna skillnad inte bör övervärderas.

På det hela taget är dock förutsättningarna för reformen i Tyskland så lika de svenska att det är möjligt att dra lärdomar av erfarenheterna. Redovisningen av den tyska reformen har här koncentrerats på den förstärkta kontrollen av den totala kostnadsutvecklingen, strukturella förändringar samt till försäkringens organisation. Samtliga dessa områden har i hög grad relevans för det svenska reformarbetet; det sistnämnda särskilt om man överväger ett försäkringsfinansierat system.

Då det gäller kostnadskontrollen ligger tonvikten i de tyska ansträngningarna fortfarande på offentlig styrning, riktad mot producenten för att begränsa utbudet. I och för sig sker detta via korporationerna, men som nämnts ytterst med hotet om statlig intervention. Ur svenskt perspektiv är denna inriktning mot direkt begränsning av utbudet, inklusive etableringsstopp för läkare, intressant.

Slutsatsen för den svenska debatten av det tyska 'närmandet' till ett skattesystem är att reglering och offentlig intervention blir i stort sett lika antingen systemet kallas skatte- eller försäkringsfinansierat. Det avgörande är vilka de välfärdspolitiska ambitionerna är, t.ex. vilken omfattning och fördelning av hälso- och sjukvården man önskar. Strukturproblemen är desamma och förvärras om man finansiellt och organisatoriskt skiljer på öppen och sluten vård. Konkurrens och beställarkompetens kommer inte automatiskt med försäkringen. Totalkostnadskontrollen är svagare vid försäkringssystem, men möjlig att hantera i ett spel av reglerade förhandlingar.

Reformen innehåller uppenbara ambitioner om ökad konkurrens inom hälso- och sjukvården. Dess innebörd, hur den skall fungera och vad som skall nås är dock oklart.

En möjlighet är ökad konkurrens på finansieringssidan. Genom att arbetarna får större valmöjlighet ökar konkurrensen. Samtidigt utjämnas riskstrukturen. Någon uttalad inriktning mot att mer konkurrera med avgiften finns dock inte. En annan möjlighet vore att kassorna till sig närmare

knyter olika sjukhus och läkare. De skulle alltså gå in i en tydligare beställarroll. Inget i förslaget tyder dock på detta. Inte heller signaleras inskränkningar i patientens valfrihet.

Däremot kan producenterna (sjukhusen) konkurrera, om inte mot kassorna så om patienter eller om kassaläkarnas gunst vid remitteringen. Det blir här en konkurrens med kvalitet eftersom priserna är enhetliga i varje delstat. Öppenvårdsläkarna konkurrerar som hittills enbart med kvalitet och service.

Dessa frågeställningar kring konkurrensen är också till stora delar giltiga för Sverige.

Problemen med alltför mycket sluten somatisk akutvård, för många sängar, brister i strukturen och dålig samverkan mellan sluten och öppen vård utvecklas vältaligt i underlaget till beslut om reformen. Skrivningarna skulle lika väl kunna vara hämtade från Sverige. Uppkomsten av alltför många sängar i akutvården verkar ha mer med ersättnings- än finansieringssystem att göra. Bidragande är också den bristande samordning mellan sluten och öppen vård.

Genom systemet med kassor, fristående sjukhus och läkare har det i Tyskland, sedan lång tid tillbaka funnits den i Sverige nu åstundade uppdelningen mellan finansiär och utförare. Den har dock, åtminstone inte hittills, haft de effekter vi förväntar oss i form av kompetenta beställare och konkurrens mellan vårdgivare. Konkurrens uppkommer inte automatiskt i ett försäkringssystem. Inte heller utvecklas en klar beställarroll eller en kompetens hos beställarna. Som framgått gör inte heller beställaren i praktiken någon selektion bland vårdgivarna.

8 Nederländerna

Nederländerna är av tradition en välfärdsstat. Hälso- och sjukvårdssystemet är uppbyggt som ett försäkringssystem. Det karakteriseras av en blandning av offentliga, kollektiva och privata lösningar. Detta gäller såväl finansiering som tillhandahållande och produktion.

Diskussionen om utvecklingen av det svenska hälso- och sjukvårdssystemet handlar inte minst om avvägningen mellan pluralism och enhetlighet. Särskilt intressant är denna balans i ett försäkringssystem som har såväl offentliga som privata inslag. Att studera *förändringarna* av sådana system kan därför ge värdefull information.

Behandlingen av de nederländska reformerna i denna rapport koncentreras på:

- Den minskade statliga regleringen av hälso- och sjukvården
- Den ökade inriktningen mot marknadslösningar och självkontroll
- Försäkringens uppbyggnad med grund- och tilläggssystem

8.1 Hälso- och sjukvårdssystemets grunder

Finansiering

Finansieringen av den nederländska hälso- och sjukvården sker genom en kombination av olika försäkringar. Finansieringen är till större delen (drygt 75 procent) offentlig.

Försäkringen för exceptionella sjukvårdsutgifter (*AWBZ*) är obligatorisk. Den omfattar alla som står under det holländska skattesystemet, även familjemedlemmar, arbetslösa och handikappade. Arbetsgivaren och arbetstagaren betalar hälften var av avgifterna.

Den andra offentliga försäkringen (*ZFW*) är obligatorisk för alla med inkomst under en viss gräns. Den omfattar runt 60 procent av befolkningen. Den finansieras på i princip samma sätt som *AWBZ*.

Den offentliga sjukförsäkringen administreras av 26 fristående sjukkassor. De är ickevinstdrivande. Någon konkurrens mellan dem förekommer i praktiken inte.

De inbetalningar som görs till den offentliga försäkringen går till en central fond, som sedan ersätter de enskilda sjukkassorna för de utgifter som uppstått.

Produktion

Av Nederländernas 750 institutioner är 600 privata. Enligt lag får de inte drivas i vinstsyfte. De flesta har anknytning till antingen katolska eller protestantiska understödjare.

Allmänläkarna är i regel egna företagare.

Nästan all specialistvård bedrivs på sjukhusen; specialistläkarna är egna företagare som har kontrakt med sjukhuset. Annan personal är anställda med månadslön.

Systemets omfattning

ZFW täcker kostnaderna för sjukhusvård, primärvård, läkemedel etc. upp till 365 dagar. Den kan kompletteras med tilläggsförsäkringar för t.ex. eget rum och bättre mat i samband med sjukhusvård.

AWBZ omfattar i huvudsak längre och dyrare behandling i samband med sjukdom och handikapp. De utgifter som täcks har successivt utvidgats. Fr.o.m. 1992 ingår bl.a. kostnader för läkemedel, rehabilitering och sjukhusvård av mödrar och barn

Social omsorg (ålderdomshem, hemtjänst etc.) omfattar hela befolkningen. Den finansieras över den statliga budgeten, via *AWBZ* samt genom egenavgifter.

Parallella system

Personer över en viss inkomst omfattas inte av *ZFW*. För dessa finns möjligheter teckna privata försäkringar.

Den privata försäkringen administreras av ett 70-tal konkurrerande sjukförsäkringsbolag. Dessa privata bolag administrerar också *AWBZ* för sina kunder. En del drivs i vinstsyfte (1/3) medan andra (2/3) är ideella. De

ger tillsammans ett försäkringsskydd till 32 procent av befolkningen, vilket är den högsta andelen i Västeuropa.

För vissa offentligt anställda (6 procent av befolkningen) finns en lagstadgad försäkring motsvarande *ZWF*. Den handhas av ett offentligt försäkringsbolag.

8.2 Finansiärens styrning av patienten

Val av vårdgivare

Den offentligt försäkrade *måste* lista sig hos en allmänläkare. Patienten har rätt välja vilken. Vanligtvis väljer man bland dem som är etablerade i patientens bostadsområde. De privat försäkrade *behöver* inte lista sig, men gör vanligtvis detta ändå.

Regler för remisser

Patienten har ganska stora möjligheter välja sjukhusspecialist och sjukhus i Nederländerna. Han/hon måste dock ha remiss från sin husläkare för att bli behandlad vid sjukhus antingen det gäller sluten eller öppen vård. Denna remiss är dock inte särskilt svårt att få.

Patientavgifter

Vården är avgiftsfri för de offentligt försäkrade. Inom den privata sektorn får däremot försäkringstagaren betala för att sedan få återbäring från försäkringsgivaren för de utgifter som svarar mot de förmåner som täcks av försäkringen.

8.3 Finansiärens styrning av produktionen

Reglering av vårdens omfattning, inriktning och struktur

Det finns en lagreglerad förhandlingsprocess för att bestämma ersättningar till producenterna. Vilka tjänster som ger ersättning enligt de offentliga

sjukförsäkringarna förhandlas således fram mellan de olika intressenterna och en central myndighet (Sjukkassornas Centralråd). Denna bestämmer också riktlinjer för ersättningarna och godkänner de avtal som sluts mellan sjukkassorna och de enskilda vårdproducenterna.

Staten har en viss kontroll över allmänläkarnas etablering genom en särskild lag som reglerar minimi- och maximistorleken för en allmänläkarpraktik. Likaledes finns en viss kontroll över hur många positioner för specialistläkare som får etableras för öppen vård vid sjukhusen.

Som framgått spelar alltså staten en betydelsefull roll i det nederländska hälso- och sjukvårdssystemet, även om det finns betydande privata inslag på såväl finansierings- som produktionssidan. Priser, produktion och kapacitet regleras ytterst av regeringen.

Ersättning till sjukhusen

Sjukhusen finansieras via en global budget (exkluderande läkarnas löner), som inte får överskridas. Budgeten inkluderar ersättning från såväl sjukkassor som privata försäkringsbolag.

Sjukhusen förhandlar med företrädarna för de lokala sjukkassorna och de privata försäkringsbolagen fram produktionsvolymer och priser för kommande år; som nämnts skall avtalen sedan godkännas centralt.

Ersättning till läkare i primärvård/öppenvård

Allmänläkarna får en ren kapitationsersättning för de offentligt finansierade patienterna. Ersättningen är lika för alla listade, dvs. det görs ingen differentiering efter ålder etc. För privat försäkrade utgår *fee-for-service*. Vanligtvis har läkaren båda typerna av patienter.

Specialistläkare får ett fast belopp per behandlingsomgång för offentligt försäkrade och *fee-for-service* för privat försäkrade. Ersättningen är dubbelt så stor för privat försäkrade patienter som för offentligt försäkrade.

8.4 Reformens motiv och syften

Vilka var problemen?

I likhet med övriga västeuropeiska länder har Nederländerna under 1970- och 1980-talen haft problem med snabbt stigande kostnader för hälso- och sjukvården.

Trots att kostnadsutvecklingen i viss mån hejdats har den statliga regleringen av sjukvårdssystemet utsatts för stark kritik. Den har betecknats som ett hinder för att förbättra effektiviteten och kostnadsmedvetandet. Det har också hävdats att den passerat gränsen för vad som anses socialt och politisk acceptabelt.

Ett annat motiv var att det fragmenterade finansieringssystemet ledde till att valen av vårdinsatser styrs av finansieringskälla och ersättningssystem snarare än av kostnadseffektivitet.

Dessutom ansågs utformningen av försäkringssystemet med uppdelningen i en offentlig och privat del som orättvis. På den privata försäkringsmarknaden kan man skräddarsy försäkringar för olika behov och betalningsvillighet samtidigt som man kan erbjuda standardlösningar. Eftersom premierna är individuella och riskrelaterade är de i vissa fall avsevärt lägre än för offentliga försäkringar. Många bolag erbjuder försäkringar med lägre premier till unga och friska klienter medan äldre får betala mer. Det har också visat sig att de som är strax under gränsen för att få tillgång till den privata försäkringsmarknaden får betala mer än de som ligger över denna gräns. Det finns dock inga belägg för att kvaliteten på vården är olika för patienter som är offentligt eller privat försäkrade.

Vad ville man uppnå?

Den pågående reformeringen av hälso- och sjukvårdssystemet syftar till att minska statens inblandning och direkta styrning av hälso- och sjukvården. I stället eftersträvas ökad konkurrens både när det gäller finansiering och produktion.

Ett viktigt led i detta är att ge kassorna ett mer uttalat ansvar för kostnadsutvecklingen och att de skall få ekonomiska incitament att pressa kostnaderna. Fram till helt nyligen var kassorna tvungna sluta avtal med alla vårdgivare inom den egna regionen. De har inte heller behövt ta några ekonomiska risker eftersom de fått full ersättning av den centrala fonden för sina sjukvårdsutgifter.

