

RED: Göran Arvidsson / Bengt Jönsson

Sjukvård i andra länder



– Vad kan Sverige lära?

SNS FÖRLAG

SJUKVÅRD
I ANDRA LÄNDER

RED:

Göran Arvidsson Bengt Jönsson

SJUKVÅRD I ANDRA LÄNDER

– *Vad kan Sverige lära?*

SNS FÖRLAG

SNS FÖRLAG
Box 5629
114 86 Stockholm
Telefon 08-23 25 20

- SNS Studieförbundet Näringsliv och Samhälle;
Center for Business and Policy Studies.
- SNS vill sprida kunskap om ekonomiska och sociala förhållanden samt vara ett obundet forum för öppet utbyte av idéer i ekonomiska och sociala frågor mellan personer i näringsliv, politik och offentlig förvaltning, intresseorganisationer, medier, universitet och högskolor.
- SNS verkar genom forskning och utredningar, bokutgivning, seminarier och konferenser samt möten i lokala grupper i Sverige och utlandet. Verksamheten finansieras genom medlemsavgifter, företagsabonnemang, forskningsanslag, uppdragsarvoden och bokförsäljning.
- SNS är fristående i förhållande till politiska partier och intressegrupper, men har nära kontakt med universitet och högskolor samt motsvarande forskningsorganisationer i andra länder.
- SNS grundades 1948 som en oberoende sammanslutning av personer i näringslivet med intresse för samhällsfrågor. Organisationen har för närvarande 4 000 individuella medlemmar i 44 lokalgrupper (varav 10 i utlandet) samt ca 150 företagsabonnenter, däribland svenska börsbolag och banker, utlandsägda och kooperativa företag samt statliga företag och myndigheter.

Sjukvård i andra länder

Boken ingår i en serie från SNS: Den svenska sjukvården. Tidigare har utkommit:

- Hur skall sjukvården betalas? Lars Söderström.
- Valfrihet och konkurrens i sjukvården. Red: Arvidsson/Jönsson.

1:a upplagan
1:a tryckningen

© 1991 Författarna och SNS Förlag
Omslag och typografi: Rickard Frölich
Sättning och tryck: Kristanstats Boktryckeri AB, 1991

ISBN 91-7150-427-3

Innehåll

Förord 7

Författarpresentation 8

Inledning 9

1. Hälso- och sjukvården i Storbritannien 13
Introduktion 13 Sjukvårdens politiska och administrativa struktur 20 Finansiering 25 Sjukhusvård 29 Primärvård 34 Kostnadsutveckling och kostnadskontroll 38 Vårdutnyttjande och kvalitetskontroll 41 Nya styrformer 48 Slutsatser och lärdomar 53 Referenser 56
2. Hälso- och sjukvården i Kanada 58
Introduktion 58 Finansiering 62 Sjukhusvård 64 Läkarvård 68 Kostnadsutveckling 70 Vårdutnyttjande 74 Äldreomsorg 78 Ledning och styrning 79 Slutsatser och lärdomar 83 Referenser 85
3. Hälso- och sjukvården i Nederländerna 86
Introduktion 86 Finansiering 88 Sjukhusvård 91 Läkarvård 94 Äldreomsorg 96 Kostnadsutveckling och kostnadskontroll 98 Ledning och styrning 101 Framtid 103 Slutsatser och lärdomar 107 Referenser 109
4. Hälso- och sjukvården i Tyskland 110
Introduktion 110 Finansiering 113 Sjukhusvård 116 Läkarvård 118 Kostnadsutveckling och kostnadskontroll 120 Vårdutnyttjande 123 Äldreomsorg 124 Ledning och styrning 125 Framtid 127 Slutsatser och lärdomar 128 Referenser 131
5. Hälso- och sjukvården i Schweiz 132
Introduktion 132 Finansiering 136 Sjukhusvård 142 Öppen vård 145 Kostnadsutveckling och kostnadskontroll 148 Vårdutnyttjande och kvalitetskontroll 151 Ledning och styrning 153 Slutsatser och lärdomar 157 Referenser 160

6. Hälso- och sjukvården i USA 161
Introduktion 161 Finansiering 164 Sjukhusvård 169
Läkarvård 175 Kostnadsutveckling och kostnadskontroll 178
Vårdutnyttjande och kvalitetskontroll 181 Äldreomsorg 182
Ledning och styrning 184 Slutsatser och lärdomar 187
Referenser 189
7. Hälso- och sjukvården i Japan 191
Introduktion 191 Finansiering 196 Sjukhusvård 199
Läkarvård 205 Kostnadsutveckling och kostnadskontroll 208
Vårdutnyttjande och kvalitetskontroll 211
Äldreomsorg 213 Ledning och styrning 217 Framtid 220
Slutsatser och lärdomar 224 Referenser 229
8. Svensk sjukvård i internationellt perspektiv 230
Olika typer av hälso- och sjukvårdssystem 230 Kostnadsutveckling och kostnadskontroll 232 Resurser och vårdutnyttjande 240 Svenska sjukvårdsproblem och reformer i internationell belysning 243 Referenser 252
9. Anpassa goda idéer från utlandet till den svenska traditionen 253
Intervju med Bengt Holgersson (s)
10. Vi bör lära, inte minst av misstag i andra länder 265
Intervju med Bo Könberg (fp)

Förord

Den svenska modellen för hälso- och sjukvård är under omprövning. Nya styrformer övervägs och prövas inom ramen för det nuvarande systemet. Samtidigt ifrågasätts landstingens roll som både finansiärer, konsumentföreträdare och producenter av sjukvård. Olika försäkringsmodeller diskuteras som alternativ till dagens skattefinansierade sjukvård. Samordningen med angränsande sociala välfärdssystem har brister, men lösningarna är inte givna. Privata inslag i sjukvården blir allt vanligare men är fortfarande marginella. Hur bör mixen offentligt-privat se ut?

Vid sökandet efter alternativa modeller borde det falla sig naturligt att ta reda på hur sjukvården är organiserad och finansierad i andra länder och utnyttja erfarenheterna därifrån. Kunskapen om sjukvården utomlands är dock mycket begränsad att döma av den aktuella sjukvårdsdebatten i Sverige.

Den här studien, som genomförts inom ramen för SNS-projektet *Nya spelregler för hälso- och sjukvården*, vill råda bot på kunskapsbristen. Sjukvårdsforskarna *Ove Anbäcken*, *Per Carlsson*, *Lena Finnström*, *Jonas Frycklund*, *Peter Garpenby* och *Clas Rehnberg*, samtliga vid Linköpings universitet, Tema Hälso- och sjukvården i samhället, beskriver sjukvården i följande sju länder: Storbritannien, Kanada, Nederländerna, Tyskland, Schweiz, USA och Japan. I dessa länder är sjukvården organiserad och finansierad på andra sätt än i Sverige. Bland annat skiljer sig rollfördelningen mellan privat och offentlig sektor mellan länderna. Länderbeskrivningarna kompletteras av *Bengt Jönsson* med en jämförande analys av olika sjukvårdssystem. Vad Sverige kan lära av dessa länder kommenteras av två sjukvårdspolitiker: *Bengt Holgersson*, landstingsråd i Malmöhus läns landsting, och *Bo Könberg*, f. d. landstingsråd i Stockholm läns landsting och när detta skrivs precis nyutnämnd sjukvårdsminister. Som vanligt svarar de medverkande ensamma för sina respektive bidrag.

Liksom övriga delstudier i projektet är denna finansierad av Salénstiftelsen och följande företag: Apoteksbolaget, Astra, Folk-sam, LIC Care, LIF, Länsförsäkringsbolagen, PT-Vård, Prakti-kertjänst, Procordia, Rufi, SAS Service Partner, Skandia, Trygg-Hansa, SPP och Wasa Försäkring.

Göran Arvidsson *Bengt Jönsson*

Författarpresentation

Göran Arvidsson är docent i företagsekonomi, forskningsledare vid SNS och projektledare för SNS forskning om hälso- och sjukvården.

Bengt Jönsson är professor i hälsoekonomi vid Handelshögskolan i Stockholm och vetenskapligt huvudansvarig för SNS forskning om hälso- och sjukvården.

Peter Garpenby är fil. dr. och forskarassistent inom Tema Hälso- och sjukvården i samhället vid Linköpings universitet.

Lena Finnström är doktorand inom Tema Hälso- och sjukvården i samhället vid Linköpings universitet.

Clas Rehnberg är fil. dr. och forskarassistent inom Tema Hälso- och sjukvården i samhället vid Linköpings universitet.

Jonas Frycklund är doktorand inom Tema Hälso- och sjukvården i samhället vid Linköpings universitet.

Per Carlsson är fil. dr. och högskolelektor inom Tema Hälso- och sjukvården i samhället vid Linköpings universitet och föreståndare vid Centrum för utvärdering av medicinsk teknologi (CMT).

Ove Anbäcken är fil. dr. och högskolelektor inom Tema Hälso- och sjukvården i samhället vid Linköpings universitet.

Inledning

Göran Arvidsson och Bengt Jönsson

Svensk hälso- och sjukvård anses med rätta ligga i världseliten i många avseenden. Folkhälsan är god. Hela befolkningen har tillgång till internationellt sett bra vård på i huvudsak lika villkor. Inom många medicinska specialiteter ligger Sverige bland de allra främsta.

Samtidigt finns det problem med köer, låg kvalitet inom vissa områden och ett växande vårdbehov som följd av allt fler gamla i befolkningen. Resurserna räcker inte till allt det man vill och rent tekniskt kan göra. Prioriteringssystemen är bristfälliga. Incitament till optimalt utnyttjande av alla resurser saknas. Samordningen med angränsande sociala välfärdssystem är inte den bästa.

Den kanske viktigaste frågan just nu är om vårt system för att bedriva hälso- och sjukvård kommer att klara framtidens krav med anspråk som växer snabbare än resurserna. Olika scenarier och vägval diskuteras i landstingen och på central nivå. Försök med nya styr- och organisationsformer pågår runt om i landet. Möjligheterna att genom konsekvensanalyser av föreslagna systemförändringar och alternativa scenarier göra tillförlitliga beskrivningar av tänkbara utvecklingsvägar för sjukvården är emellertid begränsade. Detsamma gäller möjligheterna att genom experiment studera alternativa utformningar av svensk sjukvård i stort. Lokala experiment finns det gott om men det är svårt, om inte omöjligt, att experimentera med systemet som helhet.

Av bland annat dessa skäl är det angeläget att utnyttja den möjlighet att få erfarenheter och kunskap, som ligger i att sjukvården i andra länder är organiserad och finansierad på andra sätt än i Sverige. Detta är desto viktigare eftersom det gäller en samhällssektor som inte har den avkänning av konsumentpreferenser och

det konkurrenstryck som kännetecknar en fungerande marknad.

I den här boken tar vi fasta på denna möjlighet. Vi beskriver sjukvården i sju utvalda länder. Beskrivningarna utformas så att jämförelser i viktiga avseenden kan göras dem emellan och med Sverige. Det finns självfallet problem med internationella jämförelse. Om de länder vi jämför med har andra mål för sjukvården än vi har, blir det relativt ointressant att undersöka hur framgångsrik man är att nå dessa. Betydelsen av denna invändning skall dock inte överdrivas. Ett medel kan tjäna mer än ett mål och det är många gånger möjligt att förändra medlen så att de kan nå andra mål. Bristen på jämförbara data är ett annat problem. Definitioner av vad som menas med sjukvård, sjukhus och läkemedel skiljer sig t. ex. mellan olika länder. Till detta kommer de problem som skillnader i relativa priser och olika valutor medför vid internationella kostnadsjämförelser. Olikheter i attityder till hälsa och sjukvård betingade av historiska och kulturella förhållanden måste också beaktas när vi försöker dra slutsatser för svensk sjukvård av förhållandena i andra länder.

När svensk sjukvård jämförs med den i utlandet är det vanligen USA och Storbritannien som man jämför med. Även vi har tagit med dessa länder. En jämförelse med USA är dock problematisk både därför att landet är så stort och heterogent och på grund av att målsättningarna för sjukvården är så olika våra. I USA är sjukvård främst ett individuellt ansvar och samhällets olika organ griper in endast när individen själv inte genom försäkringar

TABELL 1. Sjukvårdskostnader per capita 1989. Köpkraftspariteter, USD, och andel av bruttonationalprodukten, BNP, i %.

<i>Land</i>	<i>Sjukvårds- kostnader, USD</i>	<i>Andel av BNP, %</i>
Sverige	1 361	8,8
Storbritannien	836	5,8
Kanada	1 683	8,7
Nederländerna	1 135	8,3
Tyskland	1 232	8,2
Schweiz	1 376	7,8
USA	2 354	11,8
Japan	1 035	6,7

Källa: Schieber & Poullier, 1991 och OECD, 1991.

eller på annat sätt kan få den vård som behövs. En jämförelse med Storbritannien är mera närliggande, eftersom man där har ett offentligt sjukvårdssystem baserat på delvis samma målsättningar som vårt. En nackdel med en jämförelse med Storbritannien är dock att detta land har en väsentligt lägre ekonomisk standard och därmed väsentligt lägre sjukvårdskostnader.

Trots dessa skillnader mellan Sverige och USA respektive Storbritannien finns det flera intressanta erfarenheter att göra. Den stora variationen i amerikansk sjukvård utgör ett "laboratorium" för olika slag av experiment, som kan ge intressanta erfarenheter trots skillnader i institutionella och kulturella förhållanden. I Storbritannien pågår en reform av sjukvården baserad på idéer som ligger mycket nära de som hittills styrt den svenska reformpolitiken. Båda dessa länder finns därför med i den här studien.

Det är emellertid särskilt intressant att studera länder som spenderar ungefär lika mycket på sjukvård som Sverige och som har likartade mål för sjukvården. Därför har vi valt att också inkludera Tyskland, Nederländerna, Schweiz och Kanada i vår jämförelse. Utvecklingen i Tyskland och Nederländerna har naturligtvis ett speciellt intresse i en situation då Sverige är på väg att integreras i den Europeiska Gemenskapen. Kanada och Schweiz är av intresse bl. a. därför att de har en regionaliserad sjukvårdsorganisation liknande den vi har i Sverige.

Det finns också en del intressanta skillnader mellan dessa länder och Sverige. Detta gäller exempelvis finansieringen, som i Kanada är baserad på en offentlig sjukförsäkring medan den i Tyskland, Nederländerna och Schweiz är baserad på en kombination av skatter, offentlig sjukförsäkring och privata försäkringar. Mixen mellan dessa skiljer sig dock åt mellan länderna. Den annorlunda finansieringen leder till en klarare separering av finansiering och produktion, vilket i sin tur reser en mängd intressanta frågor rörande patientens valfrihet samt sättet att fördela resurser till producenterna, d. v. s. läkarna och sjukhusen.

Vi har också valt att inkludera ett kapitel om hälso- och sjukvården i Japan. Detta visar tydligare än de andra kapitlen vilken betydelse kultur och tradition har för sättet att organisera hälso- och sjukvården. Det kan vara lite svårt att direkt se vad vi kan lära från Japan. Man kan emellertid konstatera att Japans folkhälsa inte är sämre än den västerländska trots ett mycket annorlun-

da sjukvårdssystem. Om vi ser framåt är dock utvecklingen i Japan av mycket stort intresse. Japan är en av de stora sjukvårdsmarknaderna för den internationellt orienterade läkemedels- och medicisk-tekniska industrin. Japan är också i andra avseenden en betydelsefull handelspartner och konkurrent. Vad som händer inom den japanska hälso- och sjukvården är därför av betydande intresse. Inte minst är det intressant att se vilka lösningar Japan kommer att välja för att möta kraven på en modernisering av sjukvården och åldringsvården. Kommer japanskt managementkunnande i näringslivet att överföras till sjukvården? Det kan finnas anledning att framöver följa utvecklingen inom sjukvården inte bara i Europa och Nordamerika.

I den här boken tar vi alltså fasta på möjligheten att genom beskrivningar av och jämförelser med sjukvården i andra länder lära mer om vårt eget system. De sju länderbeskrivningarna som närmast följer är strukturerade så att jämförelser skall underlättas. I det därpå följande kapitlet presenteras en jämförande analys av olika sjukvårdssystem. I bokens avslutande kapitel ger två framträdande svenska sjukvårdspolitiker sin syn på vad vi kan och borde lära av utlandet.

Referenser

OECD Health Data, 1991.

Schieber, G. J. och Poullier, J. P., *International Health Spending: Issues and Trends*. Health Affairs, Spring 1991, sid. 106–116.