Ett sätt att pressa kostnader och förbättra effektiviteten är att öka flexibiliteten mellan olika vårdformer genom bättre samordning. Komplicerade åtgärder (eller åtgärdskedjor) ersätts av mindre komplexa; sjukhusvård av öppen vård, specialistvård av allmänläkarvård, sjukhemsvård av hemsjukvård. Förutom ökad effektivitet följer ofta minskad byråkrati och bättre tillgänglighet. Marknadsorientering är ett medel för denna avreglering.

Reformerna syftar också till att öka rättvisan och solidariteten i systemet så att de privat försäkrade högre inkomsttagarna inte skall gynnas i lika hög grad som tidigare.

8.5 Reformens innehåll

Det nederländska systemet är under successiv reformering. Den grundar sig på rekommendationer som lämnades av den s.k. Dekkerkommittén 1987. Kommittén hade till uppgift att ta fram ett förslag till en total reformering av sjukvårdssystemet.

Dekkerkommitténs förslag antogs 1988 som grund för reformen. Den har därefter reviderats, bl.a. när en ny regering tillträdde 1990. Den s.k. Simonsplanen lancerades då. Planens viktigaste komponenter är:

- införande av en grundförsäkring som omfattar alla
- finansiering via inkomstrelaterade premier
- budgetstyrda försäkringsföretag
- decentraliserat beslutsfattande

Huvudinriktning

Simonsplanen innebär en *grundförsäkring* som är obligatorisk för alla. Den skall täcka 95 procent av den sjukvård och social omsorg som idag täcks av de två obligatoriska sjukförsäkringarna samt av statsbidraget. Dessutom skall *alla* ha rätt att teckna en frivillig *tilläggsförsäkring* för utgifter som inte täcks av grundförsäkringen. Tilläggsförsäkringens innehåll och premiesättning bestäms av försäkringsgivarna.

Finansieringen av grundförsäkringen sker genom dels en inkomstrelaterad premie (82 procent), dels en fast premie (18 procent).

Den inkomstrelaterade premien utgår som en procent på inkomsten och betalas som tidigare till hälften av arbetsgivaren och till hälften av arbetstagaren.

Den fasta premien betalas av den försäkrade själv. Denna fasta premie skall vara ett konkurrensmedel för försäkringsbolagen. Den kan alltså variera *mellan* de olika bolagen. För försäkringstagare anslutna till *samma* bolag skall den dock vara enhetlig. Det är inte enbart den fasta premien *storlek* som är ett konkurrensmedel. Det skall även vara möjligt att erbjuda *olika tjänster* till de försäkrade. Däremot är det *inte* tillåtet för försäkringsbolaget att välja vilka personer de skall försäkra och därigenom undvika individer med hög konsumtion.

Den inkomstrelaterade premien skall betalas till en central försäkringsfond. Denna fond ersätter försäkringsbolagen med ett belopp för varje försäkrad enligt en kapitationsformel. Formeln är tänkt ta hänsyn till skillnader i vårdbehov relaterade till exempelvis ålder, kön, risk för sjukdom etc. Det belopp försäkringsbolaget får från den centrala fonden speglar alltså den *förväntade* konsumtionen i den aktuella riskgruppen.

Reformen medför en rad förändringar av försäkringsmarknaden. Den nuvarande uppdelningen på olika typer av försäkringsgivare upphör och försäkringstagarna får möjlighet fritt välja försäkringsgivare. Försäkringsbolagen och vårdgivarna får själva förhandla om kontraktens innehåll. Tanken är att systemet skall ge försäkringsbolagen incitament att enbart sluta avtal med effektiva vårdgivare.

Den statliga kontrollen av sjukhusens investeringar upphör. Det gör också regleringen av sjukhusens avgifter samt av läkarnas ersättning. Centrala uppgifter för staten blir i fortsättningen att reglera grundförsäkringens innehåll, att bevaka kvaliteten i vårdsystemet samt att förhindra kartellbildning och monopol.

Vad har hänt?

Regeringens strategi bygger bl.a. på att stegvis införa den obligatoriska grundförsäkringen. De första stegen togs 1989 och 1992 genom att, som nämts, fler utgifter fördes in under *AWBZ*.

Andra inslag i genomförandet av reformen är att man börjat kombinera de inkomstrelaterade premierna i de offentliga försäkringarna med fasta premier som de försäkrade själv betalar (*ZFW* år 1991 och *AWBZ* år 1992).

Fr.o.m. 1992 har varje kassa teoretiskt rätt att teckna avtal med personer oavsett bostadsort. I praktiken kom dock kassorna sinsemellan överens om att under en tvåårsperiod *inte* teckna avtal inom varandras områden.

År 1991 ändrades också budgetssystemet till sjukkassorna. Sjukkassorna får nu sin ersättning via en global budget. Den bygger för närvarande på

en kombination av historiska kostnader (80 procent) och s.k. objektiva kriterier. Dessa kriterier utgörs av ålder, kön och bostadsort. Kassorna får själva finansiera en viss del av underskottet om budgeten överskrids. År 1992 introducerades också nya regler som ger försäkringsgivarna och vårdgivarna möjlighet sluta avtal inom centrala ramar.

Antalet sjukkassor har minskat från 46 år 1987 till 26 år 1991.

Den mer långsiktiga utformningen av kapitationsformeln för fördelning av pengar från den centrala försäkringsfonden till försäkringsbolagen är ännu inte bestämd. Om denna formel inte är adekvat och väger in relevant information kan det resultera i en orättvis fördelning mellan försäkringsbolagen. Risken för att patienterna selekteras (*cream skimming*) ökar därmed. Svårigheterna att utarbeta en valid formel är dock betydande.

Allmänläkarna har *inte* förts in under *AWBZ* enligt de ursprungliga planerna. Det finns alltså fortfarande skillnader mellan offentligt och privat försäkrade när det gäller ersättningen till dessa läkare.

8.6 Effekter av reformen

Sedan 1991, då förslaget om en enhetlig grundförsäkring avvisades av parlamentet, har reformen stagnerat. Den enhetliga försäkringen är framflyttad till åtminstone 1996. Det betyder att det är en öppen fråga om den någonsin genomförs.

Det 'gamla' systemets kostnader har ökat med 20 procent under de senaste fyra åren. Läkemedelskostnaderna har ökat mycket kraftigt sedan 1992 då läkemedel kom att omfattas av *AWBZ*.

Försäkringsbolagen och sjukkassorna har bildat en stark koalition mot reformen. De har beslutat sig för att *inte* konkurrera med den fasta premien. Det finns inte heller någon priskonkurrens. Försäkringsbolagen och sjukkassorna använder istället sin energi till att öka sin marknadsandel genom att erbjuda attraktiva tilläggsförsäkringar. Försäkringsbolagen riktar hela sin uppmärksamhet mot försäkringsmarknaden och inte mot producentmarknaden. Valfriheten för den enskilde att välja offentlig kassa har i praktiken inte ökat (se ovan).

8.7 Vart är man på väg?

Under 1980-talet stärktes den statliga regleringen av hälso- och sjukvården. I början av 1990-talet tog utvecklingen en helt annan väg; man ville minska regleringarna och istället öka konkurrensen både när det gäller finansiering och produktion.

Det har emellertid visat sig att reformerna stött på betydande motstånd. Befolkningen är i stort sett nöjd med vården och har liten förståelse för behovet av en reform. De starka intresseorganisationerna är på det hela negativa, även om motiven varierar. Intresseorganisationernas inställning har stor betydelse i ett system som det holländska, där det finns en tradition av kollektiva förhandlingar och karteller på både finansierings- och produktionssidan.

Alla torde i och för sig vara ense om att man inte kan avsluta reformprocessen i det läge man nu befinner sig. Däremot finns det inga enhälliga rekommendationer om den fortsatta färdriktningen.

Om reformerna skall gå vidare mot ett mer marknadsinriktat system återstår en rad problem att hitta lösningar på. Dit hör bl.a. en rättvis kapitationsformel, den fasta premiens utformning samt hur risken för monopol och kartellbildningar skall undvikas.

Sjukvårdssystemet i Nederländerna har hittills byggt på en strikt uppdelning av finansiering och produktion. Försäkringsgivarna är i lag förbjudna att anställa vårdproducenter eller att äga och driva vårdinstitutioner. Även på detta område övervägs en avreglering. Det kan ge utrymme för en utveckling mot *HMO* av amerikansk typ.

8.8 Erfarenheter av särskilt intresse för reformarbetet i Sverige

En grundläggande likhet mellan Nederländerna och Sverige är den omfattande och väl utbyggda sociala välfärden. Hälso- och sjukvården är en del av denna välfärd. Den är inriktad på *hela* befolkningen, inte endast på fattiga och på storkonsumenter. Inslagen av offentlig styrning och kontroll är påtagliga i båda länderna.

Olikheterna ligger, förutom i själva försäkringsfinansieringen, i att Nederländerna bygger sitt system på en blandning av offentliga, kollektiva och privata lösningar. Traditionellt karakteriseras systemet av privat tillhandahållen vård samt av privata och offentliga sjukvårdsförsäkringar. Det

nederländska systemet är starkt centraliserat och bygger i hög grad på att nationella direktiv omsätts till lokala lösningar genom en förhandlingsordning som är reglerad på nationell nivå.

Skillnaderna i förutsättningarna för reformer är därför relativt stora mellan Nederländerna och Sverige. Inte minst gäller detta den roll som i Nederländerna spelas av de privata, icke-vinstsyftande organisationerna. Även skillnaderna i graden av centralisering är betydelsefull. Det finns därför anledning att vara försiktig när man söker dra lärdomar av de holländska erfarenheterna. Det hindrar inte att de områden, som behandlas särskilt i denna rapport (den statliga kontrollen, de ökade marknadsinslagen samt kombinationen av grundskydd och tilläggsskydd) har hög relevans för det svenska reformarbetet. Detta gäller *även* om man inte skulle välja en lösning som bygger på finansiering via försäkringar.

När det gäller kostnadskontrollen har de statliga åtgärderna under 1970- och 1980-talet gått ut på att påverka utbudets volym; direkt via budgetar samt genom investerings- och etableringskontroll. Sedan början av 1990-talet kompletteras regleringar av kostnader och volym gradvis med ett system, som bygger på att de sjukkassor som administrerar den offentliga sjukvårdsförsäkringen får en fast budget för försäkringstagarnas sjukvårdsutgifter samt rätten att selektera vilka vårdgivare man vill kontraktera. Kontrollen av utbudet har således kombinerats med restriktioner på efterfrågesidan. Denna utveckling är intressant ur ett svenskt perspektiv.

Den snabba förskjutningen mot marknads- och konkurrens*ideologi* är naturligtvis också intressanta att studera erfarenheterna av. I Sverige har konkurrensen i första hand setts som aktuell på produktionssidan. Åtminstone analytiskt kan man dock ställa frågan om inte konkurrens mellan producenter på sikt också kommer att stimulera utvecklingen av konkurrerande finansiärer. Även denna del av de nederländska reformerna är därför intressant i svensk kontext.

Erfarenheter av just själva *kombinationen* av offentliga och privata försäkringar väsentliga att följa. Samtidigt som denna kombination ibland ses som en kompromiss eller tredje väg rymmer den betydande svårigheter. Utvecklingen av den privata marknaden för sjukvårdsförsäkringar har i Nederländerna tvingat fram en reglering på området. Enligt en särskild lag är försäkringsbolagen skyldiga tillhandahålla ett standardutbud sjukvård för vissa riskgrupper till fasta maximipremier. Dessa ligger under de faktiska kostnaderna och det sker alltså en utjämningen inom försäkringspopulationen.

Svårigheterna att hitta en någorlunda enkel och rättvisande kapitationsformel finns all anledning notera. En sådan formel är ju nämligen något

av en 'grundbult' om man i ett konkurrenssystem skall undvika orättvisor och snedfördelningar.

Ytterligare en erfarenhet med direkt bäring på den svenska diskussionen om reformer kan dras. I Nederländerna har sjukkassorna och försäkringsbolag enbart fungerat som finansiärer ('utbetalningskontor'). De har alltså inte haft till uppgift att fungera som köpare av sjukvårdstjänster. Beredskapen för att ändra roll och funktion i detta avseende verkar inte vara särskilt stor. Detta trots att det nu också är möjligt att selektera vårdgivare.

Pluralismen på produktionsidan berörs inte direkt av reformerna. Som nämnts kommer försäkringsbolagen troligen att integrera framåt, dvs. köpa eller knyta producenterna nära sig. Finansiären tar därigenom ett starkare grepp över verksamheten. Detta är intressant ur ett svenskt reformperspektiv eftersom diskussionen i hög grad handlar om relationerna mellan finansiär/tillhandahållare och producent.

9 USA

Hälso- och sjukvården i USA är principiellt en privat angelägenhet. Härav följer att det i någon egentlig mening knappast går att tala om ett *system*. Mångfalden är karakteristisk på såväl finansierings- som produktionssidan. En annan konsekvens är stora skillnader mellan olika grupper i tillgång på vård.

I dessa grundläggande avseenden finns inte någon koppling till de svenska reformövervägandena. Dessa utgår från att det även framdeles skall finnas i huvudsak *ett* system, att detta i allt väsentligt skall vara offentligt finansierat samt att alla skall få tillgång till vård på lika villkor. Bland de olika alternativen finns dock element som mer marknadsliknande mekanismer, ökad pluralism och större valfrihet som direkt knyter an till det amerikanska 'systemet'. Hur man i detta genom olika *förändringar* angriper olika problem är därför av stort intresse, bl.a. med avseende på:

- Kontraktsstyrd vård (*managed care*)
- Prospektiv ersättning
- Försäkringssystemets täckning

9.1 Hälso- och sjukvårdssystemets grunder

Finansiering

Finansieringen bygger traditionellt på att den enskilde själv står för betalningen av sjukvård via en privat försäkring eller genom direkt betalning. Den offentliga finansieringen uppgår till endast 40 procent av de total sjukvårdskostnaderna. De privata försäkringarna täcker 35 procent och patientavgifterna 25 procent. Proportionerna varierar dock för olika

vårdformer. För t.ex. sjukhemsvården uppgår patientavgiften till drygt hälften av kostnaderna.

Den offentliga finansieringen gäller främst *Medicare-* och *Medicaid-*programmen. Dessa är avsedda ge de utsatta grupperna ett grundläggande skydd. *Medicare*, en renodlad federal försäkring, omfattar i huvudsak de äldre. *Medicaid* är ett gemensamt system för federationen och delstaterna. Det programmet är inriktat på att stödja de fattiga och grupper med höga vårdutgifter.

Ungefär två tredjedelar av befolkningen har en privat försäkring. Den privata försäkringssektorn svarar dock enbart för en tredjedel av de totala sjukvårdskostnaderna.

Indirekt subventioneras också de privata försäkringarna. Upp till ett visst belopp beviljas nämligen ett avdrag med 50 procent av premierna. Arbetsgivarna betalar i många fall sjukförsäkringen, som alltså blivit en löneförmån. För gruppförsäkringar får arbetsgivaren göra skatteavdrag.

Produktion

Det finns i USA uppemot 7 000 sjukhus. De har en betydande självständighet att fatta beslut om verksamhetens omfattning och inriktning. Den största gruppen (över hälften) är privata icke-vinstsyftande. En dryg tredjedel är offentliga och resten (10 procent) privata vinstsyftande Marknadsandelen för de senare ökar när fler sjukhus införlivas och läggs samman i kedjeföretag.

Huvuddelen av landets 600 000 läkare arbetar som ensampraktiker eller i små gruppmottagningar; tendensen är att de senare ökar. Flertalet läkare är specialister, allmänläkardelen uppgår till mindre än 15 procent.

Systemets omfattning

Trots *Medicare* och *Medicaid* är 14 procent av befolkningen inte försäkrad. Det motsvarar 37 miljoner människor. Dessa får viss vård genom offentliga program, offentliga vårdgivare och en del privata vårdgivare, som skjuter över dessa kostnader till de försäkrade. De oförsäkrade utgörs av arbetslösa, låginkomsttagare m.fl. som tjänar för mycket för att omfattas av *Medicaid*. En stor grupp bland de oförsäkrade är anställda vid mindre företag.

Medicare täcker utgifterna för de äldre, i första hand för behandling på akutsjukhus under begränsad tid. Genom en subventionerad tilläggsförsäkring inkluderas också läkarvård. Nästan alla har detta tillägg.

Medicaids kostnadstäckning varierar mellan delstaterna. I samtliga fall täcks dock kostnaderna för vård vid akutsjukhus och läkartjänster.

Äldreomsorgen ligger i regel utanför försäkringsskyddet. En stor del av insatserna åvilar därför familjen. Viss hemsjukvård ingår dock i *Medicare*. Fattiga äldre kan få stöd till patientavgifterna via *Medicaid*.

9.2 Finansiärens styrning av patienten

För dem, som har ekonomiska möjligheter innebär det amerikanska systemet stora valmöjligheter. Det finns över 1 000 privata och offentliga försäkringsprogram.

Patienterna har vanligtvis haft fritt val av vårdgivare inom ramen för de privata försäkringarna. Efter hand har dock vuxit fram olika former av s.k. kontraktsstyrd vård. Ett av elementen i denna vård är ett begränsat val av vårdgivare.

Kontraktsstyrd vård finns i flera olika former:

- *Traditionell försäkring* tillämpar olika typer av begränsningar, t.ex. godkännande av viss vård i förväg.
- *PPOs* (Preferred Provider Organizations) erbjuder vård hos ett selektivt nätverk av kontrakterade läkare och sjukhus. Söker patienten utanför denna krets får han/hon betala mer.
- *EPOs* (Exclusive Provider Organizations) bygger på samma koncept som PPO, men den som söker annan vårdgivare får betala hela kostnaden själv.
- *HMOs* (Health Maintenance Organizations) erbjuder mot fast premie vårdtjänster i ett nätverk med allmänläkare som grindvakter. Det finns många varianter som skiljer sig åt med avseende på hur kontraktet med läkarna utformas.
- *POS* (Point-of-service nätverk) är ett komplement till HMO som innebär att patienten, mot högre premie, kan söka vård utanför nätverket.

9.3 Finansiären styrning av produktionen

Vårdproducenterna (sjukhus, läkare etc.) har traditionellt ersatts i efterhand för utförda diagnostiska och behandlande åtgärder enligt *fee-for-service*-principen. Försäkringsbolagens åtgärder för kontroll och granskning av medicinska insatser och vårdutnyttjande har varit begränsade.

Reglering av vårdens omfattning, inriktning och struktur

I ett system med flera finansieringskällor och många vårdgivare är någon mer ambitiös reglering av strukturen knappast möjlig. Under hela efterkrigstiden har det såväl på federal nivå som på delstatsnivå gjorts försök att styra expansionen på sjukhussidan genom att direkt påverka utbudet. Dessa åtgärder har dock i stort sett upphört. Det offentligas möjlighet reglera är i huvudsak begränsade till vad man kan bestämma inom *Medicare* och *Medicaid*.

De privata finansiärerna kan, som nämnts, genom kontraktsstyrd vård påverka omfattning, inriktning och struktur. *HMO* och *PPO* är exempel på detta. Företag och andra tillhandahållare kan teckna selektiva kontrakt med vårdgivarna. Finansiella incitament för vårdgivarna kan också utnyttjas för att styra.

Ersättning till sjukhusen

Från det tidigare *fee-for-service*-systemet har ersättningen till sjukhus utvecklats mot ett prospektivt system med en fast ersättning per vårdtillfälle och diagnos. Diagnoserna har klassificerats i *Diagnosis Related Groups (DRG)*, baserade på huvuddiagnos, operationskod, bidiagnos/-komplikation, patientens ålder samt i förkommande fall utkrivningsstatus. *DRG* började utnyttjas inom *Medicare*, men har sedan utnyttjats även inom andra program.

Ersättningen till sjukhusen baseras på kostnadsvikter för varje DRG, vilka multipliceras med ett dollarn som årligen räknas upp med hänsyn till inflationen. Läkararvodena ingår ej i DRG (se nedan).

Ersättning till läkare i primärvård/öppenvård

Huvuddelen av läkarna ersätts fortfarande enligt *fee-for-service*. Ett *DRG*-liknande system för läkarkostnader (för den öppna vården samt för läkararvodena i sluten vård) benämnt *Resource-Based Relative Value Scale*

(RBRVS) är dock under införande. Detta bygger på en komplicerad mätning av arbetstyngd, investeringar, svårigheter i arbetet osv.

HMO/PPO ersätter läkarna på olika sätt. Ett är kapitation, dvs. ett fast belopp per försäkrad, eventuellt differentierad efter ålder etc. Intresset för kapitation som ersättningsinstrument har ökat även hos andra, t.ex. *Medicare* och *Medicaid*.

9.4 Reformförslagets motiv och syften

Ser man på längre sikt finns det både kontinuitet och brott i den amerikanska reformpolitiken. Under den första perioden efter andra världskriget var inriktningen att förbättra tillgängligheten till vård för dem, som hade ett otillräckligt försäkringsskydd. Denna politik stod på två ben. Det ena var att utjämna tillgången på vårdplatser mellan olika delstater genom planering och investeringsbidrag. Det andra var att utveckla mer omfattande försäkringsprogram, vilket kulminerade i *Medicare* och *Medicaid* i mitten av 1960-talet.

Därefter blev huvudsyftet att komma tillrätta med de stigande kostnaderna. Först var politiken inriktad på reglering, därefter på konkurrens. Efterhand har då också målet om kostnadseffektivitet kommit att betonas samtidigt som målet om att kontrollera den totala kostnadsutvecklingen levt kvar.

President Clintons förslag till en hälso- och sjukvårdsreform kan i viss mening ses som en syntes. Frågorna om att alla skall ha ett grundskydd skjuts återigen i förgrunden. Men det ekonomiska perspektivet markeras också tydligt.

Vilka är problemen?

Sjukvårdskostnaderna i USA har fortsatt att öka. Eftersom försäkringen blivit en löneförmån har kostnadsutvecklingen växt till ett stort politiskt problem. Reallönerna minskar. Småföretag och egenföretagare har inte råd med sjukförsäkringen. Bland orsakerna till de stegrade kostnaderna brukar framhållas att ersättningssystemet belönar fler insatser, att det finns för många specialister och vårdplatser, att beställarnas makt är för liten, att administrationen är omfattande och dyr, att det förebyggande arbetet och vården inte samordnas samt att det inte finns adekvat information som stöd för belutsfattandet.

I försöken att komma åt de ökade kostnaderna har ett led varit att minska patienternas valfrihet. Detta har i sin tur blivit ett problem *i sig*. Det är inte ovanligt att arbetsgivaren byter försäkringsgivare varje år, vilket gör det omöjligt att upprätthålla långsiktiga relationer mellan patient och läkare.

Kopplingen till arbetsgivaren skapar också ett annat problem, vad som skulle kunna kallas för en 'inlåsning'. Den enskilde är genom detta system i viss mån bunden till sin arbetsgivare, vilket både leder till administrativt krångel och motverkar rörligheten på arbetsmarknaden.

Som nämnts är mer än 35 miljoner amerikanare oförsäkrade. Den gruppen har ökat med 25 procent från 1978 till 1990. En klar majoritet av dem som inte har försäkring är vanliga arbetare; 85 procent tillhör en familj med en vuxen som har jobb. Till detta kommer att många fler löntagare känner oro inför sitt försäkringsskydd. Exempelvis är 58 miljoner innevånare utan försäkring vid något tillfälle under året. 81 miljoner uppfyller sådana villkor att försäkringsbolagen kan höja premierna eller neka anslutning. 55 miljoner är så underförsäkrade att allvarlig sjukdom kan leda till att de går i konkurs. Försäkringstäckningen är alltså inte enbart ett problem för en marginaliserad underklass; det är i hög grad en angelägenhet för *mainstream America*.

Som ett exempel på den stora valfriheten framhölls tidigare att det finns över 1 000 försäkringsprogram. Detta är administrativt komplext att hantera. Både konsumenter och producenter har svårt att greppa villkor, förmåner och betalningsströmmar mellan försäkringsgivare. Vårdgivarna får rapportera samma information på skilda formulär till olika finansiärer. De administrativa kostnaderna har blivit en viktig politisk fråga.