1. *Hälso- och sjukvården i Storbritannien*

Peter Garpenby

Introduktion

Under perioden efter det andra världskriget har Storbritannien jämte Sverige varit det land i Västeuropa som mest konsekvent utvecklat ett offentligt heltäckande hälso- och sjukvårdssystem. I dessa båda länder har skattefinansiering dominerat och huvuddelen av sjukvården producerats i offentligt ägda institutioner. Det är intressant att notera hur – växelvis under denna period – Sverige respektive Storbritannien kan sägas ha fungerat som förebild för varandra när det gäller organisationen av hälso- och sjukvården. Under 1940-talet var det Sverige som med intresse betraktade det för dåtiden radikala experiment som National Health Service (NHS) utgjorde. Några decennier senare framstod Sverige, med sin kraftiga tillväxt inom sjukvårdssektorn och med sina många nya sjukhusbyggnader, som ett eftersträvänsvärt idel för Storbritannien, där hälso- och sjukvården inte alls kunde räkna med samma resurstillskott och därför tvingades använda många omoderna sjukhusbyggnader. Vid ingången till 1990-talet har bilden ånyo förändrats, och Storbritannien framstår nu som ett intressant exempel på hur offentlig sjukvård kan reformeras. Efter att under lång tid ha fungerat efter den mall som lades fast på 1940-talet kommer 1990-talet, av allt att döma, att innebära stora förändringar för den offentliga hälso- och sjukvården i Storbritannien, genom upprättandet av interna marknader och genom ökade krav på läkarna att redovisa sin verksamhet.

Styrelseskick

Storbritannien, eller United Kingdom of Great Britain and Northern Ireland som är den officiella beteckningen, är en monarki med parlamentariskt-demokratiskt styrelseskick. Även om England, Skottland, Wales och Nordirland utgör separata delar av nationen, med sin respektive särart, är Storbritannien inte en federal stat. Nationen styrs från London där auktoriteten vilar hos parlamentet (Parliament) och den centrala regeringen (Cabinet) under en premiärminister (Prime Minister). Att Storbritannien saknar en skriven konstitution innebär inte att styrelseskicket fungerar utan regler. Den politiska och administrativa ordningen grundas på vanlig lag, väl etablerade men oskrivna konventioner och auktoritativa uttolkningar (Coxall & Robins, 1989). Frånvaron av en skriven konstitution eller grundlag innebär dock att styrelseskicket i Storbritannien rymmer ett relativt stort mått av flexibilitet. Till skillnad från flertalet länder i Europa tillämpar Storbritannien majoritetsval i enmansvalkretsar vilket har medfört dels en koncentration av antalet politiska partier och dels starka regeringar med egen majoritet i parlamentet (under perioden efter det andra världskriget har det konservativa partiet, the Conservative Party, och arbetarpartiet, the Labour Party, växlat vid makten).

Den kommunala självstyrelsen är inte framträdande, vilket framgår av att endast omkring en fjärdedel av de totala offentliga utgifterna kontrolleras av kommunala organ. Under mycket lång tid har kommunernas huvudsakliga inkomster utgjorts av en form av fastighetsskatt (rates), men under senare delen av 1980-talet har det kommunala skattesystemet modifierats, vilket dock mötts med folkliga protester. Hälso- och sjukvården i Storbritannien är en i huvudsak statlig angelägenhet och finansieras över statsbudgeten.

Ekonomi

Storbritannien har en mycket lång tradition som industrination, men under perioden efter det andra världskriget har tillverkningsindustrin upplevt en avsevärd tillbakagång, och den eko-

nomiska tillväxten har jämfört med andra OECD-länder varit svag, tidvis mycket svag. Under 1980-talet förbyttes ett överskott i exporten av tillverkade varor till ett betydande importöverskott. Betydligt fler bilar tillverkades inom landet år 1973 (1,7 miljoner) än år 1984 (900 000). Ett viktigt tillskott blev dock inkomsterna från oljefälten i Nordsjön, vilka hjälpt den brittiska ekonomin. De ekonomiska problem som drabbat landet har naturligtvis satt sin prägel på olika samhällssektorer.

Från senare delen av 1940-talet fram till mitten av 1970-talet rådde en betydande konsensus mellan de två dominerande politiska partierna kring uppbyggnaden av en omfattande social service för medborgarna finansierad med skattemedel. När den konservativa regeringen under Margaret Thatcher tillträdde 1979 ändrades dock inställningen till välfärdsstaten och till offentliga utgifter. Privatisering av offentligt ägda företag var en strategi som den nya konservativa regeringen tillämpade. Det visade sig dock svårt att reducera de offentliga utgifterna i den utsträckning regeringen Thatcher föresatt sig. En anledning var ett arbetslösheten ökade markant i början av 1980-talet, vilket automatiskt medförde större behov av arbetslöshetsunderstöd och andra bidrag.

Försäkringsskydd

Det socialförsäkringssystem som existerar i Storbritannien och som erbjuder kontantstöd till individer vid t.ex. sjukdom, arbetslöshet och medellöshet har ingen anknytning till den offentliga hälso- och sjukvården. Även när Department of Health and Social Security (DHSS) existerade (1968–1988) administrerades hälso- och sjukvård och social service i två separata organisationer på den centrala nivån, trots att dessa rymdes inom samma departement. Numera återfinns på central nivå dessa två verksamheter i olika departement (Department of Health och Department of Social Security).

Till skillnad från dess motsvarighet i Sverige rymmer det brittiska socialförsäkringssystemet betydande inslag av individuell ekonomisk prövning (means tested benefits). Utöver inslag av generell natur (t. ex. unemployment benefit och child benefit) finns ett kompletterande skydd som efter individuell prövning utgår för att

täcka t. ex. hyra och elektricitet (income support och housing benefit). För många äldre utgör detta en möjlighet att förbättra boendet och bekosta privat omsorg (se vidare Äldrevård).

Hälsosituationen

Inrättandet av NHS på 1940-talet markerade en önskan i Storbritannien om en mer jämlikt fördelad hälso- och sjukvård. Vid denna tidpunkt knöts en stark förhoppning till vad den vetenskapliga medicinen skulle kunna uträtta i form av hälsoförbättringar i befolkningen. Snart nog visade det sig att en organisation för produktion av hälso- och sjukvårdstjänster, med starka inslag av jämlikhet, inte nödvändigtvis undanröjer förekomsten av ojämlikhet i hälsostatus inom befolkningen. I slutet av 1970-talet fastslog en statlig kommitté (Royal Commission on the National Health Service) att NHS återspeglar både imperfektion i den medicinska vetenskapen och bristande kunskap om vad som påverkar individernas hälsa.

Att hälsoläget i befolkningen varit tämligen oberoende av förekomsten av NHS har en rad studier i Storbritannien visat. Dessa har väckt uppmärksamhet och rymt politiskt sprängstoff. Den mest omtalade som blivit känd under namnet *the Black Report* publicerades 1980 (Black, 1980). Den visade på avsevärda variationer i hälsostatus både mellan socialklasser och mellan geografiska regioner. Än mer slående var upptäckten att bland män i aktiv ålder var skillnaden i mortalitet mellan socialgrupp I och V större under 1960- och 70-talen än vad som var fallet när NHS skapades i slutet av 40-talet. Vid en internationell utblick konstaterades i fallet med barnadödlighet en oroväckande statistik. Jämfört med så gott som samtliga länder i Västeuropa, hade Storbritannien lyckas sämre med att minska denna form av dödlighet.

Under perioden efter det andra världskriget har Storbritannien blivit ett mångkulturellt samhälle, genom en omfattande immigration, främst från de gamla samväldesländerna Indien och Pakistan samt Västindien. Det är dock inte i de lägre socialklasserna som skillnaderna i hälsostatus (i form av mortalitet) mellan invånare födda i Storbritannien och immigrantbefolkningen visar sig

tydligast, utan i de högre socialklasserna. I lägre socialklasser är tendensen snarast att den i Storbritannien födda delen av befolkningen har en högre mortalitet (Black, 1980).

TABELL 1. Dödlighet för män och kvinnor (alla orsaker) per 1 000 invånare i olika åldersgrupper i Storbritannien (England & Wales, Skottland och Nordirland), Sverige, Holland, USA och Japan år 1983.

	Under 1 år		Ålder 20–24		Ålder 55–59	
	M	Kv	M	Kv	M	Kv
England & Wales	11,4	9,0	0,8	0,3	13,2	7,4
Skottland	12,8	9,7	1,0	0,3	17,5	9,4
Nordirland	15,0	12,4	1,2	0,6	14,0	8,9
Sverige	7,0	7,0	1,0	0,3	10,0	4,8
Nederländerna	9,3	7,5	0,8	0,4	11,2	5,4
USA	12,7	10,2	1,5	0,5	13,8	7,3
Japan	6,8	5,6	0,9	0,4	9,1	4,4

Källa: Whitehead, 1988.

Ojämligheten i hälsostatus och vårdutnyttjande knöts i Black Report till sociala faktorer, liggande helt utanför NHS organisation. De rekommendationer Black Report angav, ökade barnbidrag, bättre bostäder, förbättrad arbetsmiljö, förkastades i stor utsträckning av den konservativa regeringen. En senare studie *the Health Divide* förstärkte bilden av Storbritannien som ett land med betydande skillnader i hälsostatus mellan socialgrupper och regioner (Whitehead, 1988).

Hälsa- och sjukvård

Det är sällan ett land genomför en total förändring av sitt sjukvårdssystem vid ett tillfälle. Mera vanligt är stegvisa förändringar över en längre tidsperiod. Storbritannien utgör dock ett undantag eftersom tillkomsten av National Health Service år 1948 innebär att hälso- och sjukvården i sin helhet, både dess finansiering och produktion, radikalt bytte skepnad, praktiskt taget från en dag till en annan. Ett tidigare mycket fragmentariskt sjukvårds-

system, med en blandning av kommunala och privata vårdgivare och där offentlig sjukförsäkring, privata försäkringar, egenbetalning och välgörenhet stod för finansieringen, ersattes med en heltäckande offentlig sjukvårdsorganisation där alla medborgare fick rätt till kostnadsfri hälso- och sjukvård efter behovsprincipen. Huvuddelen av alla sjukvårdsanläggningar övertogs av staten och det stora flertalet allmänläkare (general practitioners), som visserligen behöll sin ställning som privata vårdgivare, tecknade långtidskontrakt med offentliga myndigheter. Även tandläkare, optiker och apotekare knöts till den offentliga sjukvården genom kontrakt. Den grundläggande princip som etablerades genom NHS är att offentlig subventionering av hälso- och sjukvård, tandvård, hjälpmedel och läkemedel endast sker om patienten vänder sig till den offentliga sjukvården. Söker patienten vård utanför NHS och dess kontrakterade vårdgivare sker ingen offentlig subventionering. Gränsdragningen mellan den offentliga sjukvården och den privata har därigenom blivit mycket tydligt markerad. Således är inte den offentliga hälso- och sjukvården i Storbritannien organiserad på basis av en individuell sjukförsäkring.

För att korrekt uppfatta den ställning NHS intar i det brittiska samhället är några påpekanden på sin plats. Behovet av en reformering av hälso- och sjukvården, både dess finansiering och dess produktion, uppmärksammades under mellankrigstiden i såväl politiska som medicinska kretsar. Framförallt upplevdes systemets splittrade finansieringsformer som en belastning. Insikten om att ett betydligt utökat offentligt ansvarstagande för denna samhällssektor var ofrånkomligt hade växt sig stark när andra världskriget bröt ut. En reformerad sjukvård öppen för alla samhällsklasser blev en av hörnstenarna i den välfärdsstat som koalitionsregeringen skisserade under krigsåren. Den politiska enigheten var stor kring behovet av offentlig finansiering. Enigheten var inte fullt lika stor beträffande hur produktionen skulle organiseras. Det fanns många privata vårdgivare inom både slut- och öppen vård.

Efter stundtals mycket hårda diskussioner mellan den Labour-regering som valdes 1945 och läkarkårens organisationer fick NHS sin slutliga form. Dess struktur är resultatet av en sammanmältning av tradition och ideologi, men rymmer också ett stort

inslag av kompromiss. Detta hänsynstagande till olika parter är något som format NHS ända fram till våra dagar. Under slutet av 1980-talet bröts dock denna trend (Klein, 1989).

- Allmänläkarnas fristående ställning anknyter till den tradition av privat sjukvård som länge funnits i Storbritannien, men är också resultatet av aktivt motstånd från denna läkargrupp mot offentlig anställning.
- Det offentliga ägandet av sjukvårdsanläggningar kan sägas återspegla Labourregeringens syn på fördelar med denna ägandeform. Det var först efter valsegern 1945 som en nationalisering av sjukhus blev aktuell.
- Den stora autonomi som läkarkåren kommit att åtnjuta inom den offentliga serviceorganisationen tillkom sedan regeringen tvingats avge försäkringar att NHS inte skulle inkräkta på läkarnas friheter.
- Anledningen till att NHS finansieras över statsbudgeten har sin bakgrund i främst tre faktorer: frånvaron av ett effektivt kommunalt skattesystem i Storbritannien, misstänksamhet inom läkarkåren mot kommunalt sjukvårdsansvar och slutligen en önskan från regeringen att kunna kontrollera sjukvårdens utgifter.

Man kan säga att NHS förkroppsligar ett framträdande drag i 1900-talets brittiska socialpolitiska tänkande, förhoppningen om den rationella serviceorganisationen. Det bästa av tillgänglig medicinsk vetenskap skall förmedlas till befolkningen. I denna tanke finns ett starkt paternalistiskt inslag. Det är experter som avgör fördelningen av vården och individen har begränsade valmöjligheter (Fox, 1986).

Det är ingen överdrift att påstå att NHS som företeelse, trots sina många brister, vilka ständigt diskuteras, har ett starkt stöd hos den brittiska allmänheten. Den offentliga sjukvården blev troligtvis den mest framträdande symbolen för det nya och bättre samhälle politikerna utlovade befolkningen under de mörka krigsåren. Det fanns en betydande oro inom läkarkåren på 1940-talet för vad en nationaliserad sjukvård skulle medföra. Med tiden har läkarna i Storbritannien, som insett fördelarna med det offentliga systemet, kommit att tillhöra de mest effektiva försvararna av NHS.

Sjukvårdens politiska och administrativa struktur

Den centrala nivån

I Storbritannien har uppbyggnaden av välfärdsstaten under perioden efter andra världskriget inte i samma utsträckning som i Sverige inneburit att kommunala organ givits ansvaret för produktionen av sjukvård och social service. I stället har den nationella regeringen och dess departement behållit kontrollen över många delar av den offentliga sektorn. En förklaring, vilken omnämnts tidigare, har varit frånvaron av en kommunal inkomstskatt, och därav följande behov av medelsfördelning via statsbudgeten. I fallet med hälso- och sjukvården spelade också läkarkårens negativa attityd till kommunalt ansvar en roll när en ny sjukvårdsmodell skisserades på 1940-talet. Resultatet blev att det offentliga sjukvårdssystemet (NHS) är en statlig angelägenhet. Ända sedan dess tillkomst 1948 har det yttersta ansvaret för verksamheten vilat hos en ledamot av regeringen (Minister of Health eller numera Secretary of State for Health) ansvarig inför parlamentet. Namnet på det departement som administrerar sjukvården har skiftat: Ministry of Health, Department of Health and Social Security och från slutet av 1980-talet, Department of Health (DoH). De instrument som existerar för att från central nivå styra sjukvården är huvudsakligen tre: budget, utnämningar av nyckelpersoner samt dokument i form av instruktioner, uppmaningar och rekommendationer.

Under intryck av den s. k. Griffithsrapporten reformerades det centrala departementet i London under andra delen av 1980-talet (se även Nya styrformer). Genom tillskapandet av ett Health Services Supervisory Board (numera benämnt Policy Board), med den ansvariga ministern som ordförande, och ett NHS Management Board (benämnt Management Executive) under ledning av en chefsadministratör, var avsikten att mera tydligt skilja på det politiska och det operativa ansvaret för NHS i England. Trots svårigheter att praktisera den nya arbetsordningen inom departementet har inte tanken på att separera olika ansvarsområden övergivits, utan kommer ytterligare att accentueras genom flyttningen av NHS Management Executive till Leeds år 1992,

medan övriga delar av Department of Health kvarstannar i London.