Vad vill man uppnå?

Mot bakgrund av den beskrivna problembilden kan huvudsyfterna punktvis anges enligt följande:

- Skapa trygghet genom ett mer täckande försäkringssystem
- Kontrollera kostnaderna
- Öka valfriheten
- Förbättra kvaliteten
- Reducera byråkratin

9.5 Reformförslagets innehåll

I detta avsnitt lämnas en redogörelse för president Clintons förslag till sjukvårdsreform. Detta behandlas för närvarande i ett antal kongressutskott. Parallellt med Clintons förslag har flera andra lancerats. Det skulle föra för långt att här redogöra för dem. Några gemensamma drag och skillnader i förslagen kommer att beröras i nästa delavsnitt.

Huvudinriktning

Alla amerikanska medborgare kommer att anslutas till en s.k. hälsoplan och vara garanterade en grundtrygghet i form av ett antal förmåner. Dessa fortsätter att gälla även om man byter arbetsgivare, anställningsform eller civilstånd. Förändrat hälsoläge påverkar inte heller grundskyddet.

Precis som tidigare är försäkringssystemet privat. De flesta kommer att fortsätta att få försäkringen som en löneförmån. Alla anställda skall kunna välja mellan olika hälsoplaner (kombinationer av förmåner och kostnader). Till skillnad mot idag skall *alla* arbetsgivare ge de anställda sjukförsäkring. Småföretagare, anställda i mindre företag och arbetslösa väljer hälsoplan genom de s.k. regionala hälsoallianserna. Stora företag (över 5 000 anställda) kan välja mellan att ansluta sig till de regionala allianserna eller skapa sin egen hälsoplan.

I varje delstat inrättas en eller flera regionala hälsoallianser. De skall vara kompetenta och starka upphandlare, som ser till att enskilda individer samt små- och medelstora företag får bäst täckning till lägsta pris. Hälsoallianserna kommer att samla ihop ett idag fragmenterat försäkringssystem.

De konkurrerande hälsoplanerna tillhandahåller den sjukvård som garanteras i grundskyddet.

Medicare-patienterna får samma förmåner som idag. De utökas 1996 med läkemedel i öppen vård. Nya program för långtidsvård (hemsjukvård och öppen vård) utvecklas också. *Medicaid*-patienterna väljer hälsoplan genom de regionala allianserna.

Alla individer i en hälsoplan betalar samma premium för det nationella grundskyddet oavsett ålder, hälsostatus etc. Individer eller arbetsgivare som vill köpa förmåner utöver grundskyddet kan fortsätta att göra det. Tilläggsförsäkringarna får dock *inte* omfatta det som ingår i grundskyddet.

Hälsoplanerna arbetar med tre standardlösningar för avvägningen mellan valfrihet och egenavgifter. De kan förenklat sägas ansluta till nuvarande *HMO*, *FFS* och *PPO*. Det är individen, inte arbetsgivaren, som väljer.

För att kontrollera kostnaderna och öka kvaliteten litar förslaget till ökad konkurrens på marknaden, med kvalificerade upphandlare. Konsumenten skall också få ökad makt att välja vad som bäst passar hans/hennes behov. De administrativa kostnaderna skall minskas genom enhetliga system för återbäring och kontroll. De idag *mycket* höga administrationskostnaderna för anslutning av enskilda och små grupper skall drastiskt reduceras.

Ytterst begränsas kostnadsökningarna genom ett kostnadstak för grundskyddet. I slutet av 1990-talet är avsikten att ökningen av försäkringspremierna skall ha bringats ner till den allmänna inflationstakten. För varje regional hälsoallians kommer det att sättas upp en normerad premie. Denna beräknas efter dagens konsumtion i respektive region. Den normerade premien kommer alltså att variera påtagligt mellan allianserna; på sikt skall variationerna dock minska.

9.6 Vart är man på väg?

Utvecklingen av den amerikanska sjukvården är svår att förutsäga. Å ena sidan finns pressande problem; problem som dessutom blir allt svårare. Å andra sidan finns inga entydiga tecken på att det går att mobilisera den politiska kraft som behövs för att förändra systemet. Ser man på den aktuella debatten kring Clintonförslaget och de olika motförslagen kan några huvudteman och möjligheter urskiljas.

Gemensamt för förslagen är att man vill vidga försäkringens täckning utan att kostnaderna exploderar, att kvaliteten offras eller att ransonering måste tillgripas. Skillnaderna ligger i *hur mycket* och *vilken typ* av statlig (federal) intervention man är villig acceptera för att nå målen.

Alla förslag gör det olagligt för försäkringsbolagen att diskriminera mellan människor. Man vill också göra det lättare för egen- och småföretagare att försäkra sig genom någon form av utjämnade premier samt genom sammanslutningar för att upphandla försäkringar.

Detta räcker dock inte för att nå kraven om en grundskydd för alla. Ett sådant skydd kan genomföras på i princip tre olika sätt. För det första kan försäkringen bli obligatorisk för individen. För det andra kan man arbeta med en enhetlig finansiering av kanadensisk (eller svensk) typ. För det tredje kan man lägga obligatoriet på arbetsgivaren. *Nationellt* är endast den tredje vägen (möjligen) framkomlig. Enligt Clintons plan skall dock enskilda delstater kunna ges rätt att införa ett enhetligt system.

Reglerad konkurrens (*managed competition*) verkar vara en gemensam nämnare för olika förslag. Innebörden varierar dock med avseende på i vilken utsträckning de räknar med att marknadskrafterna eller offentlig reglering skall främja valfrihet och kvalitet. Under den reglerade konkurrensen kommer försäkringsbolagen att bestå, även om de måste utvecklas till hälsoplaner. De kommer att i förhandlingar möta en kollektiv beställare, de regional allianserna. Om dessa finns dock långt ifrån konsensus.

Kostnadskontrollen blir beroende på vilken grundmodell som väljs. I (den föga troliga) enhetliga modellen bestämmer staten priserna. I Clintonmodellen finns ett tak för premierna. I den reglerade marknadsmodellen litar man på konkurrensen.

Åtgärder diskuteras också för att *direkt* pressa ner den överflödiga kapaciteten för att hålla kostnaderna i schack. Dit hör kontroll av det totala antalet läkare samt en ökning av andelen allmänläkare. Även ersättningssystemet till allmänläkare diskuteras.

9.7 Erfarenheter av särskilt intresse för reformarbetet i Sverige

Ser man på det *totala* systemet finns det inte några likheter mellan Sverige och USA. Däremot finns det gemensamma drag om man går till enskilda *delar* av systemet. Dessa likheter är inte minst ett resultat av att Sverige i flera avseenden inspirerats av amerikanska lösningar på olika områden, t.ex. när det gäller ersättningssystem till sjukhusen (*DRG*) samt i fråga om styrning och organisation (*HMO*).

Det är alltså viktigt att hålla i minnet att förutsättningarna för reformer av hälso- och sjukvården skiljer sig radikalt mellan de båda länderna. Det är också viktigt att notera de grundläggande konstitutionella skillnaderna; USA är en förbundsstat där rätten att stifta lagar delas mellan federationen och delstaterna.

Jämförelser mellan reformerna måste därför bli *partiella* och instrumentella. Erfarenheterna från USA måste tolkas med stor försiktighet. Det gäller, något tillspetsat, att se till att man inte importerar i och för sig goda tekniska lösningar på problem som inte finns. Med sin mångfald kan dock USA ses som en gigantisk experimentverkstad där andra kan hämta erfarenheter.

Den amerikanske ekonomen Alain Enthoven är antagligen den som betytt mest för att under 1980-talet förmedla amerikanska erfarenheter till

Europa. Han pekar i en genomgång på följande områden, där idéer från det amerikanska systemet kan vara av särskilt intresse:

- enhetliga system för att samla in data och redovisa kostnader
- studier av behandlingsresultat
- utvärdering av standards för service och tillgänglighet
- publicering av information
- kvalitetssäkring
- decentralisering och fristående institutioner
- prospektivt betalda gruppmottagningar
- demonstrationer och experiment
- kontraktsstyrd vård och reglerad konkurrens

Ett par av dessa områden är, tillsammans med frågan om försäkringens täckning, särskilt intressanta i den svenska reformkontexten. Det gäller kontraktsstyrd vård och prospektiva ersättning. De har båda bäring på två huvudproblem för alla sjukvårdssystem, nämligen utvecklingen av de totala kostnaderna och effektiviteten. Det amerikanska systemet har stimulerat innovationer på dessa områden och samtidigt gjort förändringar nödvändiga. Generellt kan sägas att erfarenheter från kontraktsstyrd vård och prospektiv ersättning därför är värdefulla även för utvecklingen i Sverige.

Kontraktsstyrd vård och prospektiv ersättning är inte oberoende av varandra. Organisationer för kontraktsstyrd vård (t.ex. *HMO*) kan visserligen ersätta läkarna på olika sätt; *fee-for-service*, lön eller kapitation. Vitsen är dock att på olika sätt stimulera eller moderera ett delat ekonomiskt risktagande mellan försäkringsgivaren och producenten. Kontraktsstyrd vård innebär alltså begränsande styrning åt båda håll. Av patienten vars valfrihet begränsas. Av vårdgivaren vars rätt till ersättning begränsas.

Kontraktsstyrd vård (*managed care*) står i USA för den *privata sektorns* styrning av privat organiserade nätverk för hälso- och sjukvård. Målen om kostnadseffektiv vård skall nås genom 'motivation' och flexibla metoder för att 'internalisera' incitament för kostnadskontroll i ett pluralistiskt system. Det handlar alltså *inte* om en reglering genom statlig intervention. Detta är viktigt att beakta. Det bör dock inte göra det omöjligt att kunna dra nytta av de amerikanska erfarenheterna.

Prospektiv ersättning är i och för sig ingen principiell nyhet för Sverige. Jämfört med *fee-for-service* är ett traditionellt budgetsystem till vårdgivare med fast avlönad personal förutsägbart och det stimulerar inte till onödiga behandlingar. De ur svenskt perspektiv intressanta erfarenheterna ligger främst i möjligheterna genom *DRG* och liknande system stimulera effektivitet och produktivitet. Något som får vägas in är då också

administrationskostnaderna. Dessa uppgår i USA till 22 procent av sjukvårdskostnaderna.

Problemet med det stora antalet oförsäkrade kan ses på två olika sätt. Det ena är att betrakta det som ett socialingenjörsproblem; ett problem som det ännu inte har gått att hitta den rätta tekniska och acceptabla ekonomiska lösningen på men som i princip går att lösa inom ramen för nuvarande system. Det andra är uppfatta det som något immanent i det amerikanska systemet, ytterst härlett från principerna om statens begränsade makt samt att personlig frihet och egendomsrätt prioriteras före offentliga interventioner.

Frågan om en nationell sjukförsäkring har funnits på den politiska agendan från och till sedan slutet av 1960-talet. Att den inte under detta kvartssekel fått en lösning gör att socialingenjörstolkningen inte är trolig. Det stora antalet oförsäkrade *är* en del av det amerikanska systemet. Detta kan man självfallet värdera på olika sätt, men just i det här sammanhanget är det inte avsikten. Däremot måste det förhållandet att det finns många oförsäkrade vägas in när man vill dra lärdomar inför reformeringen av den svenska hälso- och sjukvården av andra delar av de amerikanska reformerna.

Den fortsatta konstruktionen med sjukförsäkringen som en del av löneförmånen och den inlåsningseffekt som därav följer för det som går utöver grundskyddet är också värd att notera när erfarenheter skall dras från de amerikanska reformerna.

10 Gemensamma utvecklingslinjer och betydelsefulla skillnader

Efter det att de olika länderna presenterats är det dags att för en sammanfattande beskrivning och analys. Den kommer att ta upp likheter och skillnader i själva *reformerna* i olika länder. Först behandlas motiven för reformerna. Därefter de olika inslagen samlade under rubrikerna finansiering, styrning och organisation. Slutligen jämförs några av huvuddragen i reformerna.

Det finns skäl att vara försiktig vid tolkningen av olika tendenser. De flesta av de här behandlade reformerna är av så sent datum att det är svårt att nu säga något om *resultatet*. Även metodologiskt är det svårt att utvärdera reformer av det slag vi här talar om. Många faktorer samverkar och deras relationer är svåra klarlägga.