Administration av sjukhusen

Under departementet (Department of Health) finns en regional administrativ nivå (Regional Health Authority, RHA) och en distriktsnivå (District Health Authority, DHA), som ansvarar för huvudsakligen sjukhusvård. Denna struktur har i stort varit oförändrad, med undantag för mindre justeringar, sedan 1940-talet. Under distriktsnivån tillkom på 1980-talet ytterligare en nivå, unit, vilken kan utgöras av ett sjukhus eller en grupp sjukhus. Det finns i England 14 RHAs och 189 DHAs. En region, som omfattar flera counties (motsvarande län i Sverige), har maximalt en befolkning på 4–5 miljoner invånare; flertalet dock runt 3 miljoner. En majoritet av distrikten har en befolkning i storleksordningen 250 000–350 000 invånare, men i några få fall under 100 000. Vid sidan av denna struktur finns s. k. Special Health Authorities som direkt under ministern ansvarar för olika aktiviteter som sorterar under NHS, men inte tillhör rutinsjukvård, t.ex. undervisning.

Administrationen av NHS på regional- och distriktsnivå fungerar i princip som departementets förlängda arm, och har inget politiskt ansvar gentemot den lokala befolkningen. Varje Regional Health Authority har en lekmannastyrelse, utsedd av ministern ansvarig för sjukvården, och denna utser i sin tur styrelsen för underlydande DHAs, förutom ordföranden som utnämns direkt från London. Under de senaste två decennierna breddades sammansättningen av DHAs till att omfatta även kommunalpolitik och fackliga representanter. Tidigare dominerade affärsmän, akademiker och läkare i dessa organ.

Under år 1990 förändrades dock sammansättningen av RHAs och DHAs styrelser för att, som regeringen uttryckte saken, bättre återspegla ambitionen att på ett mer affärsmissigt sätt hantera NHS. Antalet ledamöter utöver ordföranden maximeras till 10, där hälften skall tillföra kompetens utifrån och resten utgöras av chefsadministratörer inom NHS. Dessa hade tidigare ingen direkt representation i styrelserna. Några kommunala och fackliga

representanter återfinns inte längre i styrelserna.

Den administrativa filosofi som tillämpats inom RHAs och DHAs har skiftat. Under 1970-talet gjordes försök med s. k. teamadministration, där representanter för olika intressen, medicin, omsorg, ekonomi, personal etc., skulle samverka. En allmän åsikt var att detta ledde till tröghet i sjukhusadministrationen. På 1980-talet infördes en ny typ av ledning på distrikts- och enhetsnivåerna. Det mest synbara inslaget var utnämningen av en ny kategori icke-medicinska chefer (general managers), och rekryteringen breddades till att omfatta personer med erfarenhet från näringslivet. För att ytterligare understryka vikten av kvalificerad ledningskapacitet i NHS infördes speciella ekonomiska belöningar för kvalificerade chefsadministratörer. Dessa ersättningar är relaterade till huruvida vissa i förväg uppställda mål kan förverkligas.

Administration av primärvården

Eftersom allmänläkarna inte är anställda av NHS utan fristående företagare med kontrakt gentemot det allmänna har inte administrationen av primärvården (family practice) inordnats i den ovan nämnda hierarkiska strukturen. Under regionerna finns i stället ett antal administrativa kommittéer för primärvården med uppgifter för planering och kvalitetskontroll. Sedan 1940-talet har de benämnts Executive Council, Family Practitioner Committee och under 1990 bytte de namn till Family Health Services Authority. Det finns i England 90 sådana kommittéer. Sammansättningen har alltid skilt sig från de organ som administrerar sjukhusen. Allmänläkarnas lokala organisation har utnämnt ett betydande antal av ledamöterna. Men där har också ingått ledamöter utnämnda av ministern ansvarig för hälso- och sjukvård samt kommunala representanter.

År 1990 bytte inte endast primärvårdskommittéerna namn utan även deras sammansättning förändrades. Antalet ledamöter minskade från 30 till 11, varav fyra kommer från medicinska yrkesgrupper som allmänläkare, tandläkare, apotekare och distriktssköterska, och fem är lekmän. Dessutom ingår en ordförande utsedd från London och en chefsadministratör, en funk-

tion som tillfördes primärvårdskommittéerna under 1980-talet. Även i fortsättningen kommer dessa kommittéer att fungera som den offentliga sjukvårdens kontaktyta gentemot inte enbart allmänläkare, utan också mot privatpraktiserande tandläkare, optiker och apotek.

Administration i Wales, Skottland och Nordirland

Beskrivningen ovan gäller endast England eftersom sjukvården i Wales, Skottland och på Nordirland administreras genom departementen ansvariga för respektive region (lagstiftningen för den offentliga sjukvården är dock likformig över hela nationen). I Skottland är 15 s. k. Health Boards ansvariga för sjukhus och primärvård. I Wales administreras hälso- och sjukvården av 9 District Health Authorities och 8 Family Health Services Authorities. På Nordirland finns fyra s. k. Health and Social Services Board, som utöver hälso- och sjukvården även ansvarar för social service. De förändringar inom ledningen av sjukvården som påbörjades under 1980-talet och fullföljs under början av 90-talet omfattar även Wales, Skottland och Nordirland. I Wales har ett Health Policy Board inrättats under den ansvariga ministern, kompletterat med en verkställande Executive Committee.

Institutioner och intressegrupper

I Storbritannien finns många institutioner och intressegrupper med anknytning till hälso- och sjukvårdens område. Några av de viktigaste presenteras här nedan.

National Association of Health Authorities and Trusts (NAHAT), fungerar som en intresseorganisation för NHS, med representation från de olika regionala och lokala sjukvårdsmyndigheterna. En uppgift är att producera statistik som visar på tillståndet inom NHS, en annan är att samla representanter för lekmannastyrelserna till diskussioner kring policyfrågor. NAHAT kan i betydelse dock inte jämföras med Landstingsförbundet i Sverige.

General Medical Council (GMC), som existerat sedan 1858, är

en tillsynsmyndighet vars verksamhet regleras genom lag men finansieras genom avgifter från läkarkåren. Ledamöterna utses främst av olika medicinska sällskap och fakulteter, men några lekmän ingår. GMC övervakar standarden på den medicinska grundutbildningen, registrerar läkare som uppfyller kompetenskrav (legitimerar), samt utövar en disciplinär kontroll av läkarkåren.

British Medical Association (BMA) är den dominerande fackliga sammanslutningen för läkare i Storbritannien (konkurrerande organisationer existerar dock). Viktiga funktioner har de separata och mycket självständiga kommittéerna för seniora sjukhusläkare (CCSC) och allmänläkare (GMS). BMA deltar mycket aktivt i den sjukvårdspolitiska debatten.

Royal Colleges är läkarkårens vetenskapliga organisationer i Storbritannien. De äldsta är Royal Colleges of Physicians (RCP) med anor från 1500-talet och Royal Colleges of Surgeons (RCS), som uppstod på 1700-talet. Under efterkrigstiden har bl. a. Royal Colleges of General Practitioners tillkommit. Sällskapen är ansvariga för specialistexamina och förväntas spela viktiga roller för att upprätthålla den medicinska kompetensen och kvaliteten inom sjukvården i Storbritannien. Numera är dock dessa organisationer återhållsamma med sjukvårdspolitiska utspel, men tidvis görs sådana.

Joint Consultants Committee (JCC) är en paraplyorganisation för BMA, royal colleges och British Dental Association som i vissa situationer fungerar som professionernas representant vid formella överläggningar med departementet (DoH) och regeringen.

Community Health Councils (CHCs) har existerat sedan 1974 och skall utgöra den lokala befolkningens kontaktyta mot regioner och distrikt. Dessa kommittéer har runt 20 medlemmar, där hälften utses av kommuner, en tredjedel av intresseorganisationer och återstoden av RHAs. CHCs kan ta initiativ till förändringar i sjukvården, hjälpa allmänheten med klagomål, men saknar formella möjligheter att påverka NHS.

Finansiering

Former för finansiering

Hälso- och sjukvården i Storbritannien är till allra största delen offentligt finansierad (ca 28 miljarder pund) medan den privata finansieringen är av betydligt mindre omfattning (ca 1 miljard pund). När NHS tillkom bytte Storbritannien helt finansieringsform för hälso- och sjukvården. Tidigare existerade ett försäkringssystem som gav personer med låga inkomster och deras familjer möjlighet att få ersättning för besök hos allmänläkare. Finansieringen av sjukhusvård var dock den stora stötestenen före tillkomsten av NHS.

Den lag som etablerade National Health Service år 1948 förklarade högtidligt att all sjukvård med kompletterande tjänster hädanefter skulle vara avgiftsfri (free of charge). Några år in på 1950-talet tvingades dock Labourregeringen, under viss vanda, frångå denna princip. Vid den tidpunkten visade sig konsekvenserna av de i stort sett obegränsade åtaganden staten hade gjort för hälso- och sjukvård. För att i någon mån reducera utgifterna infördes avgifter på glasögon, tandtekniska produkter, tekniska hjälpmedel och något senare även på läkemedel. Principen om en helt avgiftsfri hälso- och sjukvård har därefter aldrig återupprättats i Storbritannien. Läkarbesök har dock aldrig avgiftsbegränsats.

Inom NHS står numera (1988/89) skattemedel för 81 % av finansieringen, socialförsäkringar för 15 % och egenavgifter för 4 %. Egenavgifterna inom NHS har aldrig utgjort mer än 3–5 % av den totala finansieringen. Dessa avgifter betalas som en fast summa, och låginkomsttagare liksom arbetslösa och pensionärer är undantagna. I praktiken innebär detta att på över 60 % av receptförskrivna läkemedel betalas inga avgifter, liksom på nära 50 % av tandtekniska arbeten. På inkomster mellan £ 41/vecka och £ 295/vecka betalar arbetsgivare och anställda en fast summa i socialförsäkringsavgifter (national insurance contribution) av vilka en del går till den offentliga sjukvården. Sjukvården i Storbritannien finansieras dock till övervägande delen av de medel staten erhåller via inkomstskatt och mervärdeskatt.

NHS utgiftsram avgörs i praktiken genom en serie förhand-

lingar mellan departementet ansvarigt för hälso- och sjukvård och finansdepartementet (the Treasury). Slutligen godkänner parlamentet den budget departement kan disponera. Regioner och distrikt erhåller periodvis under året medel enligt en i förväg fastställd budget.

Fördelning mellan regioner och distrikt

Från mitten av 1970-talet praktiserades en fördelningsnyckel för tilldelningen av medel till regioner som blev känd under namnet RAWP (Resources Allocation Working Party). Bakgrunden till RAWP var kritik som hävdade att systemet för NHS finansiering inte återspeglade verkliga behov i landet, utan cementerade ett ojämnt serviceutbud inom sjukvården. Under början av 1950-talet erhöll den bäst tillgodosedda regionen dubbelt så mycket resurser per capita som den sämst tillgodosedda. Det blev under 1960-talet alltmer uppenbart att det stelbenta budgetsysteem som tillämpades inom NHS medförde att de geografiska områden som av tradition hade god tilldelning av resurser för sjukvård automatiskt kunde behålla sin position. Ett försök till långsiktig utjämning mellan regioner och distrikt påbörjades under första delen av 1970-talet. I och med RAWP togs ytterligare ett steg, som innebar att varje region fick ett behovsbaserat mål (target), kalkylerat med utgångspunkt i befolkningssammansättningen. Under de ca 15 år som RAWP tillämpats har framförallt tilldelningen av resurser till Londonområdet relativt sett minskat. Enligt regeringens rapport *Working for Patients* befinner sig numera 11 av 14 regioner inom 3 % av det mål RAWP stipulerat. Det stora problemet är emellertid att fördelningen av resurser mellan distrikten inom samma region fortfarande kan vara mycket olika. Vad som komplicerade RAWP-systemet var att det innehöll kompensation för patientflöden mellan regioner. Sjukhus som prioriterade slutenvårdspatienter från andra distrikt framför det egna distriktets patienter belönades (Beech et al., 1990).

Under första delen av 1990-talet avser regeringen att upprätta en intern marknad inom NHS (se avsnittet Nya styrformer). RAWP ersätts successivt från 1990/91 med en befolkningsbaserad budget, kalkylerad på grundval av befolkningens storlek, ålder

och sjuklighet inom varje region. Ersättningen från regioner till distrikt sker efter samma mall. I de fall distrikten har en eller flera vårdcentraler med egen budget, erhåller dessa medel inom distriktens budgetram.

Flödet av pengar mellan distrikt och sjukhus kommer fortsättningsvis att ske uteslutande i form av tjänsteköp. Viss typ av verksamhet, framförallt inom undervisningssjukhus, finansieras dock även framdeles vid sidan av det standardiserade system som kommer att gälla för alla regioner och distrikt.

Under våren 1991 har departementet (DoH) givit signaler att en fullständig övergång till befolkningsbaserad budget måste ske i etapper över en längre period (kanske upp till 5 år). Effekten för regioner och distrikt skulle annars bli mycket svårhanterlig på grund av en dramatisk omfördelning av pengar (vilket tyder på att många distrikt befinner sig långt ifrån de mål som RAWP anger (Carr-Hill, 1989; Beech et al., 1990).

Privat finansiering utanför NHS

För den som inte önskar nyttja NHS tjänster finns alternativet att själv bekosta sjukvård i den privata sektorn, antingen helt på egen hand eller genom en i förväg tecknad privat sjukförsäkring. Det har uppskattats att relationen mellan dessa två betalningsformer inom den privata sjukvårdssektorn är 1:3.

Privata sjukförsäkringar introducerades under mellankrigstiden och attraherade vid den tidpunkten främst medelklassen, som hade svårt att på egen hand bekosta sjukhusvård. Intresset för privata sjukförsäkringar minskade helt naturligt i och med tillkomsten av NHS. Vid mitten av 1960-talet omfattades ca 2,5 % av den brittiska befolkningen av privata sjukförsäkringar, en majoritet av dessa tecknade som enskilda försäkringar.

En restriktiv lönepolitik under 1970-talet medförde dock ett ökat intresse bland arbetsgivare för att kompensera anställda på annat sätt än med pengar, t. ex. genom att erbjuda en privat sjukförsäkring. En betydande nyteckning skedde främst i form av gruppförsäkringar betalade helt eller delvis av arbetsgivaren (group schemes). Därutöver finns möjligheten att med rabatter teckna individuella försäkringar som medlem i en större grupp

(occupational group subscribers), samt individuella försäkringar. År 1979 hade teckningen ökat till 5 % procent av befolkningen och vid slutet av 1980-talet omfattade de privata försäkringarna ca 10 % av befolkningen (The directory of independent hospitals and health services, 1988). Under 1980-talet var strax över 50 % av alla privata sjukförsäkringar group schemes, medan omkring 30 % var occupational group schemes, och resterande var tecknade av enskilda. De privata sjukförsäkringar som betalas av arbetsgivaren räknas som beskattningsbar förmån utom för anställda med mycket låg inkomst (upp till £ 8 500/år). Våren 1990 introducerades även ett skatteavdrag för privata sjukförsäkringar tecknade för personer över 60 år.

Störst och äldst på den brittiska marknaden för privata sjukförsäkringar är British United Provident Association (BUPA) som bildades 1947. Denna icke vinstdrivande organisation har omkring 50 procent av marknaden för privata sjukförsäkringar. Det finns även flera mindre brittiska försäkringsgivare, t. ex. Private Patients Plan (PPP), samt några utländska bolag. Flertalet privata sjukförsäkringar innehåller ett tak för vad försäkringen täcker. Även om inte detaljerade data finns tillgängliga är det troligt att flertalet aktiviteter som ersätts av privata försäkringar tillhör gruppen mindre kirurgiska ingrepp (Maynard, 1982).

Försök att lansera privata försäkringar för allmänläkarvård har dock misslyckats. Detta sammanhänger dels med den goda tillgången på allmänläkare, och dels med utformningen av den offentliga subventioneringen, som innebär att den som söker hjälp hos läkare privat även tvingas betala hela kostnaden för läkemedel.

Sjukhusvård

Sjukhussektorns struktur

NHS disponerar närmare 400 000 vårdplatser, varav knappt två tredjedelar kan sägas betjäna somatisk korttidsvård. Detta kan jämföras med ca 10 000 platser vid privata sjukhus och omkring 80 000 platser vid privata vårdhem. Flertalet sjukhus i England har färre än 250 vårdplatser och endast 10 har fler än 1 000 platser (1988).

Sjukhussektorn inom NHS bildades 1948 av en stor mängd kommunala anläggningar av varierande standard samt av huvuddelen av den dåtida privata icke-vinstdrivande sjukhussektorn (voluntary sector) som nationaliserades. Detta medförde att standarden på NHS-sjukhusen, samt inte minst deras geografiska placering, inte uppfyllde de krav som ställdes på en rationell organisation. Arvet från äldre tider är något som sjukhussektorn släpat med sig under decennier, och ansträngningar har gjorts för att rätta till både den geografiska snedfördelningen av sjukhusplatser och bristande standard. Under 1960-talet, då ekonomin i Storbritannien var förhållandevis god, lanserade regeringen ett omfattande nybyggnadsprogram för akutsjukhus (district general hospital). Detta program kom aldrig att förverkligas i sin helhet och vid mitten av 1970-talet hade inställningen till stor-sjukhus förändrats, en större vikt fästes vid att behålla och utveckla de mindre sjukhusen, s. k. community hospitals.

Läkare och övrig personal

I Storbritannien har läkarkåren traditionellt en reserverad attityd till ansvarstagande för administration inom sjukhusen. Visserligen har ett fåtal läkare administrativa poster på distriktsnivå och regional nivå (medical officer), men dessa betraktas som tillhörande administrationen och därmed fränkopplade den sjukvårdande verksamheten. Inom sjukhusen har överläkarna (consultants) en mycket privilegierad position, med avseende inte bara på den kliniska autonomin, utan även på friheten att organisera verksamheten inom sjukhusen (Garpenby, 1989). Allt tyder dock på att under 1990-talet kommer ett ökat antal läkare att

tvingas kombinera kliniskt arbete med administrativt arbete på sjukhusnivå. Försök med s. k. clinical directorates pågår, och regeringen anser att detta system snabbt bör spridas till flera sjukhus. Det innebär att läkare, s. k. clinical directors, med eget administrativt och ekonomiskt ansvar för olika specialiteter eller grupper av specialiteter kommer att bli vanliga inom NHS.

Inom varje specialitet vid ett sjukhus kan förekomma flera s. k. firms, en arbetsenhet med en överläkare (consultant) i spetsen och ett betydande antal underläkare i olika positioner. Jämfört med förhållandet i Sverige har varje brittisk överläkare inom kliniska specialiteter ett större personligt ansvar för sina patienter, även om det i praktiken är underläkare som sköter det mesta av patientkontaktarna. Detta visas bl. a. av att allmänläkarna inte remitterar patienter till ett sjukhus, eller en klinik, utan till en bestämd överläkare, som därmed övertar ansvaret för specialistvården och senare förväntas rapportera tillbaka till allmänläkaren.

Under så gott som hela den period NHS existerat har de begränsade karriärvägarna för sjukhusläkare betraktats som ett problem. I skiktet under de fåtaliga och eftertraktade posterna som överläkare har en växande skara underläkare upplevt besvärliga arbetsförhållanden, långa arbetstider, låga löner och begränsade karriärmöjligheter. En betydande variation i karriärmöjligheter kan dock iakttas mellan olika specialiteter, beroende på popularitet. De lägre läkartjänsterna har ofta använts till att uteslutande bedriva klinisk verksamhet och inte fungerat för utbildning i den utsträckning som varit tänkt. Detta återspeglar flera misslyckade försök av departementet att rätta till strukturen för läkartjänster genom att utöka antalet överläkartjänster. Under lång tid har dock överläkarnas inflytelserika organisationer framgångsrikt kunnat blockera önskvärda förändringar (Maynard, 1990). Ett resultat av missnöjet bland underläkarna är att dessa skapat en egen facklig organisation, Junior Hospital Doctors Association, vid sidan av den dominerande British Medical Association.

Att jämföra personalstrukturen vid ett brittiskt akutsjukhus med ett svenskt stöter på problem eftersom yrkesbeteckningar måste knytas till utbildningsprofil och arbetsuppgifter för att återge verkliga förhållanden. Rent generellt kan dock sägas att andelen utbildade sjuksköterskor (nursing staff) är större i Stor-

britannien än i Sverige och därmed är andelen biträdespersonal (ancillary staff) mindre. I Storbritannien utför dock sjuksköterskor även mindre kvalificerade arbetsuppgifter. Lönenivån har av många sjuksköterskor uppfattats som mycket otillfredsställande och flera protester har förekommit. Som ett resultat har en betydande avtappning från yrket skett med början på 1970-talet. Jämfört med Sverige finns dock i Storbritannien större möjligheter för sjuksköterskor att välja en administrativ karriär på distrikts- och regional nivå. Under 1980-talet förändrades dock sjuksköterskornas tidigare framskjutna position i NHS administrativa hierarki, och innehållet i vissa administrativa tjänster för sjuksköterskor kom att omfatta främst kvalitetssäkring (quality assurance).

Privat verksamhet

Sjukhusläkare i överordnad ställning (consultants) har sedan 1940-talet kunnat välja en anställningsform inom NHS som medger privata engagemang vid sidan av den offentliga tjänsten, antingen inom de offentliga sjukhusens väggar eller vid privata vårdanläggningar. Före 1980 valde läkaren mellan en heltidstjänst (whole-time contract), som inte kunde kombineras med privat verksamhet, och en deltidstjänst (part-time contract) som öppnade möjligheter för privat sjukvårdsverksamhet. År 1980 fick även läkare med heltidskontrakt möjlighet att bedriva privat verksamhet (med ett förtjänsttak på 10 % av den ordinarie inkomsten). Bland överläkare inom NHS har något fler än 50 % heltidskontrakt och resten varierande former av deltidskontrakt. I kombination med sämre löneutveckling medförde det nya kontraktet ett tilltagande intresse för privat verksamhet bland offentliganställda läkare.

Privata öppenvårdsbesök, såväl som privatpatienter inom slutenvård, har tillåtits inom NHS sedan 1948, förutsatt att överläkarna sköter sina åtaganden gentemot den offentliga arbetsgivaren. Antalet privata specialistbesök ökade från ca 150 000 år 1980 till 250 000 år 1985. Före 1970-talet fanns en majoritet av platser för privat sjukvård inom NHS-sjukhusen (de s. k. pay-beds). Under 1970-talet tog Labourregeringen, trots protester från läkarkåll, beslut om att minska antalet privatplatser inom NHS. Ett

förslag att helt avskaffa privatplatserna modifierades senare, men innebar att antalet reducerades från 4 444 år 1975 till 2 546 år 1980. Den konservativa regeringen godkände nya privatplatser inom offentliga sjukhus på 1980-talet, men patienternas intresse för att använda dessa hade då minskat. Anledningen var den ökade tillgången på vårdplatser inom den privata sektorn.

Sjukvårdsanläggningar drivna i privat regi har levt vidare i mindre omfattning i skuggan av NHS under hela perioden efter andra världskriget. Vid nationaliseringen av hälso- och sjukvårdens resurser 1948 kvarstod fragment av en privat sektor (the independent sector), ca 200 mindre anläggningar med 10 000 vårdplatser samt privata vårdhem med 20 000 platser. En majoritet av privata sjukhus drevs i stiftelseform av religiösa eller andra icke-kommersiella intressen. De kvarvarande vårdhemmen ägdes vanligtvis av privatpersoner eller mindre bolag. Under 1950- och 60-talen förde den privata institutionella sjukvårdssektorn en tynande tillvaro. Sektorn förstärktes dock något genom tillkomsten av Nuffield Nursing Homes Trust (NNHT) i slutet av 1950-talet, ett initiativ av Storbritanniens ledande sjukförsäkringsföretag, BUPA.

En markant förändring i klimatet för privat sjukvård inträffade under 1970-talet, särskilt under andra hälften, då nya anläggningar tillkom i rask takt. Anledningen till detta intresse för nyetablering kan spåras till flera faktorer, både utanför och inom den offentliga sjukvården. Vid sidan av den ökade populariteten för privata sjukförsäkringar (se Privat finansiering utanför NHS) bidrog även andra omständigheter till den privata sektorns tillväxt.

Den offentliga sjukvården i Storbritannien drabbades vid mitten av 70-talet av flera problem, såsom arbetsmarknadskonflikter och en uppsplitande kontrovers mellan läkarkårens organisationer, främst BMA, och Labourregeringen kring privatsängarnas framtid inom NHS (the pay-bed conflict). Detta medförde att allmänhetens tilltro till den offentliga sjukvården rubbades. Dessutom lyckades Labourregeringen genomdriva en minskning av antalet privatplatser inom NHS, vilket öppnade nya möjligheter för den privata sektorn. Bakom de nyetableringar som skedde stod inte främst de traditionella icke-kommersiella stiftelserna utan privata brittiska och utländska, främst amerikanska, kommersiella bolag (se tabell 2). De inriktade sig på att bygga upp verksamhet som kompletterade de områden där den offentliga

sjukvården ansågs vara dålig på att tillfredsställa efterfrågan, framförallt inom området mindre kirurgiska ingrepp. Numera utförs ca 17 % av kirurgiska ingrepp i England inom den privata sektorn, varav närmare 30 % av alla totala höftledsplastiker och 19 % av bypass-operationer. Ett område där den privata sektorn i Storbritannien spelar en framträdande roll är legala aborter. Under 1988 utfördes i den privata sektorn 114 500 aborter mot 65 000 inom NHS. Av aborterna i den privata sektorn gällde närmare 13 000 icke-brittiska medborgare (Department of Health, 1989 a).

TABELL 2. Den förändrade strukturen inom den brittiska privata hälso- och sjukvården. Antal privata akutsjukhus (acute hospitals) och vårdplatser 1979 och 1987.

	1979		1987	
	<i>Antal sjukhus</i>	<i>Antal platser</i>	<i>Antal sjukhus</i>	<i>Antal platser</i>
<i>Icke-vinstdrivande</i>				
religiösa organisationer	32	1 857	21	1 328
andra (charitable)	23	1 769	28	1 890
andra grupper (charitable groups)	33	1 149	37	1 431
<i>Vinstdrivande</i>				
Amerikanska grupper	3	366	31	2 242
Brittiska grupper	4	156	38	1 700
Europeiska grupper	—	—	2	131
Oberoende	54	1 366	44	1 474
<i>Total</i>	149	6 663	201	10 196

Källa: The directory of independent hospitals and health services 1988/89, 1988.

Tillväxten inom den privata sjukhussektorn i Storbritannien mattades under senare hälften av 1980-talet. Under slutet av decenniet minskade det amerikanska intresset för att investera i brittisk privat sjukvård. Genom den framskridande integrationen inom EG har dock intresset för att gå in i Storbritanniens privata sjukvårdssektor ökat bland europeiska företag, främst från franskt håll.

Primärvård

Varje person bosatt i Storbritannien har möjlighet att registrera sig hos en av drygt 30 000 allmänläkare (general practitioners eller GPs), vilka har ansvaret för basal sjukvård och som vid behov remitterar vidare till specialist vid sjukhus. Patienten betalar själv ingen avgift om besöket sker inom ramen för den offentliga sjukvården. Det stora flertalet patienter, särskilt utanför storstäderna, tycks hålla sig till en bestämd allmänläkare, även om möjligheten att byta läkare i princip alltid stått öppen inom NHS. I vissa områden i storstäder kan dock, på grund av hög mobilitet, 40–50 % av allmänläkarnas patientstock bytas ut årligen.

Allmänläkarna är privata företagare, men nästan undantagslöst har de kontrakt med den offentliga sjukvården. Administrativt lyder de under områdets kommitté för primärvård, Family Health Services Authority.

Allmänläkarna, med en stark position inom den fackliga organisationen British Medical Association, var den grupp inom sjukvården som främst hyste betänkligheter på 1940-talet mot inrättandet av NHS. Den dåtida Labourregeringen övervägde möjligheten att göra allmänläkarna till offentligt anställda, men dessa planer övergavs på grund av ett omfattande motstånd. I stor utsträckning kunde allmänläkarna under NHS fortsätta arbeta i samma former som tidigare, med den viktiga skillnaden att deras inkomster blev betydligt mer stabila.

Ända sedan 1940-talet tillämpas etableringskontroll för allmänläkare och landet indelas i olika regioner med varierande prioriteringsordning. En särskild myndighet (Medical Practices Committee) övervakar fördelningen av allmänläkare. Den läkare som önskar upprätta praktik måste ansöka hos den lokala primärvårdskommittén och det är inte säkert att tillstånd lämnas om etableringen gäller ett område med låg prioritet. För att uppmuntra till etablering i områden med läkarbrist har särskilda stimulansbidrag tillämpats.

Allmänläkare arbetar numera vanligen tillsammans med kollegor inom en grupppraktik. Inom dessa praktiker återfinns ofta förutom läkarnas egen mottagningspersonal även distriktssköterskor och personal för hembesök (health visitors) vilka är avlönade direkt av NHS. Under lång tid har departementet sökt för-

må läkarna att sammansluta sig i sådana större praktiker, men det dröjde egentligen ända till 1980-talet innan dessa blev riktigt attraktiva. Avsikten var att få till stånd en utbyggd primärvård där allmänläkare med olika inriktning (t. ex. barn- och mödravård), kunde samarbeta med andra yrkesgrupper. År 1952 arbetade 43 % av GPs i enmanspraktik mot idag färre än 10 %.

Ersättning till allmänläkare

Varje läkare har sin fasta grupp patienter på en lista som vanligen omfattar mellan 2 000 till 3 000 personer, men numera är listor under 2 000 inte ovanligt. Läkarens ersättning från NHS grundas dels på storleken på listan, för vilken en fast årlig ersättning utgår (capitation), och dels på ersättning för utförda åtgärder enligt taxa (fee-for-service). De senare kan vara barn- och mödravård, vaccination, eller screeningprogram. Ersättningen enligt capitation tar hänsyn till ålderssammansättningen på listan (för personer under 65 år betalas £ 13,05, för personer mellan 65 och 74 år £ 17,20 och för personer över 75 år utgår £ 33,15 enligt taxan från 1 april 1991).

Efter omfattande protester på 1960-talet ändrades ersättningsformen för allmänläkare. Då vidgades väsentligt antalet ersättningar, vid sidan av capitation, för utförda medicinska åtgärder, och då tillkom investeringsstöd, förbättrad ersättning för kringpersonal, och vid samma tillfälle reglerades även semester och avbytarsystem. Med tiden har inkomstbildningen för allmänläkare i Storbritannien förskjutits så att under 1980-talet inkomsten från utförda åtgärder vägde tyngre än inkomsten från listan (relationen vid mitten av 80-talet var i genomsnitt 54–46). Detta var en förklaring till att antalet personer på allmänläkarnas listor började sjunka. Det blev mindre attraktivt att ha ett stort befolkningsansvar.

I samband med tillkomsten av *Working for Patients* (se avsnitt Nya styrformer), där ett grundtema är ökad konkurrens inom NHS, reagerade regeringen mot det sjunkande antalet patienter på allmänläkarnas listor. I förlängningen innebar detta att läkarna blev mindre beroende av att dra till sig NHS patienter, tvärt emot vad regeringen eftersträfvade. Utvecklingen var inte enbart

ett resultat av den trend som påbörjades på 1960-talet i och med tillkomsten av ett nytt kontrakt. Under 1980-talet blev Storbritanniens allmänläkare mer av småföretagare än tidigare; egentligen helt i den konservativa regeringens anda. De allt populärare flerläkarpraktikerna sköttes som små företag där läkarna ägnade sig åt i första hand inkomstbringande aktiviteter. En flora av specialtidsskrifter riktade till allmänläkare gav tips om hur verksamheten kunde effektiviseras.

Nytt kontrakt

Ett inslag i det reformpaket för NHS som trädde i kraft våren 1991 är incitament för allmänläkarna att konkurrera om patienterna. Det skall alltså bli mer attraktivt för GPs att utöka sina listor. I avsikt att nå dithän genomdrev regeringen under 1990 ett nytt kontrakt för allmänläkare i Storbritannien, under protest från allmänläkarnas kommitté inom British Medical Association (GMSA).

Flera typer av ersättningar för allmänläkare upphör i och med det nya kontraktet och i stället läggs i lönehänseende större tonvikt på storleken på listan (Department of Health 1989 b). Nya förteckningar och broschyrer skall upplysa allmänheten om vad allmänläkarna och deras mottagningar har att erbjuda. De speciella ersättningar som fortfarande utgår vid sidan av capitation har moderniserats, och täcker t. ex. fortbildning, preventiva insatser och investeringar i informationsteknologi. Avsikten är att fortsättningsvis minst 60 % av allmänläkarnas inkomster skall komma från listan (capitation).

Allmänläkarna blir även skyldiga att årligen rapportera till primärvårdskommittéerna om hur mottagningen utvecklats och förändrats, hur förskrivningsmönstret ser ut liksom antalet patienter som remitterats till sjukhus. Avsikten är att kommittéerna bättre än tidigare skall kunna följa och planera verksamheten inom sitt område. Även primärvården har från 1991 krav på sig att genomföra rutinmässig kvalitetskontroll (medical audit).