10.1 Motiv för reformerna

Trycket från en sämre samhällsekonomi i alla länder tvingar till begränsningar i kostnadsutvecklingen. I de flesta fall är ambitionen att sjukvården åtminstone inte får öka i snabbare takt än hela samhällsekonomin.

Som motiv för reformerna i olika länder framhålls främst **kostnaderna**. Dessa ses som grundläggande problem oavsett på vilken nivå de ligger. För de länder vi här presenterat varierar de avsevärt, antingen man mäter i andel av BNP eller i absoluta tal.

Detta antyder att det kanske inte så mycket är kostnadsnivån i sig som är betydelsefull utan mer *ökningstakten*. Den är svårare att jämföra eftersom variationerna över tiden är större. Med en grov karakteristik kan man dock säga att samtliga här aktuella länder utom USA i mitten/slutet av

1970-talet bröt den snabbt stigande utgiftskurvan. Det bör dock observeras att denna utveckling varierar avsevärt mellan länderna; Danmark har legat på i stort sett samma BNP-andel sedan mitten av 1970-talet, Finland har ökat kontinuerligt, Kanada har på nytt fått stora kostnadsökningar under början av 1990-talet.

Även om kostnadsutvecklingen brutits i flertalet länder kan ju *priset* för detta ha bedömts som för högt, t.ex. genom att befolkningens behov inte kunnat tillgodoses på rimligt sätt. Det kan också vara så att man med hjälp av olika 'korsetter' tillfälligtvis begränsar kostnadsökningarna men att de strukturella obalanserna finns kvar. Kanske är det just själva *ostyrbarheten* som i vissa system upplevs som problemet. Möjligheterna att prioritera har varit särskilt små i *fee-for-service-system* utan kostnadstak, s.k. öppna system.

Kostnader och kostnadsökningar i sig skulle alltså kunna vara acceptabla. Problemet utgörs av att de inte kan finansieras. Om detta leder till att vårdutbudet begränsas, med t.ex. långa köer växer ett gap mellan de förväntningar människor har och vad hälso- och sjukvården kan erbjuda. Detta minskar i sin tur betalningsviljan. Det som beskrivs som ett kostnadsproblem kanske istället är ett politiskt problem, ett *legitimitetsproblem*.

Ett tänkbart skäl till legitimitetsproblemen är också bristande **effektivitet**. Folk vill inte betala mer i skatt om man inte känner sig säker på att pengarna används effektivt. Inte heller vill arbetsgivaren betala en högre försäkringspremie än nödvändigt för den anställde. Bakom alla reformer ligger alltså *uppfattningen* att produktiviteten och effektiviteten är låg. Särskilt manifesterade sig problemen i länder där de ekonomiska styrsystemen inte belönade produktivitet, t.ex. budgetstyrning utan inbyggda belöningar.

Möjligheter att jämföra produktivitet och effektivitet mellan länderna är inte så stora eftersom det är svårt att hitta enkla mått; överhuvudtaget har inte effektivitets- och produktivitetsfrågorna studerats särskilt mycket. Ser man på de här studerade länderna är det i första hand *inte* hälso- och sjukvårdens *resultat* (ytterst i form av förbättrad folkhälsa) som betraktats som ett problem. Det är mer brister i *processen* (hur saker görs) som tolkats som produktivitetsproblem.

Särskilt verkar dessa problem med produktiviteten gälla de system som har en fix totalkostnad med en finansieringskälla och som inte har arbetat med ersättning efter prestation, t.ex. England och de nordiska länderna. Det är i dessa länder som väntelistor uppkommit till ett antal behandlingar/operationer, främst inom planerad kirurgi. Medan man i öppna

system, utan budgettak, ökar kostnaderna om efterfrågan på vissa behandlingar ökar är man i länder med totalkostnadskontroll hänvisad till ransonering bl.a. genom köer.

I debatt och opinionsbildning kring hälso- och sjukvården används ofta väntelistor och kötider som argument. Ibland sker det genom jämförelser med andra länder. Väntelistor är dock svåra att jämföra. Indikationerna för olika ingrepp varierar kraftigt. Exempelvis skiljer sig säkert möjligheterna för en 80-åring att få en ny höftprotes avsevärt från land till land.

Individens möjligheter påverka kan ses som ytterligare en dimension av legitimitetsproblemet. Kraven från patienterna ökar, inte minst när efterkrigsgenerationen nu närmar sig åldrarna då de blir storkonsumenter av vård. Även de som sluter upp bakom välfärdsstatens idéer om solidarisk vård vill ha möjligheter att mer påverka sin egen situation. Dessa motiv för reformer är särskilt framträdande i länder som tidigare haft begränsad valfrihet.

Flertalet länder tar upp **vårdstrukturen** (för många sängar, för många läkare i öppen vård, dålig samordning) som ett problem. Det länkas dock inte *direkt* till reformerna i någon högre grad. Problem inom *själva vården*, dess innehåll eller kvalitet, lyfts över huvud taget inte fram särskilt markant. I stort är ju människorna i de här studerade länderna nöjda med vården, undantaget USA.

Fördelningsfrågorna har inte heller någon framskjuten plats i reformmotiven. Samtidigt redovisas att klyftorna i hälsoläge mellan olika socioekonomiska grupper tenderar öka i flera länder.

Rättviseaspekter finns dock bland motiven för flera av inslagen i reformerna. I Tyskland handlar reformen bl.a. om att arbetare skall få större möjlighet välja sjukkassa och därmed bli mer likställda med tjänstemännen. Reformen där, liksom i Nederländerna, syftar också om till att premierna skall bli mer rättvisa mellan dem som kan försäkra sig privat och dem som ligger under den inkomstgräns där detta ät tillåtet. Clintonförslaget har också en social innebörd i och med att det vill ge de 35 miljonerna människor utanför systemet ett försäkringsskydd.

Sammanfattningsvis är de redovisade problemen, oavsett grundläggande system och kostnadsnivå, i stora drag desamma i olika länder. Motiven för reformerna liknar därför också varandra. En del inslag i reformerna syftar till en begränsning av patienternas konsumtion och producenternas utbud genom olika former av reglering (t.ex. minskad valfrihet, etableringskontroll). Andra vill främja effektiviteten genom olika former av marknadsliknande mekanismer (t.ex. konkurrens, kontrakt mellan finansiär/tillhandahållare och producent). Återigen andra är främst inriktade på att ge patienten ett större inflytande.

10.2 Reformering av hälso- och sjukvårdens finansiering

Det finns i princip två olika sätt att finansiera hälso- och sjukvården; offentligt eller privat. Inom dessa båda huvudalternativ finns olika varianter. Den offentliga kan bestå av skatter eller obligatorisk försäkring, den privata av frivillig försäkring eller avgifter.

Ökade patientavgifter är fortfarande en väg som endast beträds med tveksamhet. Det finns dock exempel på nya eller ökade patientavgifter i ett par länder (Tyskland, Finland). Om detta är inledningen till en mer allmän utveckling eller inte återstår att se. Mot att så blir fallet talar att en del länder t.ex. Kanada, som har avgiftsfri vård mycket starkt värnar om den principen. Bakom detta ligger uppfattningen att patientavgifterna om de skulle ha en sådan nivå att de betyder något som finansieringskälla direkt motverkar möjligheterna för de fattiga att få tillgång till vård.

Privata försäkringar kan fylla tre olika funktioner. För det första kan de vara ett *komplement* till ett offentligt system. I t.ex. England har antalet privata försäkringar ökat genom att små grupper velat försäkra sig om snabbare vård och högre hotellstandard. För det andra kan privata försäkringar vara ett *alternativ* till offentliga system; öppet för alla eller för t.ex. de över en viss inkomst. I Tyskland behåller den privata försäkringen sin position som en valmöjlighet för de högavlönade. För det tredje kan privata försäkringar vara den *normala formen* för finansiering, eventuellt stöttad av offentliga insatser för fattiga och för storkonsumenter. Det amerikanska systemet kommer även i fortsättningen att bygga på privata försäkringar, om än under beteckningen hälsoplan. I den engelska framtidsdiskussionen finns ökad privat finansiering med som ett alternativ.

Obligatorisk sjukvårdsförsäkring kvarstår som finansieringskälla i Tyskland och Nederländerna. I England och Sverige förs idén om försäkring fram från och till, dock utan att verka vinna särskilt omfattande stöd.

Innebörden av att **välja finansiär** blir i väsentlig grad beroende på hur finansieringssystemet i grunden är uppbyggt. Att välja finansiär i t.ex. det holländska systemet betyder knappast särskilt mycket för den enskilde. Systemet är i huvudsak *offentligt* och möjligheterna för de olika finansiärernas möjligheter att variera sina erbjudanden blir rätt små. Är systemet *privat* bli valet av finansiär däremot mer substantiellt. Finansiären kan erbjuda generella eller skräddarsydda kombinationer av förmåner och kostnader.

Möjligheter för patienten **välja 'försäkringsgivare' och/eller 'försäkringsnivå'** som komplettering eller substitut kan ses som exempel på en individuell anpassning. I England utgör de budgetansvariga husläkarna en möjlighet välja försäkringsgivare, även om man måste hålla i minnet att dessa endast erhåller budget för en mindre del av patientens vård. Den föreslagna Clintonreformen ålägger hälsoallianserna att erbjuda olika typer av försäkringar, vilket innebär att de som idag är hänvisade till en viss nivå som löneförmån får rätt att på egen bekostnad lägga till vad försäkringen skall täcka. Vill den enskilde t.ex. ha ökad valfrihet får han betala kostnaderna för detta. Även den nederländska reformen kommer att ge försäkringstagaren rätt att fritt välja försäkringsbolag. För den vård (ca 5 procent av den totala) som faller utöver den obligatoriska försäkringen blir det också möjlighet välja försäkringsnivå.

Sammanfattningsvis kan man konstatera att förändringarna på finansieringssidan är små, trots att kostnaderna framhålls som huvudproblemet. Det kan tolkas på olika sätt. Kanske vill man först pröva möjligheter att effektivisera innan man tar fram politiskt känsliga förslag om intäktsökningar. I stället för att förändra finansieringen man vidtagit åtgärder av olika slag för att öka produktivitet och effektivitet för att därigenom få ut så mycket som möjligt inom ramen för givna resurser. Det kan också vara så att skillnaderna mellan olika finansieringssystem är så pass små att nya system inte är värda de kostnader det medför att ändra. Slutligen kan det vara så att de långsiktiga finansieringsproblemen helt enkelt inte tacklas på det sätt som vore nödvändigt. Konsekvenserna blir i så fall långsiktiga obalanser mellan intäkter och kostnader.

10.3 Reformering av hälso- och sjukvårdens styrning

Styrning är helt enkelt alla medvetna åtgärder för att påverka en verksamhets inriktning och arbetssätt. Styrningen sker på många olika sätt. De olika delarna i ett styrsystem står i en viss relation till varandra och måste harmonisera.

Åtskillnad av funktioner (finansiering/tillhandahållande, produktion) fanns redan före den senaste reformvågen i Kanada, Tyskland, Nederländerna och USA. Med reformerna sker en uppsplittring även i England, Finland och Sverige (funktionellt inom landstingen). Särlingen är alltså här Danmark.

Det är däremot annorlunda om man ser på begreppen **beställare och utförare**. I varken Kanada, Tyskland eller Nederländerna har det funnits några aktiva beställare. I USA har beställare funnits för en begränsad, men växande del av vården (*HMO, PPO* m.fl.). Vad som nu sker är att Nederländerna (om reformen någonsin genomförs) kommer att få försäkringsbolag som beställare. England och Sverige arbetar också med beställar - utförar koncept. I Finland är detta endast formellt, åtminstone än så länge.

Kontraktsstyrd vård (*managed care*) har tidigare i denna rapport definierats som ett styrsystem för den privata sektorn, karaktäriserat av begränsat val av vårdgivare, selektiv kontraktering samt ekonomiska incitament för vårdgivarna. I strikt mening kommer detta endast att uppfyllas av USA (där *element* av kontraktsstyrd vård nu finns inom i stort sett all privat försäkring, mest markant inom *HMO*) samt i Nederländerna (fortfarande om reformen genomförs). Funktionellt kommer kontraktsstyrd vård att finnas i England och Sverige och eventuellt i Finland, men också i Danmark (genom kontraktstyrning inom amtskommunerna). I Tyskland har visserligen sjukkassorna rätt att vägra teckna avtal med ett sjukhus, men detta förekommer knappast i praktiken.