Endast ett fåtal allmänläkare står utanför den offentliga sjukvården. Många allmänläkare med NHS-kontrakt engagerar sig dock i helprivat verksamhet vid sidan av sitt offentliga uppdrag,

såsom t. ex. hälsokontroller och företagshälsovård. Under 1980-talet ökade läkarnas intresse för privat verksamhet. Vilken inverkan det nya kontraktet kommer att ha på fördelningen av arbetsinsatser för NHS respektive privat verksamhet är oklart.

Tandläkare, optiker och apotekare

Även tandläkare, optiker och apotekare är knutna till NHS genom kontrakt med den lokala kommittén för primärvård. Huvuddelen av tandläkarna i privatpraktik (därutöver finns sjukhustandläkare anställda av NHS) ersätts efter ett fee-for-service-system som genomgår kontinuerlig översyn på central nivå. Effektivisering i behandlingen skall inte kunna leda till att inkomsterna ökar omåttligt. Avsikten är att tandläkarnas inkomster skall följa den allmänna löneutvecklingen bland sjukvårdens professioner. Patienternas egenbetalning för tandvård ökade påtagligt under 1980-talet, men tillförlitlig statistik som visar andelen besök inom ramen för NHS i förhållande till privatbesök saknas (Levitt & Wall, 1984).

Optiker med NHS-kontrakt utför synkontroll och tillhandahåller standardglasögon subventionerade med allmänna medel. Sedan 1940-talet har departementet prisförhandlat och slutit avtal med leverantörer av dessa standardglasögon. Allmänheten har dock möjlighet att till sina offentligt subventionerade glas välja dyrare glasögonbågar – och själv bekosta dessa.

Sjukhusen har sin egen organisation för att tillhandahålla läkemedel inom slutenvården och till patienter med recept utfärdade av specialist. Allmänläkarnas läkemedelsförskrivningar handhas av ett stort nät av privata kontrakterade apotekare (the General Pharmaceutical Service). Apotekaren inhandlar själv läkemedel av leverantörer, och får ersättning för utförda tjänster (läkemedel inklusive kringkostnader och skälig vinst) av den lokala primärvårdskommittén. Ersättningen baseras på en sammanställning över läkemedelskostnader som utförs av en speciell myndighet (the Prescription Pricing Authority).

Kostnadsutveckling och kostnadskontroll

Kostnadsutveckling

Politiker med ansvar för NHS brukar ofta framhålla att Storbri-tanniens offentliga sjukvårdssystem ger god utdelning för satsade pengar. I sammanhanget pekar man på den i jämförelse med andra europeiska länder låga andel av BNP som går till sjukvård. I slutet av 1940-talet spenderade Storbritannien jämfört med Sverige en större andel av sina samlade resurser på sjukvård. Från och med 1950-talet har dock bilden förändrats, och Storbritannien avsätter numera (början på 1990-talet) avsevärt mindre resurser än Sverige.

Av de samlade resurser som går till NHS står sjukhussektorn för den största delen (70 %). Denna andel har successivt ökat sedan 1940-talet. Kostnadsökningen inom sjukhussektorn var dock under 1980-talet mycket måttlig (se tabell 3). Det var inom primärvården som kostnadsökningen var mest framträdande under 1980-talet, vilket fick regeringen att ingripa (se vidare nedan). Av kostnaderna för primärvården går 46 % till läkemedel, 30 % till allmänläkare (GP-service) och resterande till privatpraktiserande tandläkare och till kontrakterade optiker.

TABELL 3. Utgifter för hälso- och sjukvård i Storbritannien under 1980-talet (procentuell förändring i löpande priser).

	<i>Sjukhus & hemsjukvård (drift)</i>	<i>Primärvård (drift)</i>	<i>NHS totalt (drift+kapital)</i>
1982–1983	0,1	7,8	1,7
1983–1984	0,6	2,9	1,4
1984–1985	1,3	5,4	2,9
1985–1986	-0,8	-0,9	-0,4
1986–1987	4,1	5,4	4,6

Källa: House of Commons, 1987.

Under senare hälften av 1980-talet upplevde regioner och distrikt att ekonomiska restriktioner blev alltmer kännbara, särskilt inom sjukhussektorn (Ham et al., 1990). Departementet (DoH) tog ett fastare grepp om verksamheten (Klein, 1989). Interna rationalise-

ringsåtgärder hade genomförts under 80-talet, men hösten 1987 upplevde många verksamhetsföreträdare att gränsen var nådd. Protester ledde till att extra resurser tillfördes NHS, men regeringen ansåg nu tiden mogen för en total översyn av den offentliga sjukvården (se vidare Nya styrformer).

Kostnadskontroll

I kontrollhänseende utgör sjukhussektorn inom NHS ett mindre problem för parlament och regering i Storbritannien. Genom den centralt beslutade budgeten finns goda möjlighet att strypa eller öka tillflödet av resurser via de drifts- och investeringsmedel som avsätts till regioner och distrikt. Regeringen har vissa möjligheter att påverka lönekostnaderna inom sjukvården genom det förhandlingsmaskineri som existerar. För läkare och tandläkare existerar dock inget formellt förhandlingssystem mellan arbetsgivare och fackliga organisationer, utan en fristående kommitté lämnar rekommendationer om lämplig löneutveckling (Review Body on Doctors' and Dentists' Remuneration). Även sjuksköterskornas löner utarbetas numera i en sådan fristående kommitté (Nurses Pay Review Body).

Regeringen har under 1980-talet sökt påverka dessa kommittéer för att de skall begränsa löneökningarna. Vid vissa tillfällen har en fördröjd utbetalning av löneökningar tillämpats, men på det hela taget har regeringen med nuvarande system begränsade möjligheter att styra lönenivån för de professionella grupperna inom NHS (Harrison, 1990). Lönerna för övrig sjukvårdspersonal förhandlas på traditionellt vis mellan parterna inom ramen för de s. k. Whitley Councils, vilket resulterat i mer begränsade löneökningar. En förändring som regeringen har aviserat, och som införs successivt inom NHS under 1990-talet, är en friare lönesättning, och då inte enbart inom de nya NHS Trusts utan även vid andra offentliga sjukhus, med syftet att belöna administrativ personal liksom sjukvårdspersonal och för att underlätta rekrytering. Detta kan även tolkas som ett medvetet steg bort från ett system där fristående kommittéer påverkar löneutvecklingen, och där regeringens kontrollmöjligheter visat sig vara begränsade.

Situationen inom primärvården

Det är utgiftsökningarna inom den storleksmässigt mindre primärvården som under många decennier bekymrat åtskilliga regeringar. Denna sektor kontrolleras inte via fastställda budgetar, utan efterfrågan från patienter och allmänläkarnas aktivitet får direkt genomslag på utgiftssidan. De egenavgifter som infördes på 1950-talet tillkom sedan denna effekt stod klar för regeringen.

Viss höjning av egenavgifterna har skett, men som ett instrument för att begränsa utgiftsökningar har dessa marginell betydelse. Under 1980-talet har vissa begränsningar i allmänläkarnas förskrivningsrätt införts för att reducera utgiftsökningen för läkemedel (the limited list). Sedan 1950-talet har även regeringen genom förhandlingar med läkemedelsindustrin sökt reducera sjukvårdsutgifterna. Vid flera tillfällen har industrin tvingats acceptera vinstbegränsningar för vissa kategorier läkemedel som försäljs inom ramen för NHS (the pharmaceutical price regulation scheme). Någon fullständig priskontroll för läkemedel utövas dock inte i Storbritannien (Levitt & Wall, 1984).

Sedan några år tillbaka finns ett datoriserat system (PACT) som möjliggör för primärvårdskommittéerna att följa förskrivningsmönstret för läkemedel bland de kontrakterade allmänläkarna. Varje läkarmottagning har tillgång till sina egna data. Under 1990-talet skall denna kontrollmöjlighet kombineras med i förväg kalkylerade läkemedelsbudgetar (indicative prescribing budgets) för allmänläkare. Primärvårdskommittéerna har ansvaret för att inga stora avvikelser sker. Detta system gäller dock inte för större allmänläkarpraktiker med egen budget.

Bland övriga försök som gjorts i syfte att kontrollera kostnaderna inom hälso- och sjukvårdssektorn kan nämnas förenklingar i administrationen, stängning av 100 mindre sjukhus (1978–1982), initiativ för att ersätta slutenvård med poliklinisk behandling, och uppmaningar att kontraktera ut verksamhet. Totalt sett tycks dock effekten på sjukvårdens kostnader ha varit begränsad (Harrison, 1990).

Den nuvarande regeringen sätter nu sitt främsta hopp till de effektivitetsvinster man räknar med skall följa i spåren av ett mer konkurrens- och marknadsinriktat NHS som tar form efter april 1991 (se vidare avsnitt Nya styrformer).

Vårdutnyttjande och kvalitetskontroll

Vårdutnyttjande

Storbritannien har jämfört med Sverige betydligt färre slutenvårdsplatser och slutenvården, räknad i form av vård dagar per capita, är av mindre omfattning. Däremot är andelen öppenvårdsbesök större i Storbritannien än i Sverige. Detta återspeglar olikheter i sjukvårdssystemen, där allmänläkarna i Storbriannien är proportionellt betydligt fler än i Sverige, och dessutom fungerar som ransoneringsinstrument för slutenvården. Tabell 4 ger en uppfattning om läkartätheten i Storbritannien jämfört med Sverige.

TABELL 4. Antalet invånare per läkare i Storbritannien och Sverige 1970 och 1985 (sjukhusläkare och allmänläkare).

	1970		1985	
	<i>sjukhus</i>	<i>allmän</i>	<i>sjukhus</i>	<i>allmän</i>
Storbritannien	2 045	2 230	1 340	1 913
Sverige	1 279	8 204	510	4 067

Källa: Garpenby, 1989.

Allmänläkarna har inom NHS funktionen att ransonera slutenvård, eftersom generellt remisstvång råder utom i akuta fall. Ett inslag i denna ransonering är begränsningar i möjligheten att erhålla dialys, där Storbritannien, att döma av befintlig statistik, troligen under lång tid inte särskilt väl kunnat tillgodose potentiella behov (Stocking, 1980; Parsons & Ogg, 1983). Däremot hävdar sig Storbritannien i internationellt perspektiv betydligt bättre då det gäller andelen patienter med fungerande njurtransplantat. Samma förhållande råder i fallet med kranskärlskirurgi och hjärttransplantationer. Men vid en jämförelse mellan industriländer kring andelen patienter i befolkningen som erhåller operation av intraokulär lins avviker Storbritannien negativt (Bonair, 1988). Storbritannien tycks vara mer restriktivt än andra länder att ta i anspråk ny teknologi om inte denna är uppenbart kostnadseffektiv.

Regionala variationer i sjukvårdsresurser är något som utmärkt NHS under lång tid. Introduktionen av fördelningsnyckeln RAWP var på sin tid ett sätt att komma tillrätta med detta. En observation är att läkartätheten och vårdplatstillgången i

Skottland är större än i England. Bakgrunden till detta skall sökas i en medveten politisk ambition att tillgodose opinioner i denna region (ett resultat av aktioner för självständighet i Skottland).

Köer till slutenvård och väntetider till operativa ingrepp har präglat NHS sedan 1940-talet, men det är svårt att säga huruvida detta är ett fenomen som utmärker Storbritannien mer än andra länder med likartade offentliga sjukvårdssystem, beroende på många tveksamheter kring tolkningen av köstatistik (Yates, 1987). Studier av National Audit Office visar emellertid stora variationer i väntetider mellan regioner och distrikt. Inom regionen North East Thames (Londonområdet) hade under 1990 ca 15 % av patienterna väntat mer än två år, medan i regionen Mersey (Liverpoolområdet) knappast någon patient behövde vänta på slutenvård mer än två år (National Audit Office, 1991).

Ett kontroversiellt avsnitt i Black report visade skillnader i användningen av sjukvårdens resurser i riktning mot en överrepresentation för medelklasspatienter. Detta trots överrepresentation bland lägre socialgrupper när det gäller mortalitet och morbiditet (Black, 1980).

Kvalitetskontroll – den äldre modellen

Utöver den administrativa ansvarskedja som finns inbyggd i NHS hierarkiska struktur, och som löper från sjukhus, över distrikt och regioner till departement och parlament, fanns ursprungligen i den brittiska offentliga hälso- och sjukvården knappast någon formell mekanism för kvalitetskontroll. Underförstått var läkarkåren betrodd att utöva sin verksamhet med en hög grad av autonomi och staten tog för givet att den medicinska professionen genom sina specialistsällskap (royal colleges) vakade över kvaliteten genom de examina medlemmarna avlade.

På det lokala planet var läkarkåren i stort sett helt skyddad från insyn i den dagliga verksamheten. Endast vid mycket allvarliga förseelser kunde NHS eget utredningsförfarande träda i kraft (t. ex. vid förseelser klassificerade som professional incompetence). Därutöver riskerade den läkare som negligerade sitt ansvar gentemot enskilda patienter att bli anmäld till General Medical Council (GMC). Denna semi-offentliga inrättning fungerar i

praktiken som den medicinska professionens interna domstol, även om dess ställning regleras i lag. En läkare kan klandras eller avstängas från vidare yrkesutövning vid allvarliga förseelser. GMC har tidigare knappast alls behandlat ärenden av klinisk karaktär. En ändring i denna policy tycks dock vara på väg.

Dessutom kan nämnas att under varje primärvårdskommitté finns sedan 1974 en s. k. servicekommitté, med hälften lekmän och hälften verksamhetsföreträdare, som handlägger klagomål från patienter mot primärvården. De ärenden vilka behandlas är dock knappast av klinisk karaktär.

Efter en allvarlig skandal på 1960-talet vid ett mentalsjukhus inrättades ett kontrollorgan, numera benämnt Health Advisory Service (HAS), som besöker företrädesvis psykiatriska institutioner och institutioner för äldre. Inspektionerna syftar till att i dialog med personal och lokala administratörer stimulera till god kvalitet på verksamheten. Ett exempel kan vara arrangemang för att bevara patienternas integritet och värdighet. HAS uppgift är dock inte att anmärka på enskilda kliniska bedömningar.

Kvalitetskontroll – nya initiativ

Intresset för att på ett mera systematiskt sätt än tidigare studera kvalitet och effektivitet inom NHS ökade markant under senare delen av 1980-talet. Ett exempel är att the Audit Commission från 1990 har regeringens uppdrag att även ägna sig åt effektivitetsfrågor inom hälso- och sjukvården (efter att tidigare enbart ha ägnat sig åt kommunal verksamhet). Den nya avdelningen för studier av hälso- och sjukvård publicerade redan första verksamhetsåret en rapport om elektiv kirurgi. Med hjälp av egen och inhyrd personal kommer denna myndighet att årligen studera ett antal områden inom NHS som väljs ut efter tre kriterier: (a) de skall vara kostsamma, (b) de skall möjliggöra jämförelser och (c) de skall tillåta förbättringar. Avsikten är att i dessa studier involvera inte enbart lokal sjukvårdspersonal, utan även de medicinska specialistsällskapen.

Kravet på att etablera en mer rutinmässig kvalitetskontroll inom medicinsk verksamhet på den lokala nivån inom NHS underströks i regeringens rapport om förnyelse av hälso- och sjukvår-

den som publicerades 1989 (Working for Patients). Avsikten är att kvalitetskontroll skall utföras rutinmässigt inom sjukhus och i primärvården. Läkarkårens organisationer i Storbritannien (främst royal colleges) har ingalunda väntat på direktiv från myndigheter utan initierat flera studier. En av de mera uppmärksammade som publicerades 1988 gällde dödsfall efter operationer och omfattade tre sjukvårdsregioner. En utvidgning av denna undersökning kommer att ske med finansiering från departementet. Regeringen anser att systemet för kvalitetskontroll (medical audit) endast kan bygga på professionell självreglering inom läkarkåren. Därför välkomnas initiativ från specialistsällskapen, och utvecklingsverksamhet inom Royal College of Physicians och Royal College of Surgeons finansieras med offentliga medel. Specialistsällskapen jämte andra organisationer samarbetar även kring uppbyggnaden av ett kvalitetssäkringsprogram för mindre sjukhus (the hospital accreditation programme).

Det lokala ansvaret för kvalitetskontroll vilar gemensamt på läkarkåren och NHS chefsadministratörer på distriktsnivå. Inom varje distrikt inrättades våren 1991 en kommitté (district medical audit advisory committee) med medicinska representanter, som har uppgiften att planera och övervaka alla aktiviteter. Årligen utarbetas ett program för kvalitetskontroll inom distriktet, där metodik och omfattning för varje specialitet fastställs i samråd med chefsadministratören (district general manager). Resultaten av det gångna årets aktiviteter samlas i en särskild rapport. På regional nivå inrättas motsvarande kommittéer med uppgift att särskilt studera udda medicinska verksamheter och bistå distrikten med att utveckla kvalitetskontroll.

Äldreomsorg

Andelen äldre i befolkningen ökar, och fram till år 2000 beräknas att gruppen äldre-äldre (över 85) kommer att öka med 37% i Storbritannien. Allt fler personer som uppnår pensionsåldern väljer dock att stanna kvar i eget boende, och den totala omfattningen på institutionsboendet minskar. I Storbritannien finns en annan tradition av anhängvård än i Sverige och framförallt gör frivilligorganisationer en större insats i omsorgen om äldre och

handikappade. När det gäller institutionsboendet spelar privata vårdgivare en betydande roll.

År 1982 svarade NHS samt kommuner (local authorities) för 65 % av institutionsboendet i Storbritannien. Två år senare hade andelen offentligt boende minskat till 58 % och 1988 hade en ytterligare reduktion skett. Inom NHS finns större långvårds-sjukhus och geriatriska sjukhus (long-stay hospitals och geriatric hospitals), ofta inrymda i gamla 1800-talsbyggnader, där äldre patienter med varierande sjukdomsbild vistas. Andelen vårdplatser i dessa institutioner har successivt minskat över en 20-årsperiod. Under 1960-talet och första delen av 1970-talet byggdes vårdhem för äldre i kommunal regi, s. k. Part III-hem, med 40–50 vårdplatser. Dessa övertog många mindre allvarligt sjuka åldringar från NHS. Från senare delen av 70-talet har också platsantalet i denna vårdform stagnerat, på grund av försämrad kommunal ekonomi.

Vid sidan av offentligt drivna institutioner förekommer dels icke-vinstdrivande institutioner (voluntary sector) och dels vinstdrivande institutioner. De senare kan delas upp i sådana anläggningar där ägaren själv finns på plats och deltar i arbetet, och institutioner ägda av större företagskedjor.

Boendeformer

Länge existerade i Storbritannien en uppdelning av boendeformer för äldre som utgick från betalningsförmåga. Den offentliga sektorns institutioner upptogs av mindre bemedlade åldringar, medan boende i den privata sektorn förutsatte tillgång till egna ekonomiska resurser. Under 1980-talet inträffade emellertid en förändring på grund av nya bidragsregler, och 1984 hade närmare 40 % av de boende i privata sjukhem (nursing homes) och äldrebostäder (residential homes) finansiering genom socialförsäkringssystemet (Larder et al., 1986).

Tendensen under 1980-talet har varit att den offentliga sektorns betydelse har minskat och andelen privat institutionell omsorg har ökat. I början av 70-talet fanns en ansevärd mängd platser inom privata icke-vinstdrivande institutioner, både av typen sjukhem (nursing homes) och äldrebostäder med en lägre omsorgsnivå (residential homes). Den vinstdrivande sektorn var av

mindre omfattning. Tidigare hade den icke-vinstdrivande delen av den privata sektorn lutat sig mot kommunalt ekonomiskt stöd, men denna inkomstkälla urholkades snabbt under slutet av 70-talet. Nya möjligheter öppnades dock genom ändrad policy inom socialförsäkringssystemet. Åldringar som inte fick plats inom kommunala institutioner fick kontantstöd för att ordna sitt boende. År 1983 formaliserades detta i form av ett voucher-system (income support). Genom tillkomsten av denna bidragsform kunde den privata sektorn för äldreomsorg expandera under 1980-talet i Storbritannien; till en början de icke-vinstdrivande institutionerna men senare även de vinstdrivande. I slutet av 1980-talet finansierades boendet för ca 90 000 personer i privata institutioner helt eller delvis genom denna bidragsform. Över hälften av de boende i privata institutioner betalar dock hela eller en avsevärd del av avgiften helt på egen hand. De nya privata sjukhem som tillkom under 1980-talet var i regel mindre än de kommunala, genomsnittligt 25 platser, och detsamma gäller beträffande institutioner för boende, där det genomsnittliga platsantalet är runt 13 (Laing & Buisson, 1988).

Den uppdelning i boendeformer som används i officiell statistik är en aning förlegad, och återspeglar idag inte faktiska förhållanden med avseende på omsorgsnivå (vilket var fallet för några decennier sedan). Tabellen nedan ger dock en uppfattning om strukturen på vård- och boendeformer för äldre i Storbritannien.

TABELL 5. Antalet platser för sjukvård och omsorg i institutioner avsedda för äldre i Storbritannien (United Kingdom) år 1988.

	<i>Platsantal</i>
Privata vinstdrivande institutioner	196 600
Privata icke-vinstdrivande institutioner	52 600
<i>Total privat sektor</i>	249 200
NHS långvårdssjukhus	39 900
NHS geriatriska sjukhus	30 700
Kommunala vårdhem	136 900
<i>Total offentlig sektor</i>	207 500
<i>Samtliga</i>	456 700

Källa: Laing & Buisson, 1988.

Regionala variationer

En betydande regional variation existerar beträffande vård-, boende- och omsorgsformer för äldre i Storbritannien. Enkelt uttryckt kan man säga att offentligt drivna institutioner överväger i norra delen av England medan privata vinstdrivande utgör en betydande del i södra England. De icke-vinstdrivande privata institutionerna intar en framskjuten ställning i framför allt Londonområdet, särskilt i de inre delarna av London. En intressant fråga är hur sambandet mellan huvudmannaformer ser ut. Är den privata sektorn ett komplement till eller ett substitut för den offentliga sektorn? Vilken roll spelar den sociala sammansättningen bland befolkningen i olika regioner för privat respektive offentlig serviceproduktion för de äldre? Det visar sig att den privata sektorn tillsammans med den offentliga bidrar till en koncentration av institutioner för äldre i södra England (ett stöd för uppfattningen om komplement). Den vinstdrivande privata sektorn är stark företrädesvis i regioner med egnahemsboende och högre genomsnittliga inkomster. Att förklara strukturen på den icke vinstdrivande privata sektorn är svårare. Troligtvis beror koncentration till Londonområdet på gamla traditioner inom filantropisk verksamhet (Larder et al., 1986).

TABELL 6. Förekomsten av vårdplatser för äldre inom offentlig och privat sektor i England inom några regioner (geriatriska platser i NHS sjukhus per 1 000 inv. över 75 år och platser i privata sjukhem per 1 000 inv. över 75 år samt totalt antal platser per 1 000 inv. över 75 år).

	<i>Offentlig</i>	<i>Privat</i>	<i>Total</i>
Northern	23,0	2,5	25,5
East Anglia	18,9	5,0	23,9
North West Thames	17,1	5,6	22,7
South East Thames	15,2	17,2	32,4
South West Thames	13,8	18,5	32,3
Oxford	16,0	11,6	27,6
Mersey	23,3	13,8	37,1

Källa: Larder et al., 1986.

Enskilda initiativ

I större utsträckning än i Sverige förekommer i Storbritannien anhängigvård av äldre. En majoritet av den hemsjukvård och den professionella omsorg om äldre som sker i det egna hemmet utförs kostnadsfritt eller till låg avgift genom distriktssköterskor anställda av NHS eller hemvårdsbiträden (home helps) anställda av kommuner. Vid sidan av de offentliga insatserna för äldre i hemmet har i Storbritannien vuxit upp en vid flora av privata hemsjuksvårdsföretag (nursing agencies). Den största är British Nursing Association som har kontor på ca 100 platser. Därutöver finns troligtvis ca 500 andra mindre företag som hyr ut privata sjukskötersketjänster. Genom att löneläget för utbildade sjuksköterskor är förhållandevis lågt inom NHS kan dessa företag framgångsrikt konkurrera om arbetskraften. Även privata hemtjänstföretag (domiciliary care agencies) existerar, men denna marknad är helt oreglerad och omfattningen är dåligt kartlagd (Laing & Buisson, 1988).

Nya styrformer

När den konservativa regeringen under Margaret Thatcher tillträdde 1979 var det många i Storbritannien som räknade med betydande förändringar inom det offentliga hälso- och sjukvårdssystemet. Bortsett från en organisatorisk reform vid mitten av 1970-talet hade NHS behållit sin grundläggande struktur sedan 1948. Men tvärtemot alla tips var den nya regeringen, med sin skeptiska attityd till offentliga utgifter, förvånansvärt återhållsam med att introducera nyheter i sjukvårdssektorn. Åtminstone två förklaringar till denna restriktiva hållning går att finna. För det första hade NHS blivit nära nog en institution i brittiskt samhällsliv som åtnjöt stöd inom breda folklager och i alla politiska läger. För det andra insåg den konservativa regeringen att hälso- och sjukvårdens utgifter mycket lättare låter sig kontrolleras i den typ av organisation som NHS utgör än i ett försäkringsbaserat system med privata vårdgivare (Klein, 1985).

Betoning på management

Under första delen av 1980-talet inträffande dock några smärre förändringar. Regioner och distrikt uppmanades att utveckla samarbetsformer med den privata sektorn, och om så visade sig lämpligt därifrån köpa olika typer av tjänster. Vad som blev aktuellt var i första hand hotellservice i form av städning och matlagning, men med tiden även medicinska tjänster. Efter en utredning av Sir Roy Griffiths vidtogs åtgärder för att öka den administrativa kompetensen på alla nivåer inom den offentliga sjukvården (Griffiths, 1983).

Det vore en överdrift att påstå att NHS genom dessa förändringar kom att fungera så mycket annorlunda än tidigare på basplanet. De traditionella dragen kvarstod. En centralt beslutad budget fördelades efter vissa i förväg fastställda kriterier på regioner och distrikt och en medicinsk produktionsapparat där läkarna åtnjöt en stor frihet. Oförklarliga variationer i operationsfrekvens och förskrivningsmönster bland såväl sjukhusläkare som allmänläkare hade dock väckt uppmärksamhet. Den fredade zon läkarkåren hade upprättat inom NHS började alltmer ifrågasättas.

En hastig översyn

Vid mitten av 1980-talet publicerade den amerikanska hälsoökonom Alvin Enthoven en analys av NHS, där han menade att trots administrativa reformer kvarstod många avarter, främst en felaktig incitamentstruktur. Enligt honom kunde lösningen vara en intern marknad som gav distrikten möjlighet att köpa och sälja tjänster i en annan omfattning än tidigare (Enthoven, 1985). Exakt vilken inverkan den amerikanska studien hade på regeringen låter sig inte fastställas, men flera av Enthovens förslag återfanns senare i den reformplan för NHS som regeringen lade fram 1989. Några år tidigare hade läkarkårens mest prestigefyllda organisationer i Storbritannien (de olika royal colleges) fått den allmänna opinionen med sig i kravet på extra resurser till NHS. Inte långt efter denna hastigt uppflammande debatt om sjukvårdens finansiering ställde sig premiärministern i spetsen för en utredning om den offentliga vårdens framtid (the NHS Review). I rapporten, i form av ett s. k. White Paper, framlagd i flera delar

1989 under huvudrubriken *Working for Patients*, introducerades helt nya idéer om relationen mellan olika enheter inom NHS. Så långt som till att föreslå ett försäkringsbaserat sjukvårdssystem av tysk, fransk eller holländsk modell gick inte regeringen. Detta trots att det konservativa partiet rymde förespråkare för en sådan förändring (Ham et al., 1988).

Working for Patients redovisar slutsatser kring två huvudsakliga teman: (a) vikten av att införa konkurrens mellan olika enheter inom NHS, samt (b) kravet på att läkarkåren i högre grad skall bli ansvarig för sina åtgärder, främst genom övervakning av vårdkvalitet i relation till insatta ekonomiska resurser. Regeringens förslag som omfattar både de fristående allmänläkarna och sjukhusen kan sammanfattas i följande punkter:

1. Befolkningen skall få utökade möjligheter att välja allmänläkare (general practitioners) och dessa bör uppmuntras att i högre grad än tidigare marknadsföra sin tjänster, t. ex. genom annonsering.
2. Gruppmottagningar (group practices) med minst 11 000 patienter (senare ändrat till 9 000) skall istället för traditionell ersättning av typen capitation kunna disponera en totalbudget och få möjlighet att köpa tjänster från olika sjukhus, privata och offentliga.
3. Distrikten inom NHS får utökade möjligheter att köpa tjänster inom såväl offentlig som privat sektor. De sjukhus som så önskar, och som uppfyller vissa krav, skall kunna drivas fristående i form av offentliga stiftelser (NHS Trusts). Dessa fristående sjukhus skall kunna låna upp investeringskapital på den privata marknaden.
4. Av läkare verksamma inom NHS skall fortsättningsvis krävas en betydligt utökad redovisning, både av hur arbetstiden används och av kvaliteten på den vård som produceras. Nya former för kvalitetskontroll (medical audit) skall praktiseras rutinmässigt inom NHS.
5. Det tidigare inslaget av lekmän i NHS styrelseorgan (health authorities), nominerade av kommunala instanser, försvinner och ersätts med personer som har erfarenhet från näringslivet, och som kompletterar kompetensen hos NHS egna administratörer.

Förslaget till ny organisation för NHS mottogs inte med entusiasm överallt. Men trots omfattande protester från läkarnas och sjuksköterskornas fackliga organisationer, som kom till uttryck i helsidesannonser i dagspressen, kommer förslaget att genomföras i sin helhet, med början i april 1991. Under hösten 1990 ändrades sammansättningen i NHS styrelseorgan och de sjukhus som önskar övergå till stiftelser lämnade in sina ansökningar till departementet. I en första omgång godkändes i slutet av året 56 stiftelser (NHS Trusts) med sammanlagt 41 000 vårdplatser och 110 000 anställda. Detta innebär att från april 1991 kommer 13 procent av vårdplatserna i England att drivas i stiftelseform. Drygt 100 sjukhus har anmält intresse att uppnå status av NHS Trust i en andra omgång under 1992. Den nya driftsformen innebär dock att sjukhusen fortfarande står under politisk kontroll, de är offentlig egendom. Regeringen har förklarat att vissa restriktioner måste råda fortsättningsvis beträffande sjukhusens möjligheter att fritt låna upp kapital på den privata marknaden.

Bland allmänläkarna har möjligheten att få eget budgetansvar mött ett påfallande positivt gensvar, vilket tvingade British Medical Association att tona ned sin inledningsvis starka kritik av förslaget. Omkring 300 gruppraktiker har uppfyllt kraven för att erhålla egen totalbudget.

Inför dessa förändringar lanserade regeringen en brett upplagd kampanj, där varje hushåll genom en broschyr fick veta att framtidens NHS bättre än tidigare kommer att svara mot patienternas krav. Frågan är dock i vilken utsträckning de enskilda individernas valmöjligheter kommer att öka. Vissa förskjutningar i NHS interna maktstruktur kommer att ske; vinnare på papperet blir chefsadministratörerna och förlorare de tidigare mycket självständiga seniora sjukhusläkarna. Inom läkarkåren kommer allmänläkarna, särskilt inom vårdcentraler med egen budget, att i kraft av sin nya roll som köpare av vård flytta fram sina positioner gentemot sjukhusens läkare. Allmänläkarna kommer dock att bli betydligt mer påpassade än tidigare, både vad gäller vårdkvalitet, remisser till sjukhus och läkemedelsförskrivning.

Intern marknad

Med början i april 1991 kommer inom den offentliga sjukvården i Storbritannien rollerna som köpare respektive producent av sjukvårdstjänster att tydligt separeras. Sjukvårdsdistrikten kommer att få en populationsbaserad budget och med denna som grund skall, så rationellt som möjligt, allehanda sjukvårdstjänster upphandlas från olika producenter, så är det åtminstone tänkt att fungera. Den princip som skall genomsyra NHS blir att pengarna följer patienten. Vården kan köpas antingen från distriktets egna sjukhus (directly managed units), från andra NHS sjukhus, från de fristående stiftelsedrivna sjukhusen eller från den privata sektorn (i Storbritannien eller till och med utomlands).

Även om det inte råder något tvivel om i vilken riktning regeringen önskar att NHS skall utvecklas, är det idag omöjligt att förutsäga vad resultatet blir på några års sikt. NHS har aldrig styrts från London med fast hand, utan det har alltid funnits ett betydande utrymme för lokala tolkningar av centrala direktiv, så också denna gång. Förändringen i riktning mot konkurrens och intern marknad kommer av allt att döma att ske stegvis. Förutsättningarna kommer att skilja sig avsevärt mellan distrikten med avseende på hur beroende de blir av att sälja sjukvårdstjänster. I London med dess koncentration av sjukhus blir antagligen drivkraften att sälja sjukvårdstjänster större än i ett mindre sjukvårdsdistrikt i norra England.