Begränsningen av valfriheten i kontraktsstyrd vård innebär att patienten får hålla sig till den vårdgivare som finansiären/tillhandahållaren har kontrakt med. De faktiska konsekvenserna av denna begränsning varierar beroende på praktiska förutsättningar. Den blir inte lika kännbar i en provins i Kanada (med flera miljoner innevånare) som i en liten kommun i Finland (4 000–5 000 invånare). Antalet kontrakterade vårdgivare är självfallet mångdubbelt större i det förra än i det senare fallet.

Managed care (kontraktsstyrd vård) är inte samma som *managed competition* (reglerad konkurrens). Men i några av de länder, som fört in kontraktsstyrd vård tänker man sig också att den skall utövas på en **kvasimarknad** under **konkurrens**. USA behåller sitt system i detta avseende och till kretsen av länder som betonar konkurrens sällar sig nu England och Nederländerna.

I England kan dock redan konstateras att den mer 'primitiva' konkurrensen utvecklas mot ett system där långsiktiga relationer betonas; begreppet *contestibility* står bl.a. för detta. Detta kan också uttryckas som att man konkurrerar mer *om* marknader än *på* marknader.

Det finns i en mening likheter mellan England, Kanada och Danmark i detta avseende. Det är en utveckling mot mer samverkan för att åstadkomma effektivare resursutnyttjande och förutsättningar för strukturomvandlingar.

Tyskland ansluter sig idémässigt till konkurrensen, men den praktiska innebörden av detta är tills vidare oklar. Detta kan väl även karakterisera de svenska 'landstingsmodellerna'. Kanada verkar lika främmande för konkurrenstanken som man alltid varit.

Kontraktsstyrd vård kan alltså kombineras med olika marknadstrukturer, t.ex. konkurrens eller inte. Kombinationen kontraktsstyrd vård och konkurrens finns representerad på en del håll. I Tyskland har den lett till att försäkringskassorna inte utnyttjat sin rätt att selektera vårdgivare, eftersom de är rädda att mista medlemmar som inte får gå till 'sitt' sjukhus. Utvecklingen i Nederländerna *kan* tydas som att samma tendenser slår igenom där. Amerikanska *HMO* verkar däremot vara ett exempel på att selektering fungerar trots konkurrens. Det verkar alltså finnas andra faktorer som påverkar hur systemen i praktiken faller ut.

Valfriheten som styrmedel bygger på att patienten har rätt att välja och att valet påverkar ersättningen till vårdgivaren. Principiellt går detta inte att förena med kontraktsstyrd vård, där det är *beställaren* som styr och där patientens valfrihet är begränsad. Av de här studerade länderna kommer nästan alla att tillämpa någon form av kontraktsstyrning. Som nämnts kommer dock begränsningarna i valfriheten att variera beroende på praktiska förutsättningar. Därigenom kan *viss* valfrihet tillämpas även när vårdgivarna selekterats. Sverige är speciellt jämfört med övriga länder genom att man tillämpar både styrning från beställaren genom kontrakt och styrning från den enskilde patienten genom att pengarna följer patientens val.

Förändringar av **ersättningen** till vårdproducenterna ingår som ett led i reformerna både för att klara totalkostnadskontrollen och främja produktiviteten. För den slutna vården utnyttjar, utöver USA, Sverige (vissa landsting) *DRG*-liknande ersättningar. Sådana planeras också i Tyskland, i starkt förenklad form. England och Kanada verkar inte intresserade av *DRG*. För husläkare/familjeläkare är tendensen att allt fler länder introducerar blandningar av kapitation och prestationsersättningar.

En hel del av det som redan tidigare diskuterats i detta delavsnitt påverkar **totalkostnadskontrollen**, t.ex. finansiärens möjlighet att genom kontrakt begränsa antalet vårdgivare och deras verksamhet. Vad som därutöver är viktigt slå fast är att den direkta utbudsregleringen riktad mot producenterna bibehålls och utvecklas ytterligare t.ex. i Tyskland, där reformen innehåller budgettak och etableringsbegränsning. I de nordiska länderna finns utbudsstyrningen i huvudsak kvar, om än något uppluckrad. Nederländerna vill i och för sig övergå från utbuds- till efterfrågestyrning, men detta blir beroende på om reformen genomförs. Kanada har genom

politiska beslut kontrollerat sjukhuskostnaderna och på senare år börjat skaffa sig grepp över den öppna vården genom att införa budgettak av olika slag. I USA finns utbudsreglering som ett alternativ i pågående överväganden om reformen, om kostnadsökningarna ej kan hindras på annat sätt. I England är producenterna en del av NHS och därmed också potentiellt möjliga att styra genom utbudsreglering.

Metoderna för kostnadskontroll måste vara konsistenta med de grundläggande egenskaperna hos systemen. I botten ligger *politiska beslut*. Dessa kan implementeras på tre olika sätt (observera att kombinationer är möjliga:

- direkt i systemet (England)
- regleringar och överenskommelser på nationell nivå (Tyskland, Nederländerna)
- förhandlingar med regionala organ (Danmark, Finland, Kanada, Sverige)

I de två första fallen är det *en* politisk nivå som är involverad, medan det i den tredje finns två politiska nivåer. Det går inte genom jämförelser mellan länderna dra några enkla slutsatser vad detta betyder för totalkostnadskontrollen, men ett system med två politiska nivåer *kan* innebära komplikationer. Utvecklingen i Danmark och Sverige visar att det åtminstone temporärt bedömts nödvändigt med statliga restriktioner och regleringar.

Sammanfattningsvis är kanske det viktigaste som framkommer av en närgranskning av hur styrningen reformeras i olika system att bilden är facetterad och mångtydig. Allt är inte vad det synes vara; under samma rubrik rymmes ibland rätt olika tendenser. Regleringar har fortfarande en nyckelroll, delvis växande. Även genom att olika former av kontraktsstyrning används i fler länder begränsas patienternas val och producentens frihet. De marknadsliknande inslagen i reformerna är mindre framträdande i praktiken än i retoriken.

10.4 Reformering av hälso- och sjukvårdens organisation

En åtskillnad mellan finansiär/tillhandahållare och vårdgivare kräver att **producenterna** ges en självständig och från finansiärerna fristående ställning. En sådan förändring vill många åstadkomma också av management-

skäl, för att genom decentralisering och tydligare ansvar för sjukhusledningarna göra sjukhusen mer effektiva. I flera länder (Kanada, Tyskland, Nederländerna, USA) har sjukhusen redan en sådan ställning som resultatet av en historisk utveckling där kyrkor och välgörenhetsorganisationer har spelat stor roll i socialpolitiken. Trusterna i England är ett sätt att inom ramen för ett nationellt system ge producenterna en självständig ställning. Det bör noteras att det i den engelska förvaltningen traditionellt har funnits ett en inslag av vad som kan kallas kvasioffentliga organ. Även i New Zealand, för att ta ett exempel utanför den här aktuella kretsen av länder, har separationen åstadkommits genom att sjukhusen stannat i offentlig ägo i s.k. *Crown Health Enterprises (CHE)*. De skall verka affärsmässigt men inom de övergripande sjukvårdspolitiska målen. De har t.ex. inte rätt att sälja sina tjänster till den som betalar bäst. Samkommunerna i Finland är en annan variant för att driva sjukhus offentligt men skilt från finansiären.

En annan möjlighet att åstadkomma självständigheten är att göra vårdgivarna privata. **Privatisering av produktionen** framstår dock inte som något uttalat mål i någon av de här relaterade reformerna. Förbudet mot privata *vinstsyftande* sjukhus kvarstår i Kanada och Nederländerna, även om det i senare landet finns tankar om att försäkringsbolagen skall få rätt integrera framåt, dvs. äga sjukhus. Ett förbud för staten att sälja offentliga sjukhus till privata vårdgivare har införts i New Zealand.

Som nämnts är **sjukvårdsstrukturen** ett problem i alla länder, som dock verkar svårt att påverka på systemövergripande nivå. De länder som går mot mer marknadslika arrangemang (t.ex. England) verkar dock ha förhoppningen att strukturproblemen åtminstone skall bli tydligare genom att överskottet på vårdplatser syns klart och därmed blir lättare att angripa. I andra ändan av skalan söker man lösa problemen med mer planering och samordning, t.ex. genom s.k. *superboards* i Kanada. Dessa styrelser har ansvar för flera sjukhus och har som en viktig uppgift att genomföra strukturrationaliseringar. I Sverige har liknande organ kommit till genom att den under 1970- och 1980-talen vanliga konstruktionen med direktioner/distriktsstyrelser brutits upp. *Ett* organ har fått ansvar för ett antal sjukhus i landstinget, t.ex. i Skaraborg och i Dalarna.

I flera av de studerade länderna har **husläkarna** traditionellt en stark ställning; främst i England, Danmark och Nederländerna. I Finland, Tyskland och Sverige innebär reformerna att husläkarens ställning stärks, även om det i Tyskland är oklart exakt hur. I England ges dessutom husläkarna budgetansvar parallellt med de befolkningsansvariga distrikten. Det är vidare inte minst intressant att det t.o.m. finns indikationer på att man i

USA vill stärka familjeläkaren/allmänläkaren, bl.a. genom ekonomiska incitament.

Slutligen bör nämnas att en ökad satsning på **kvalitetsarbete** samt på **uppföljning** av verksamheten finns integrerad i alla reformer. Den betonas inte minst i samband med införandet av starkare ekonomiska incitament.

Det som här beskrivits som organisatoriska reformer kan **sammanfattas** som att organisationen anpassas till de förändringar av styrsystemen som sker i olika länder. Detta innefattar bl.a. att producenterna på en del håll får en självständigare ställning, dock utan att göras privata.

10.5 Några huvuddrag i reformerna

En av pionjärerna inom den jämförande hälso- och sjukvårdsforskningen, den amerikanske sociologen Odin Anderson, har illustrerat de olika länderna genom att sätta in dem på en skala som går från 'maximal marknad' till 'minimal marknad'.

USA kan placeras i den ena ändan av en skala med England och Sverige i den andra. USA står då för en lös struktur (*non-system*) med stort mått av pluralism och olika lösningar för olika grupper, inkl en omfattande privat finansiering. Variationerna är stora och betydande grupper (mer än 35 miljoner) saknar försäkringsskydd. I England och Sverige finns *ett* system (centraliserat resp decentraliserat), öppet för alla och i huvudsak offentlig finansierat.

Den offentliga finansieringen är också dominerande i de övriga länderna. Av dessa ligger de andra nordiska länderna och Kanada rätt nära England/Sverige. De kontinentala västeuropeiska länderna har traditionellt varit mer orienterade mot lösningar med socialförsäkringar och större pluralism.

De nu pågående reformerna ändrar *inte* denna bild. Några genomgripande systemförändringar har knappast skett och är inte heller på gång. En slutsats av den jämförande analysen i denna rapport är att inget land kan sägas förändra sitt grundläggande system vare sig det gäller finansiering, styrning eller organisation. Om någon relativ förskjutning skett på skalan är det snarast att USA (innan eventuell reform) blivit än mer olikt Europa (och Kanada). Inte minst tydligt framstår att kravet på jämlikhet inte finns med i det amerikanska systemet.

Däremot kan man se många likheter i reformerna. Kontraktsstyrning har en framträdande plats. Den syftar till såväl kostnadskontroll som höjning

av produktivitet/effektivitet. Som framgått utformas den dock på olika sätt i skilda länder och även tillämpningen av den varierar.

Kvasimarknad och konkurrens finns också som element i flertalet av de studerade reformerna, om än inte i alla. Innebörden är dock rätt oklar och verkar i praktiken tonas ner. 'Reglering och samverkan' skulle nog kunna vara en lika så god samlingsrubrik som 'kvasimarknad och konkurrens'.

Tendenser till ökad decentralisering och/eller minskad statlig styrning finns i Finland, Kanada och i viss mån även i Nederländerna. Mer statlig styrning kan skönjas i Danmark och i Tyskland. Även de amerikanska reformerna är ett steg i riktning mot ökad statlig reglering av ett tidigare nästan oreglerat system.

I denna studie har inte *reformprocessen* som sådan studerats särskilt. En sådan inriktning skulle kräva mycket mer tid och andra metoder. Indirekt ger dock materialet underlag för några kommentarer.