Antagandet att sjukvård bör baseras på ett implicit förtroende för läkarkårens agerande ersätts med krav på att alla sjukvårdstjänster skall preciseras i kontrakt. Distrikten kommer att uppträda i rollen som patientkollektivets företrädare, även gentemot de egna sjukhusen (directly managed units). Till en början beräknas köp av medicinska tjänster inom distrikten ske i form av långtidskontrakt (block contract), men efter hand kan dessa ersättas med andra former av kontrakt (cost and volume contract och cost per case contract). Detta kommer att förändra NHS i grunden (Day & Klein, 1991). Organisationen måste anpassa sig till krav på att mäta kvalitet och tillse att kvalitet kan säkerställas.

Slutsatser och lärdomar

Den offentliga sjukvården i Storbritannien bär tydliga drag av etablerad samhällsinstitution. National Health Service blev det mest påtagliga inslaget i efterkrigstidens brittiska välfärdsstat. Flertalet brittiska medborgare är uppvuxna med NHS, och så gott som hela den sjukvårdspersonal som idag är aktiv har sin utbildning och yrkeskarriär inom detta system.

Under närmare fyra decennier fungerade denna väldiga apparat, en av Europas största arbetsgivare, efter den modell som lades fast på 1940-talet. Även om regeringar växlade vid makten förblev NHS i stora drag intakt. Många gånger har det stormat runt denna organisation, främst genom konfrontation mellan läkarkårens organisationer och regeringen.

Framträdande drag i detta sjukvårdssystem har varit budgetkontroll på nationell nivå, en hierarkisk administrativ struktur som dock rymmer betydande inslag av lokal frihet, stor frihet för läkarkåren att agera i både medicinska och administrativa frågor, ett stort nät av kontrakterade allmänläkare som ransonerar sjukhusvården och inslag av paternalism, håll till godo med vad som bjuds eller betala själv för ett privat alternativ. Dessutom representerar NHS ett framträdande inslag i europeiskt socialpolitiskt tänkande under 1900-talet: rätten för individer att erhålla sjukvård vid behov oavsett ekonomisk status.

En tid av omställning

Efter lång betänketid tog den konservativa regeringen i slutet av 1980-talet initiativ till betydande förändringar inom sjukvården, och dessa kommer av allt att döma att genomföras under 1990-talet. Konkurrens och ansvar blir ledstjärnor i det nya NHS.

Även om det idag inte går att överblicka vad slutresultatet blir kan några viktiga observationer göras:

- Det politiska inslaget blir fortsatt starkt på nationell nivå, trots separering av policy-making och operativ ledning. Ingen regering önskar släppa kontrollen över sjukvården.

- Parlamentet och regeringen behåller kontrollen över den stora budgetramen för den offentliga sjukvården. Avsikten tycks vara att skapa en sluten budgetram utan läckage; därav ansträngningarna att tämja primärvården. Inom denna ram skall konkurrens råda och större frihet tillskapas för olika aktörer (distrikt, NHS Trusts, budgetansvariga vårdcentraler).
- Skattefinansiering av sjukvården fortlever trots diskussion om försäkringslösningar. En lång erfarenhet har övertygat politikererna om fördelarna med den effektiva kontroll som kan utövas genom en nationell budget.
- NHS har alltid präglats av lokal variation och man kan snarast förvänta att detta inslag förstärks. Avvecklingen av RAWP och övergången till en rent befolkningsbaserad budget kommer emellertid att lyfta fram i ljuset de stora olikheter i vårdbehov och vårdefterfrågan som existerar mellan NHS distrikt, även inom samma region. Troligen kommer krav på att sociala faktorer mera påtagligt skall vägas in vid fördelning av sjukvårdens budget att framföras.
- I de styrelser som ansvarar för regioner och distrikt (RHAs och DHAs) förstärks kompetensen, särskilt på det ekonomiska området. Det tidigare framträdande draget av lekmannastyre, med kommunalpolitiska och fackliga inslag, byts ut mot ett mera uttalat expertstyre.
- Allmänläkarens roll som patienternas agent förstärks, och vårdcentraler blir i många fall köpare av sjukhustjänster. Detta kommer av allt att döma att leda till ökad självkänsla bland de allmänläkare som tidigare upplevde sig som andra rangens vårdgivare inom NHS.
- Stor vikt fästs fortsättningsvis vid kvalitetskontroll inom det medicinska området. Hur detta skall utformas i detalj överläts dock till lokala företrädare för läkarkåren, och det är oklart hur samordning över distriktsgränser skall kunna genomföras.
- Det blir ett ökat tryck på läkarna att redovisa sin verksamhet, och NHS kommer att genomsyras av ett kontraktstänkande. Detta leder av allt att döma till reducerad professionell frihet på det lokala planet, men i medicinska frågor har läkarna fortsatt stora möjligheter att behålla initiativet.
- Regeringen inbjuder läkarnas organisationer till att spela en aktiv roll i omvandlingen av NHS. Även om den fackliga orga-

nisationen, British Medical Association, först var mycket negativ till förändringar i den offentliga sjukvården i riktning mot konkurrens, har organisationen på senare tid uttryckt intresse för dialog med regeringen. De vetenskapliga organisationerna (royal colleges) spelar från början en framträdande roll i arbetet med att utforma modeller för kvalitetskontroll.

- Inom slutenvården kommer privat produktion att vara ett fortsatt viktigt komplement till NHS, även om den överdrivna förhoppning om lönsamhet som kom till uttryck under slutet av 1970-talet och början av 80-talet har dämpats. Inom t. ex. äldreomsorgen kommer dock privata vårdgivare i framtiden att bära en mycket stor del av serviceproduktionen.
- Sjukhus som förvandlas till NHS Trusts får incitament att utveckla vissa specialiteter för att därmed attrahera patienter från andra distrikt, medan den rutinsjukvård som tidigare erbjödits patienter inom det lokala upptagningsområdet inte blir lika intressant.
- I vilken utsträckning patienternas valfrihet faktiskt kommer att öka är mycket oklart. Den nya modellen för köp av tjänster innebär rimligtvis att varje distrikt får incitament att bevaka flödet av patienter till andra distrikt.

Avslutningsvis kan sägas att sjukvårdssystemet i Storbritannien under 1990-talet kommer att genomgå stora förändringar. Viktiga inslag från 1940-talsmodellen kommer att behållas, men dessa kompletteras med intern marknad, kontrakt och kvalitetskontroll. En period av experimenterande, men också sökande efter stabilitet under nya förutsättningar, är att vänta inom det brittiska sjukvårdssystemet.

Referenser

- Beech, R., Bevan, G. & Mays, N., *Spatial equity in the NHS: the death and re-birth of RAWP*. I: Harrison, A (ed.) *Health Care UK 1990*, an annual review of health care policy. London: King's Fund Institute, 1990.
- Black, D., *Inequalities in Health. Report of a Research Working Group*. London: Department of Health and Social Security, 1980.
- Bonair, A., *Spridning av medicinsk teknologi – en internationell jämförelse*. CMT-Rapport 1988:7.
- Carr-Hill, R., *Allocating resources to health care: RAWP is dead – long live RAWP*. *Health Policy* Vol. 13:135–144, 1989
- Coxall, B., Robins, L., *Contemporary British Politics. An Introduction*. London: Macmillan, 1989.
- Day, P. & Klein, R., *Britain's Health Care Experiment*. *Health Affairs*, Vol 10 No 3:39–59, 1991.
- Department of Health, *Health and Personal Social Services Statistics for England*. 1989 edition. London: HMSO, 1989 a.
- Department of Health, *Terms of service for doctors in general practice*. London: Department of Health, 1989 b.
- The directory of independent hospitals and health services 1988/89*. London: Longman, 1988.
- Enthoven, A.C., *Reflections of the Management of the National Health Service*. London: Nuffield Provincial Hospitals Trust, 1985.
- Fox, D., *Health Policies, Health Politics*. Princeton, NJ: Princeton University Press, 1986.
- Garpenby, P., *The State and the Medical Profession. A cross-national comparison of the health policy arena in the United Kingdom and Sweden 1945–1985*. Linköping: Universitetet i Linköping, 1989.
- Griffiths, Sir Roy. *NHS Management Enquiry*. London: Department of Health and Social Security, 1983.
- Ham, C., Robinson, R., Benzeval, M., *Health Check. Health care reforms in an international context*. London: King's Fund Institute, 1990.
- Harrison, A., *Cost containment in the NHS, 1979–1990*. I: Harrison, A (ed.) *Health Care UK 1990*, an annual review of health care policy. London: King's Fund Institute, 1990.
- House of Commons, *Public expenditure on health, the report of the Selected Committee on Social Service*. Cmnd 413. London: HMSO, 1987.
- Klein, R., *Why Britain's Conservatives Support a Socialist Health Care System*. *Health Affairs*, Vol 4 No 1 :41–59, 1985.
- Klein, R., *The Politics of the National Health Service*. Second ed. London: Longman, 1989.
- Laing & Buisson, *Care of elderly people. The developing market for nursing and residential homes and related services in Britain*. London: Laing & Buisson, 1988.

- Larder, D., Day, P., Klein, R., *Institutional care for the elderly: the geographical distribution of the public/private mix in England*. Bath: University of Bath, 1986.
- Levitt, R., Wall, A., *The Reorganised National Health Service*. Third edition. London: Croom Helm, 1984.
- Maynard, A., *The private health care sector in Britain*. I: McLachlan, G., Maynard, A. (eds.) *The public/private mix for health*. London: The Nuffield Provincial Hospitals Trust, 1982.
- Maynard, A., *The case of Britain*. *Health Policy*, Vol 15:93–104, 1990.
- National Audit Office, *Use of NHS operating theatres in England: a progress report*. London: HMSO, 1991.
- OECD, *Health care systems in transition*. Paris: OECD, 1990.
- Parsons, F.M. & Ogg, C.S., *Renal-Failure – Who Cares?* Lancaster: MTP Press Ltd, 1983.
- Secretary of State for Health, *Working for Patients*. London: HMSO. Cm 555, 1989.
- Stocking, B., *The management of medical technology in the United Kingdom*. I: The implications of cost-effectiveness analysis of medical technology. Background paper 4: The management of health care technology in ten countries. Washington: Office of Technology Assessment, 1980.
- Whitehead, M., *The Health Divide*. I: *Inequalities in Health*. Harmondsworth: Penguin Books, 1988.
- Yates, J., *Why are we waiting? An analysis of hospital waiting-lists*. Oxford: Oxford University Press, 1987.

2. *Hälso- och sjukvården i Kanada*

Clas Rehnberg

Introduktion

Den kanadensiska hälso- och sjukvården uppmärksammades internationellt på 1960- och 1970-talen genom att uppvisa en gynnsammare kostnadsutveckling än flertalet industrialiserade länder. Samtidigt arbetade man med en medveten målsättning att förbättra tillgängligheten av sjukvård. Den offentligt finansierade sjukvården utgör kärnan i den kanadensiska välfärdspolitiken. En mångfald av vårdutbudet och ett relativt fritt val för patienten av vårdgivare är även av vikt för systemet. Från grannen i söder har inslagen av offentlig finansiering och reglering samt de klart lägre kostnaderna mötts med en viss skepsis. För europeiska länder med en stor andel offentligt producerad sjukvård har kombinationen privat produktion och offentlig finansiering tilldragit sig intresse.

Kanada är till ytan världens näst största land, med endast 25 miljoner invånare, vilka är koncentrerade till områden i söder nära gränsen mot USA. Stora delar av landet utgörs av vildmarksområden. Administrativt är landet indelat i tio provinser med relativt stort självstyre och två territorier som administreras av den federala regeringen. Kanada är en parlamentarisk monarki och ett statsförbund i vilket regeringsmakten är fördelad på två nivåer, den federala och den provinsiella. Provinserna har ansvaret för socialpolitik, hälso- och sjukvård och utbildning samt viss civilrättslig lagstiftning. Provinsernas beskattningsrätt är begränsad till direkta skatter. Den federala regeringen har dock ett stort inflytande över socialpolitiken (inklusive hälso- och sjukvården) genom de omfattande statsbidragen som ges på grund av de olika provinsernas skiftande ekonomiska förutsättningar. I jämförelse med de svenska

landstingen är de geografiska variationerna mellan provinserna betydande. Som framgår av tabell 1 är storleken vad gäller yta och folkmängd betydligt större för de kanadensiska provinserna.

TABELL 1. Provinser och territorier. Areal och folkmängd (1984).

<i>Provins/terr.</i>	<i>Km²</i>	<i>Folkmängd</i>	<i>Största stad</i>	<i>Innvånare</i>
Alberta	661 185	2 348 800	Edmonton	700 000
British Columbia	948 596	2 870 700	Vancouver	1 300 000
Manitoba	650 087	1 056 500	Winnipeg	601 000
New Brunswick	73 436	713 300	Fredericton	45 500
Newfoundland	404 517	579 500	S:t John's	155 000
Nordvästterr.	3 379 684	49 400	Yellowknife	10 500
Nova Scotia	55 491	869 900	Halifax	281 000
Ontario	1 068 582	8 937 400	Toronto	3 070 000
Prince Edward Isl.	5 657	125 300	Charlottetown	15 500
Quebec	1 540 680	6 549 000	Montreal	2 900 000
Saskatchewan	651 900	1 006 200	Regina	173 000
Yukonterritoret	536 325	21 800	Whitehorse	16 000
<i>Kanada</i>	9 976 140	25 127 900		
Stockholms län	6 488	1 562 490	Stockholm	1 350 000
Östergötland	10 562	392 887	Linköping	115 000
Norrbottnen	98 911	263 684	Luleå	80 000
<i>Sverige</i>	449 964	8 550 000		

Kanada tillhör de tio ledande industrinationerna inom OECD med en BNP per capita (KKP-justerat* på \$ 17 131 för år 1987 (Sverige \$ 15 865). I likhet med Sverige var den ekonomiska utvecklingen under den senare delen av 1970-talet svag, för att under mitten av 1980-talet stabiliseras. Den tidigare höga inflationstakten har dämpats avsevärt, medan arbetslösheten fortfarande är ett problem. Den offentliga sektorns storlek i Kanada ligger något över genomsnittet för OECD men är klart mindre än i Sverige. År 1986 uppgick de offentliga utgifterna till 46 % av BNP i Kanada (Sverige 64 %).

I fråga om materiell standard och socialpolitik finns det stora likheter mellan Sverige och Kanada. Socialpolitiken i Kanada

* Eftersom de officiella växelkursernas fluktuationer inte alltid motsvaras av förändringar av den reella köpkraften justeras dessa med köpkraftsparitetindex (KKP) för att erhålla växelkurser som uttrycker förhållandet mellan priserna för en viss "varukorg" i länderna.

byggdes ut främst under 1950- och 1960-talen och omfattar ett socialförsäkringssystem med bl. a. obligatorisk pensions- och livförsäkring samt arbetslöshetsförsäkring.

Kanadensarna har sedan införandet av det offentliga sjukförsäkringssystemet (Medical Care Act) år 1971 varit tillförsäkrade en allmän tillgång på sjukvård med inga eller obetydliga patientavgifter. Återkommande opinionsundersökningar visar att sjukvården har ett stabilt högt anseende hos medborgarna.

Den kanadensiska befolkningen består främst av ättlingar till brittiska (40 %) och franska (27 %) invandrare, men lokalt finns inslag av tyskar och italienare. Ursprungsbefolkningen indianer och inuiter (eskimåer) utgör knappt 2 %. Befolkningen är relativt yngre än den svenska. Andelen invånare över 65 år var 10,9 % år 1987 medan motsvarande andel i Sverige var 17,7 %. Den förväntade livslängden för en nyfödd var samma år i Kanada 75,5 år och i Sverige 76,6 år. I tabell 2 redovisas ytterligare ett antal hälsoindikatorer för länderna.

TABELL 2. Hälsoindikatorer i Kanada, Sverige och genomsnitt för OECD.