Hälso- och sjukvårdsreformer är svåra såväl att få beslut om som att implementera. Exempel på detta i de här studerade reformerna är USA, Nederländerna och Finland. Vad som slutligen kommer ut ur den amerikanska kongressens behandling av hälso- och sjukvårdsplanen är osäkert, men det lär bli något helt annat än ingångsförslaget. I Nederländerna finns problem med både uppföljande beslut och implementering. Den finländska reformen har kommit av sig.

Referenser

Allmänt

Grundläggande redovisningar av olika länders hälso- och sjukvårdssystem i slutet av 1980-talet och de första åren på 1990-talet finns bl.a. i följande två arbeten:

Arvidsson, G. & Jönsson, B. (red). 1991. *Sjukvård i andra länder*. Kristianstad: SNS Förlag.

Ham, C., Robinson, R. & Benzeval, M. 1990. *Health Check. Health Care Reforms in an International Context*. London: King's Fund Institute.

Dessa böcker har ingått bland de källor som vi har använt för att ge en grund för redovisningar av hur dessa system reformerats under 1990-talet.

Materialet från OECD om pågående reformarbete har också använts som underlag för beskrivningarna i denna rapport. Det material som hittills har publicerats är:

OECD. 1992. *The Reform of Health Care. A Comparative Analysis of Seven OECD Countries*. Paris: OECD.

HSU 2000 ordnade hösten 1993 en hearing kring de tre modeller som kommittén särskilt skall belysa. I hearingen deltog i huvudsak forskare. Deras uppgift var att kommentera de pågående svenska diskussionerna, men naturligt nog har de byggt dessa på erfarenheter från 'egna' system. Rapporten från hearingen har publicerats som *Spri rapport 379*. Den innehåller följande inlägg, som är en viktig referens för denna studie, då det gäller England, Kanada, Tyskland, Nederländerna och USA samt för den sammanfattande analysen:

Spri. 1994. *Svenska hälso- och sjukvårdsreformer i ett internationellt perspektiv*. Spri rapport 379. Stockholm: Spri.

- Ham, C. 'Reflektioner över en framtida svensk sjukvårdsmodell'.
- Le Grand, J. 'Modeller för svensk sjukvårdsreform - en preliminär bedömning'.
- Deber, R. 'Reflektioner beträffande en framtida svensk sjukvårdsmodell - ett perspektiv från Kanada'.
- van der Kooij, S. 'Ett försäkringsstyrt hälso- och sjukvårdssystem - erfarenheter från Nederländerna'.
- Schmeinck, W. 'Organisation och verksamhet i ett försäkringsbaserat system - den tyska varianten'.
- Kane, N.M. 'Kostnader, produktivitet och finansiella resultat av kontraktstyrd vård'.
- Maynard, A. 'Myter och verklighet i hälso- och sjukvårdsreformering, kontraktstyrd vård, interna marknader och andra sagor'.
- Saltman, R. 'Kommentarer'.

Kommittén genomförde 1993 en studieresa till England. Information från denna har kunnat utnyttjas för denna studie. Uppgifter har också inhämtats vid besök, som delar av sekretariat och sakkunniga gjort i Holland och Kanada.

Uppgifter om husläkare och deras ersättning är främst hämtade från:

Spri. 1992. *Husläkare. Internationella erfarenheter*. Spri rapport 333. Stockholm: Spri.

Spri. 1992. *Ersättning till husläkare. Underlag för bedömningar och ställningstaganden*. Spri rapport 343. Stockholm: Spri.

Utöver detta ländergemensamma material bygger redovisningen av olika system på i huvudsak de per land uppdelade referenserna.

England

En färsk summering av utvecklingen i England är:

Ham, C. 1994. *Management and Competition in the New NHS.* Oxford: Radcliffe Medical Press.

En första utvärderingen av *NHS*-reformen presenterades våren 1994:

Robinson, R. & Le Grand, J.(ed). 1994. *Evaluating the NHS Reforms.* Bristol: King's Fund Institute.

Utvärderingen innehåller studier om bl.a. om reglerad konkurrens, truster samt budgetansvariga läkare samt en sammanfattande analys:

Appleby, J., Smith, P., Ranade, W., Little, V. & Robinson, R. *Monitoring Managed Competition.*

Bartlett, W. & Le Grand, J. *The Performance of Trusts.*

Glennerster, H., Matsaganis, M., Owens, P. & Hancock, S. *GP Fundholding. Wilds Card or Winning Hand?*

Le Grand, J. *Evaluating the NHS Reforms.*

Den aktuella utvecklingen i England har också följts genom artiklar i *British Medical Journal* och *Health Service Journal.*

Danmark och Finland

Under hösten 1993 anordnade Svenska Kommunförbundet i samarbete med HSU 2000 ett nordiskt seminarium där representanter från Finland, Danmark och Norge redovisade hur hälso- och sjukvårdssystemen är uppbyggda i respektive land samt vilka utvecklingstendenser och reformer som är aktuella. Dokumentation från detta seminarium har publicerats av Svenska Kommunförbundet:

Svenska Kommunförbundet. 1994. *Vården i Norden.* Älvsjö: Kommentus Förlag.

Ovanstående material har kompletterats med material från följande aktuella konferenser:

Brommels, M. *Utvecklingen mot marknadstänkande i finländsk sjukvård: Revolutionen som kom av sig*. Anförande vid Nordiskt hälsopolitiskt forum 8–9 mars 1994. Stencil. Kommer att publiceras i en Spri rapport.

Jeppesen, J O S. 1994. 'Kontrakter som styre- och ledelseform – den fynske model'. Anförande vid Nordiskt hälsopolitiskt forum 1994. Stencil. Kommer att publiceras i en Spri rapport.

Kan marknedskräfterne og fri konkurrence give patienterne en bedre behandling och pleje? 12. Nordiske Helse- och Sygehuskonference 19–21 august, 1993. Köbenhavn: Amtrådsforeningen i Danmark.

de Neergaard, L. 1994. Material presenterat vid Nordiskt Hälsopolitiskt Forum 1994. Kommer att publiceras i en Spri rapport.

För att speciellt belysa vissa frågor i den finska debatten har en särskild studie utförts på HSU 2000s uppdrag:

Brommels, M. & Björkgren. 1993. *Motströms: Integreras sjukvården i en kommande mellanstegsförvaltning? En studie av aktuella reformer i finländsk hälso- och sjukvård*. Helsingfors Universitet. Utbildningsprogrammet i hälso- och sjukvårdsadministration. Stencil.

Kanada

Tendenser i den kanadensiska debatten redovisas i en ny bok:

Blomqvist, Å. & Brown, D.M. (ed). 1994. *Limits to Care. Reforming Canada's Health System in an Age of Restraint*. Toronto: C.D. Howe Institute.

Uppgifter har dessutom hämtats från:

Department of National Health and Welfare. 1992. *OECD Health Care Reform Project*. National paper. Canada

Tyskland

Den senaste tyska reformen beskrivs i:

Landstingsförbundet. 1993. *1993 års tyska sjukvårdsreform. Kan några slutsatser dras för den svenska debatten?*

Gesundheitsstrukturgesetz. *Finanzielle Bilanz des ersten Jahres und Stand der Umsetzung*. Märtz 1994. Redovisning utarbetad av hälsovårdsministeriet.

Nederländerna

Det officiella dokument som beskriver reformen är:

Changing Health Care in Netherlands. 1988. Department of Health and Cultural Affairs.

Dessutom har främst följande artikel utnyttjats:

Schut, F.T. 1992. 'Workable competition in health care: Prospects for the Dutch Design. *Soc Sci Med* 35:1445–1455.

USA

Redovisningen av Clintonreformen bygger på:

United States Information Service. 1993. *Health Security Preliminary Plan Summary*. News Backgrounder September 27, 1993. Mimeo.

I beskrivningen av problem och framtida utvecklas har kunnat utnyttjas en färsk framställning från hälsovårdsministeriet:

Lasker, R. 1994. *Discussion Paper – United States*. Prepared for the Ditchley Foundation Conference 20–22 May 1994.

Statens offentliga utredningar 1994

Kronologisk förteckning

1. Ändrad ansvarsfördelning för den statliga statistiken. Fi.
2. Kommunerna, Landstingen och Europa + Bilagedel. C.
3. Mäns föreställningar om kvinnor och chefskap. S.
4. Vapenlagen och EG. Ju.
5. Kriminalvård och psykiatri. Ju.
6. Sverige och Europa. En samhällsekonomisk konsekvensanalys. Fi.
7. EU, EES och miljön. M.
8. Historiskt vägval – Följderna för Sverige i utrikes- och säkerhetspolitiskt hänseende av att bli, respektive inte bli medlem i Europeiska unionen. UD.
9. Förnyelse och kontinuitet – om konst och kultur i framtiden. Ku.
10. Anslutning till EU – Förslag till övergripande lagstiftning. UD.
11. Om kriget kommit... Förberedelser för mottagande av militärt bistånd 1949-1969 + Bilagedel. SB.
12. Suveränitet och demokrati + bilagedel med expertuppsatser. UD.
13. JIK-metoden, m.m. Fi.
14. Konsumentpolitik i en ny tid. C.
15. På väg. K.
16. Skoterkörning på jordbruks- och skogsmark. Kartläggning och åtgärdsförslag. M.
17. Års- och koncernredovisning enligt EG-direktiv. Del I och II. Ju.
18. Kvalitet i kommunal verksamhet – nationell uppföljning och utvärdering. C.
19. Rena roller i biståndet – styrning och arbetsfördelning i en effektiv biståndsförvaltning. UD.
20. Reformerat pensionssystem. S.
21. Reformerat pensionssystem. Bilaga A. Kostnader och individeffekter. S.
22. Reformerat pensionssystem. Bilaga B. Kvinnors ATP och avtalspensioner. S.
23. Förvalta bostäder. Ju.
24. Svensk alkoholpolitik – en strategi för framtiden. S.
25. Svensk alkoholpolitik – bakgrund och nuläge. S.
26. Att förebygga alkoholproblem. S.
27. Vård av alkoholmissbrukare. S.
28. Kvinnor och alkohol. S.
29. Barn – Föräldrar – Alkohol. S.
30. Vallagen. Ju.
31. Vissa mervärdeskattefrågor III – Kultur m.m. Fi.
32. Mycket Under Samma Tak. C.
33. Vandelns betydelse i medborgarskapsärenden, m.m. Ku.
34. Tekniskt utrymme för ytterligare TV-sändningar. Ku.
35. Vår andes stämma – och andras. Kulturpolitik och internationalisering. Ku.
36. Miljö och fysisk planering. M.
37. Sexualupplysning och reproduktiv hälsa under 1900-talet i Sverige. UD.
38. Kvinnor, barn och arbete i Sverige 1850-1993. UD.
39. Gamla är unga som blivit äldre. Om solidaritet mellan generationerna. Europeiska äldreåret 1993. S.
40. Långsiktig strålskyddsforskning. M.
41. Ledighetslagstiftningen – en översyn. A.
42. Staten och trossamfunden. C.
43. Uppskattad sysselsättning – om skatternas betydelse för den privata tjänstesektorn. Fi.
44. Folkbokföringsuppgifterna i samhället. Fi.
45. Grunden för livslångt lärande. U.
46. Sambandet mellan samhällsekonomi, transfereringar och socialbidrag. S.
47. Avveckling av den obligatoriska anslutningen till studentkårer och nationer. U.
48. Kunskap för utveckling + bilagedel. A.
49. Utrikessekretessen. Ju.
50. Allemanssparandet - en översyn. Fi.
51. Minne och bildning. Museernas uppdrag och organisation + bilagedel. Ku.
52. Teaterns roller. Ku.
53. Mästarbrev för hantverkare. Ku.
54. Utvärdering av praxis i asylärenden. Ku.
55. Rätten till ratten - reformerat bilstöd. S.
56. Ett centrum för kvinnor som våldtagits och misshandlats. S.
57. Beskattning av fastigheter, del II - Principiella utgångspunkter för beskattning av fastigheter m.m. Fi.
58. 6 Juni Nationaldagen. Ju.
59. Vilka vattendrag skall skyddas? Principer och förslag. M.
59. Vilka vattendrag skall skyddas? Beskrivningar av vattenområden. M.
60. Särskilda skäl - utformning och tillämpning av 2 kap. 5 § och andra bestämmelser i utlänningslagen. Ku.
61. Pantbankernas kreditgivning. N.
62. Rationaliserad fastighetstaxering, del I. Fi.
63. Personnummer - integritet och effektivitet. Ju.
64. Med raps i tankarna? M.
65. Statistik och integritet, del 2 - Lag om personregister för officiell statistik m.m. Fi.
66. Finansiella tjänster i förändring. Fi.
67. Räddningstjänst i samverkan och på entreprenad. Fö.
68. Otillbörlig kurspåverkan och vissa insiderfrågor. Fi.

Statens offentliga utredningar 1994

Kronologisk förteckning

69. On the General Principles of Environment Protection. M.
70. Inomkommunal utjämning. Fi.
71. Om intyg och utlåtanden som utfärdas av hälso- och sjukvårdspersonal i yrkesutövningen. S.
72. Sjukpenning, arbetsskada och förtidspension - förutsättningar och erfarenheter. S.
73. Ungdomars välfärd och värderingar - en undersökning om levnadsvillkor, livsstil och attityder. C.
74. Punktskatterna och EG. Fi.
75. Patientskadelag. C.
76. Trade and the Environment - towards a sustainable playing field. M.
77. Tillvarons trösklar. C.
78. Citytunneln i Malmö. K.
79. Allmänhetens bankombudsman. Fi.
80. Iakttagelser under en reform - Lägesrapport från Resursberedningens uppföljning vid sex universitet och högskolor av det nya resurstilldelningssystemet för grundläggande högskoleutbildning. U.
81. Ny lag om skiljeförfarande. Ju.
82. Förstärkta miljöinsatser i jordbruket - svensk tillämpning av EG:s miljöprogram. Jo.
83. Övergång av verksamheter och kollektiva uppsägningar. EU och den svenska arbetsrätten. A.
84. Samvetsklausul inom högskoleutbildningen. U.
85. Ny lag om skatt på energi. En teknisk översyn och EG-anpassning. - Motiv. Del I. - Författningstext och bilagor. Del II. Fi.
86. Teknologi och vårdkonsumtion inom sluten somatisk korttidsvård 1981-2001. S.
87. Nya tidpunkter för redovisning och betalning av skatter och avgifter. Fi.
88. Mervärdesskatten och EG. Fi.
89. Tullagstiftningen och EG. Fi.
90. Kart- och fastighetsverksamhet - finansiering, samordning och författningsreglering. M.
91. Trafiken och koldioxiden - Principer för att minska trafikens koldioxidutsläpp. K.
92. Miljözoner för trafik i tätorter. K.
93. Levande skärgårdar. Jo.
94. Dagspressen i 1990-talets medielandskap. Ku.
95. En allmän sjukvårdsförsäkring i offentlig regi. S.
96. Följdlagstiftning till miljöbalken. M.
97. Reglering av vattenuttag ur enskilda brunnar. M.
98. Beskattning av förmåner. Fi.
99. Domaren i Sverige inför framtiden - utgångspunkter för fortsatt utredningsarbete. Del A+B. Ju.
100. Beskattningen vid gränsöverskridande omstruktureringar inom EG, m.m. Fi.
101. Höj ribban! Lärarkompetens för yrkesutbildning. U.
102. Analys och utvärdering av bistånd. UD.
103. Studiemedelsfinansierad polisutbildning. Ju.
104. PVC - en plan för att undvika miljöpåverkan. M.
105. Ny lagstiftning om radio och TV. Ku.
106. Sjöarbetstid. K.
107. Säkrare finansiering av framtida kärnavfalls-kostnader. M.
108. Säkrare finansiering av framtida kärnavfalls-kostnader - Underlagsrapporter. M.
109. Tåget kommer. K.
110. Omsorg och konkurrens. S.
111. Bilars miljöklassning och EG. M.
112. Konsumenterna och livsmedelskvaliteten. En studie av konsumentupplevelser. Jo.
113. Växande råvaror. M.
114. Avfallsfri framtid. M.
115. Sjukvårdsreformer i andra länder. S.

Statens offentliga utredningar 1994

Systematisk förteckning

Statsrådsberedningen

Om kriget kommit... Förberedelser för mottagande av militärt bistånd 1949-1969 + Bilagedel. [11]

Justitiedepartementet

Vapenlagen och EG [4]
Kriminalvård och psykiatri. [5]
Års- och koncernredovisning enligt EG-direktiv. Del I och II. Ju. [17]
Förvalta bostäder. [23]
Vallagen. [30]
Utrikessekretessen. [49]
6 Juni Nationaldagen. [58]
Personnummer – integritet och effektivitet. [63]
Ny lag om skiljeförfarande. [81]
Domaren i Sverige inför framtiden – utgångspunkter för fortsatt utredningsarbete. Del A+B. [99]
Studiemedelsfinansierad polisutbildning. [103]

Utrikesdepartementet

Historiskt vägval – Följderna för Sverige i utrikes- och säkerhetspolitiskt hänseende av att bli, respektive inte bli medlem i Europeiska unionen. [8]
Anslutning till EU – Förslag till övergripande lagstiftning. [10]
Suveränitet och demokrati + bilagedel med expertuppsatser. [12]
Rena roller i biståndet – styrning och arbetsfördelning i en effektiv biståndsförvaltning. [19]
Sexualupplysning och reproduktiv hälsa under 1900-talet i Sverige. [37]
Kvinnor, barn och arbete i Sverige 1850-1993. [38]
Analys och utvärdering av bistånd. [102]

Försvarsdepartementet

Räddningstjänst i samverkan och på entreprenad. [67]

Socialdepartementet

Mäns föreställningar om kvinnor och chefskap. [3]
Reformerat pensionssystem. [20]
Reformerat pensionssystem. Bilaga A.
Kostnader och individeffekter. [21]
Reformerat pensionssystem. Bilaga B.
Kvinnors ATP och avtalspensioner. [22]
Svensk alkoholpolitik – en strategi för framtiden. [24]
Svensk alkoholpolitik – bakgrund och nuläge. [25]
Att förebygga alkoholproblem. [26]
Vård av alkoholmissbrukare. [27]
Kvinnor och alkohol. [28]
Barn – Föräldrar – Alkohol. [29]
Gamla är unga som blivit äldre. Om solidaritet mellan generationerna. Europeiska äldreåret 1993. [39]
Sambandet mellan samhällsekonomi, transfereringar och socialbidrag. [46]
Rätten till ratten – reformerat bilstöd. [55]
Ett centrum för kvinnor som våldtagits och misshandlats. [56]
Om intyg och utlåtanden som utfärdas av hälso- och sjukvårdspersonal i yrkesutövningen. [71]
Sjukpenning, arbetsskada och förtidspension – förutsättningar och erfarenheter. [72]
Teknologi och vårdkonsumtion inom sluten somatisk korttidsvård 1981-2001. [86]
En allmän sjukvårdsförsäkring i offentlig regi. [95]
Omsorg och konkurrens. [110]
Sjukvårdsreformer i andra länder. [115]

Kommunikationsdepartementet

På väg. [15]
Citytunneln i Malmö. [78]
Trafiken och koldioxiden – Principer för att minska trafikens koldioxidutsläpp. [91]
Miljözoner för trafik i tätorter. [92]
Sjöarbetstid. [106]
Tåget kommer. [109]

Finansdepartementet

Ändrad ansvarsfördelning för den statliga statistiken. [1]
Sverige och Europa. En samhällsekonomisk konsekvensanalys. [6]
JIK-metoden, m.m. [13]
Vissa mervärdeskattefrågor III – Kultur m.m. [31]
Uppskattad sysselsättning – om skatternas betydelse för den privata tjänstesektorn. [43]
Folkbokföringsuppgifterna i samhället. [44]
Allemanssparandet – en översyn. [50]
Beskattning av fastigheter, del II – Principiella utgångspunkter för beskattning av fastigheter m.m. [57]
Rationaliserad fastighetstaxering, del I. Fi. [62]
Statistik och integritet, del 2 – Lag om personregister för officiell statistik m.m. [65]
Finansiella tjänster i förändring. [66]
Otillbörlig kurspåverkan och vissa insiderfrågor. [68]
Inomkommunal utjämning. [70]
Punktskatterna och EG. [74]
Allmänhetens bankombudsman. [79]
Ny lag om skatt på energi. En teknisk översyn och EG-anpassning. – Motiv. Del I. – Författningstext och bilagor. Del II. [85]

Statens offentliga utredningar 1994

Systematisk förteckning

Nya tidpunkter för redovisning och betalning av skatter och avgifter. [87]
Mervärdesskatten och EG. [88]
Tullagstiftningen och EG. [89]
Beskattning av förmåner. [98]
Beskattningen vid gränsöverskridande omstruktureringar inom EG, m.m. [100]

Utbildningsdepartementet

Grunden för livslångt lärande. [45]
Avveckling av den obligatoriska anslutningen till studentkårer och nationer. [47]
Iakttagelser under en reform - Lägesrapport från Resursberedningens uppföljning vid sex universitet och högskolor av det nya resurstilldelningssystemet för grundläggande högskoleutbildning. [80]
Samvetsklausul inom högskoleutbildningen. [84]
Höj ribban!
Lärarkompetens för yrkesutbildning. [101]

Jordbruksdepartementet

Förstärkta miljöinsatser i jordbruket – svensk tillämpning av EG:s miljöprogram. [82]
Levande skärgårdar. [93]
Konsumenterna och livsmedelskvaliteten. En studie av konsumentupplevelser. [112]

Kulturdepartementet

Förnyelse och kontinuitet – om konst och kultur i framtiden. [9]
Vandelns betydelse i medborgarskapsärenden, m.m. [33]
Tekniskt utrymme för ytterligare TV-sändningar. [34]
Vår andes stämma – och andras.
Kulturpolitik och internationalisering. [35]
Minne och bildning. Museernas uppdrag och organisation + bilagedel. [51]
Teaterns roller. [52]
Mästarbrev för hantverkare. [53]
Utvärdering av praxis i asylärenden. [54]
Särskilda skäl - utformning och tillämpning av 2 kap. 5 § och andra bestämmelser i utlänningslagen. [60]
Dagspressen i 1990-talets medielandskap. [94]
Ny lagstiftning om radio och TV. [105]

Näringsdepartementet

Pantbankernas kreditgivning. [61]

Arbetsmarknadsdepartementet

Ledighetslagstiftningen – en översyn [41]
Kunskap för utveckling + bilagedel. [48]
Övergång av verksamheter och kollektiva uppsägningar. EU och den svenska arbetsrätten. [83]

Civildepartementet

Kommunerna, Landstingen och Europa. + Bilagedel. [2]
Konsumentpolitik i en ny tid. [14]
Kvalitet i kommunal verksamhet – nationell uppföljning och utvärdering. [18]
Mycket Under Samma Tak. [32]
Staten och trossamfunden. [42]
Ungdomars välfärd och värderingar - en undersökning om levnadsvillkor, livsstil och attityder.]73]
Patientskadelag. [75]
Tillvarons trösklar. [77]

Miljö- och naturresursdepartementet

EU, EES och miljön. [7]
Skoterkörning på jordbruks- och skogsmark. Kartläggning och åtgärdsförslag. [16]
Miljö och fysisk planering. [36]
Långsiktig strålskyddsforskning. [40]
Vilka vattendrag skall skyddas? Principer och förslag. [59]
Vilka vattendrag skall skyddas? Beskrivningar av vattenområden. [59]
Med raps i tankarna? [64]
On the General Principles of Environment Protection. [69]
Trade and the Environment - towards a sustainable playing field. [76]
Kart- och fastighetsverksamhet - finansiering, samordning och författningsreglering. [90]
Följdlagstiftning till miljöbalken. [96]
Reglering av vattenuttag ur enskilda brunnar. [97]
PVC - en plan för att undvika miljöpåverkan. [104]
Säkrare finansiering av framtida kärnavfallskostnader. [107]
Säkrare finansiering av framtida kärnavfallskostnader - Underlagsrapporter. [108]
Bilars miljöklassning och EG. [111]
Växande råvaror. [113]
Avfallsfri framtid. [114]

FRITZES
Postadress: 106 47 Stockholm
Fax 08-20 50 21, Telefon 08-690 90 90

ISBN 91-38-13772-0
ISSN 0375-250X