Hälsoindikatorer		Kanada		Sverige		OECD	
		1950	ca 1982	1950	ca 1982	1950	ca 1982
Spädbarnsdödlighet per 1 000 födslar	Män	43,3	10,4	26,6	7,1	49,4	11,6
	Kv	34,2	7,8	20,5	6,5	40,4	9,4
Förväntad överlevnad i år vid 65 år	Män	13,3	14,5	13,5	14,6	12,7	14,0
	Kv	15,0	18,7	14,3	18,2	14,3	7,9
Medellivslängd	Män	66,3	72,0	69,9	73,5	64,8	71,0
	Kv	70,5	79,0	72,4	79,6	69,0	77,7

Källa: OECD, 1987.

De skillnader som redovisas för spädbarnsdödlighet har reducerats kraftigt under senare år och idag noteras inga större skillnader mellan länderna. Skillnaderna i förväntad överlevnad efter 65 år och total medellivslängd är obetydliga. Beträffande dödligheten uppvisar Kanada en större dödlighet i tumörsjukdomar, medan dödligheten i hjärtkärlsjukdomar är högre i Sverige. Huruvida utfallet kan relateras till livsstilsfaktorer är oklart. Tabell 3 visar trender för konsumtion av varor som kan relateras till hälsotillstånd.

TABELL 3. Konsumtion av smör, alkohol och tobak samt åldersstandardiserad dödlighet per 100 000 inv.

	Kanada			Sverige			
Konsumtion	1960	1970	1983	1960	1970	1983	
Smör (kg/inv.)	7,7	7,2	4,7	9,6	6,3	7,1	
Alkohol 100% (liter/inv)	4,8	6,5	9,0	4,8	5,7	5,0	
Tobak (gram/inv.)	4 264	4 445	3 637	2 000	2 100	1 900 (1981)	
Dödlighet/100 000 inv.							
Hjärt-/kärlsjukd	..	..	339,6	..	..	394,3	
Lungcancer	Män	24,6	40,4	63,2	20,8	31,8	43,0
	Kvinnor	3,7	7,1	14,5	5,8	8,7	15,5
Levercirros	Män	7,9	11,3	13,0	5,8	10,6	12,6
	Kvinnor	4,4	5,6	6,4	4,3	5,6	5,0

Källa: OECD, 1985.

Konsumtionen av smör har minskat i båda länderna men Sverige ligger fortfarande på en högre nivå. Vi uppvisar även en högre dödlighet i hjärt-kärlsjukdomar. Den högre dödligheten i lungcancer i Kanada motsvaras av en högre tobakkonsumtion. För levercirros och alkoholkonsumtion är sambandet mindre tydligt. I båda länderna ökar dödligheten i lungcancer och levercirros. Ökningen av lungcancer är dock betydligt högre i Kanada.

Andra mått på det allmänna hälsotillståndet i ett land är statistik över sjukfrånvaron. Den korta och medellånga sjukfrånvaron uppgick år 1981 till 19,6 dagar per sjukförsäkrad svensk. Motsvarande siffra för Kanada uppges i OECD-statistiken till 3,7 dagar. En direkt jämförelse är inte möjlig. I Kanada är kompensation vid sjukdom en fråga för arbetsmarknadens parter, vilket medför olika villkor beträffande arbetsgivarinträde, karensdagar och ersättnings storlek, vilket i sin tur påverkar sjukfrånvaron oavsett hälsotillstånd. De olika indikatorerna på befolkningens allmäntillstånd tyder på att kanadenserna har en relativt god hälsa jämförbar med Sverige och en rad andra västländer.

Finansiering

Huvudaktörerna i sjukvårdssystemet är den federala regeringen och provinserna. På federal nivå svarar hälsoministeriet (Health and Welfare Canada) för en övergripande reglering av sjukvårdssektorn och delar av finansieringen. Driftansvaret för hälso- och sjukvården innehåller av hälsoministeriet i respektive provins i samverkan med fristående producenter. Det nuvarande sjukförsäkringssystemet etablerades vid en relativt sen tidpunkt. Fram till 1960-talet svarade en blandning av olika offentliga och privata sjukförsäkringar för huvuddelen av finansieringen. I dessa inkluderades inte all service och många grupper stod utan försäkringsskydd. Den kraftiga utbyggnaden av sjukhusvården under 1960-talet var dock delvis skattefinansierad. För övrig vård förekom stora variationer mellan provinserna.

Den offentliga sjukförsäkringen för sjukhusen började att byggas ut på mitten av 1950-talet för att omfatta samtliga provinser år 1961. Medan den offentliga finansieringen av sjukhusvården var förhållandevis oomstridd, möttes den senare utbyggnaden av sjukförsäkringen till att omfatta läkarvården av starka protester från läkarförbundet och de privata försäkringsbolagen. Provinsen Saskatchewan var först med att pröva en fullständig offentlig sjukförsäkring, som kom att stå som modell för resten av landet. Baserat på dessa erfarenheter fattade det nationella parlamentet år 1968 beslut om *Medical Care Act* där riktlinjerna för en offentlig sjukförsäkring fastslogs. Alla kanadensiska medborgare anslöts till de offentliga sjukförsäkringarna i respektive provins. Försäkringen som från start endast omfattade två provinser var fullt etablerad först år 1971. Genom beslutet eliminerades de privata försäkringarna och de offentliga sjukvårdsprogrammen som tidigare svarat för finansieringen. Privata försäkringar, avseende vård och service som ingår i den offentliga försäkringen förbjöds även i lag.

Med den nya lagen ökade den federala regeringens roll som finansiär och reglerande myndighet. Den statliga styrningen begränsas dock till villkor om ett garanterat sjukvårdsutbud av viss basservice, storleken på patientavgifter, beslut om större investeringar samt kostnadskontroll. I lagen angavs de villkor beträffande omfattning, täckningsgrad och tillgänglighet, vilka provinserna måste uppfylla för att erhålla det finansiella stödet från den

federala regeringen, vilket uppgår till ca 50 %.

Provinserna svarar själva för den andra hälften av finansieringen genom egen beskattningsrätt. Den är dock begränsad till direkta skatter och arbetsgivaravgifter. Provinserna har genom den konstitutionella rätten till beskattning möjligheter att avgöra omfattningen och inriktningen av sina sjukvårdsprogram.

Den federala ersättningen till provinserna utgörs dels av ett generellt bidrag dels av en form av skatteutjämningsbidrag. Därmed varierar den federala finansieringen från ca 78–80 % för Yukon- och nordvästterritorierna till ca 45 % för British Columbia och Alberta. Sedan 1977 garanterar den federala regeringen sjukvården endast ett resurstillskott som motsvaras av den ekonomiska tillväxten. Tidigare utgick ett bidrag baserat på det ekonomiska utfallet inom sjukvården, vilket dels hade en kostnadsdrivande effekt, dels var administrativt krävande. Under 1970-talet ökade den federala andelen av sjukvårdskostnaderna till 58 % för att under 1980-talets början sjunka till ca 50 %.

En allmän tillgång till kvalificerad sjukvård har betraktats som en oomtvistlig målsättning inom den kanadensiska sjukvården. Till skillnad från förhållandena i USA har samtliga medborgare rätt till vård utan patientavgifter. Inga eller mycket låga patientavgifter har uttagits för den service som omfattas av den offentliga försäkringen (se Vayda & Deber, 1984, för en översikt).

Under slutet av 1970-talet kom principen om lika rätt till sjukvård delvis att sättas ur spel. För att kompensera sig för den federala åtstramningen vid tidpunkten började främst läkarna men även sjukhusen att ta ut mindre patientavgifter (extra-billing). I flera provinser accepterades tillvägagångssättet för att minska läkarnas krav på höjd taxe-ersättning. Från den federala regeringens sida betraktades förfarandet som ett åsidosättande av målen om en allmän tillgång till god sjukvård. En federal kommission kritiserade år 1980 i ett utlåtande bruket av extra patientavgifter för såväl läkar- som sjukhusvård. År 1984 antog så det nationella parlamentet den s. k. *Canada Health Act* under starka protester från provinserna och läkarförbundet. Lagen utformades så att ett extra uttag av patientavgifter automatiskt resulterade i motsvarande reduktion av det federala finansiella stödet. Med lagen försvann i praktiken möjligheterna till "extra billing". Efterhand har alla provinserna accepterat lagen och pa-

TABELL 4. Offentlig finansiering av olika vårdformer i procent av totala utgifter (1987).

	<i>Sjukhusvård</i>	<i>Öppenvård</i>	<i>Läkemedel</i>	<i>Totalt</i>
Kanada	91	73	26	75
Sverige	100	90	75	91

Källa: OECD, 1987 och 1990.

tientavgifter i stort sett eliminerats. Även om huvuddelen av sjukvården finansieras med offentliga medel förekommer andra finansieringskällor. Den privata finansieringen är totalt sett något större i Kanada än i Sverige (tabell 4).

För sjukhus- och läkarvård existerar inga patientavgifter. Undantag är t. ex. plastikkirurgi av kosmetisk karaktär. Extrautgifter som eget rum och annan icke-medicinskt betingad service betalar patienten själv. Läkemedel vid sjukhus är inkluderat i försäkringen, medan förskrivna läkemedel omfattas i varierande grad, främst för kroniskt sjuka. Vid långvård och sjukhemsvård för kroniskt sjuka betalar i regel patienterna avgifter i varierande grad. För den service som inte täcks av den offentliga försäkringen existerar fortfarande privata försäkringsalternativ. Ibland ingår dessa som en löneförmån betald av arbetsgivaren. Skillnaden för öppenvård gäller i stor utsträckning tandvården. Tandvården finansieras med privata försäkringar, med undantag av offentliga tandvårdsprogram för skolgång i ett antal provinser.

Patientavgifterna har spelat en obetydlig roll som medel för styrning och kostnadskontroll. Däremot har man tydligare än i t. ex. Sverige definierat den sjukvård som skall täckas av offentlig finansiering och därmed avgiftsbefrias.

Sjukhusvård

Sjukhusen i Kanada har av tradition en självständig ställning. Flertalet sjukhus drevs ursprungligen privat av stiftelser och andra icke-vinstdrivande organisationer. Efter hand har dock sjukvårdshuvudmännen ökat sitt inflytande även i driftsfrågor genom bl. a. styrelserepresentation. Sjukhusen drivs dock fortfa-

TABELL 5. Antal sjukhus och vårdplatser år 1985.

	<i>Kanada</i>	<i>Sverige</i>
Antal sjukhus	1 236	98
Sjukhus/milj. inv.	48,5	11,5
Totalt antal vårdpl/1 000 inv.	6,9	14,0
Somatisk korttidsvård vårdpl./1 000 inv.	4,4	5,0

Källa: OECD, 1987; Canadian Hospital Directory, 1987 och Landstingsförbundet, 1987.

rande som självständiga företag och har status av egen juridisk person. Privata vinstdrivande och federala sjukhus svarar endast för 2,4 % respektive 1,5 % av samtliga vårdplatser. I jämförelse med Sverige har Kanada en sjukhusstruktur med flera sjukhus och med ett färre antal vårdplatser (tabell 5).

Att antalet vårdplatser är betydligt fler i Sverige, förklaras i stor utsträckning av vår stora långvårdssektor. Utvecklingen i Kanada har inte, i motsats till Sverige, lett till en koncentration av sjukhusvården. Fortfarande existerar sjukhus med ca 20 vårdplatser på mindre orter, vilket innebär ett strukturproblem med duplicering av viss service samt låg teknisk kvalitet. Samtidigt har läkarna och patienterna en större frihet att välja sjukhus.

I internationella jämförelser uppvisar Sverige en stor andel sjukhusvård. I statistiken ingår dock även långtidssjukvård och psykiatri i varierande omfattning, vilket gör jämförelser osäkra. I tabell 6 redovisas statistiken för olika delområden inom sjukhusvården.

Av tabellen framgår att utbudet och konsumtionen av sjukhusvård i Sverige är klart större än i Kanada. För medicinsk och kirurgisk korttidsvård är dock skillnaderna mindre. Samtidigt framgår utnyttjandet av delade vårdavdelningar i Kanada (främst vid mindre sjukhus). Den stora skillnaden avser psykiatri och långvård. Eftersom psykiatri även bedrivs vid enheter som inte klassificeras som sjukhus i statistiken kan jämförelsen vara något missvisande (andra källor redovisar t. ex. 124 vårdplatser inom psykiatri per 100 000 inv.).

Sjukhusen finansieras genom en årlig budget som sätter en ram för verksamheten. Budgeten fastställs utifrån tidigare årsbudget med kompensation för beräknad inflation, ett visst utrymme för tillväxt baserat på den ekonomiska utvecklingen i

TABELL 6. Vårdplatser och vårddagar efter medicinsk specialitet vid offentliga sjukhus Kanada och Sverige år 1984.

	Kanada		Sverige	
	Antal 1 000-tal	Antal per 100 000 inv.	Antal 1 000-tal	Antal per 100 000 inv.
Vårdplatser				
Med korttidsv.	32,1	128	17,6	211
Kir. korttidsv.	32,9	132	19,9	238
Gem. med + kir.	31,3	125	..	...
S:a med + kir.	96,2	385	37,5	449
Psyk.	8,0	32	23,9	286
Övr. korttidsv	4,9	20	2,1	25
S:a korttidsv	109,2	437	63,4	760
Långvård	52,2	192*	51,6	346*
(varav rehab)	(4,1)	..	(2,2)	..
<i>Totalt</i>	161,4	646	115,0	1 379
Vårddagar				
Med korttidsv.	8 950,1	35 852	5 411,6	64 867
Kir korttidsv.	9 209,4	36 890	5 428,8	65 073
Gem. med + kir.	9 174,5	35 750	..	..
S:a med + kir.	27 334,0	109 492	10 840,4	129 940
Psyk	2 612,7	10 466	7 571,7	90 759
Övr. korttidsv.	1 316,3	5 273	40,6	487
S:a korttidsv.	31 263	125 231	18 452,7	221 186
Långvård	17 930,1	65 893*	17 897,2	119 873*
(varav rehab.)	(1231,6)	..	(666,0)	..
<i>Totalt</i>	49 193,1	197 053	36 350	435713

Källa: Canadian Hospital Directory, 1987 och Landstingsförbundet, 1986.

* Per 10 000 inv. 65 år och äldre.

landet samt granskning av inlämnade förslag om utbyggnad av verksamheter. Denna form av s. k. global budget ger sjukhusproducenterna en stor handlingsfrihet beträffande verksamhetens inriktning. Provinsregeringen fördjupar sig inte i detaljer och låter sjukhusen behålla eventuella överskott. Vid underskott kan sjukhusen genom att t. ex. påvisa större förändringar i efterfrågetrycket erhålla mer resurser. Flera sjukhus har dock år efter år uppvisat underskott som senare har efterskänkts av provinsregeringarna, inte sällan inför valår. Vid uppenbar vanskötsel har

provinsregeringen laglig rätt att ingripa och i sista hand även överta driften av sjukhuset.

Resurser för investeringar i byggnader och ny medicinsk teknologi finansieras separat i en kapitalbudget. Sjukhusen kan dock utnyttja andra finansieringskällor (bidrag, överskott av annan verksamhet) för investeringsändamål, vilket begränsar provinsmyndigheternas möjligheter att styra utbyggnaden av enskilda teknologier. Även om förändringar av nuvarande finansieringssystem inte är aktuell idag, förs diskussioner om hur ersättningen till sjukhusen bör utformas. Problemet med det nuvarande kostnadsbaserade ersättningssystemet är att det varken uppmuntrar eller belönar en effektiv sjukvårdsproduktion. En övergång till ett prospektivt ersättningssystem baserat på patientgrupper (t. ex. DRG) har dock inte planerats. De kanadensiska sjukhusen saknar i likhet med de svenska sjukhusen informationssystem där kostnaderna kan relateras till patientgrupper.

Antalet anställda läkare vid sjukhus är lågt. Flertalet läkare är privatpraktiserande med rätt att remittera patienter till sjukhusen. Enligt amerikansk modell väljer de sjukhus för behandling av egen patient. På detta sätt sker i viss mån en konkurrens om läkarna samt indirekt även om patienterna. Även om direkta ekonomiska incitament är obetydliga är sjukhusens status beroende av läkarnas val. Läkarna utövar en viss press på sjukhusen vad gäller tillgång på vårdplatser och medicinsk-teknisk utrustning. Samtidigt utgör uppdelningen finansiellt och organisatoriskt mellan privatläkare med remitteringsprivilegier och sjukhusinstitutioner ett integrationsproblem. Sjukhusens service betraktas av läkarna som en fri resurs eller input som finns till deras disposition.

Antalet sjuksköterskor per invånare är högre i Kanada, medan gruppen undersköterskor/biträden är betydligt lägre. Andelen sjuksköterskor (nurses) är 80 % mot undersköterskor/biträden (nurse assistants) 20 %. Sjuksköterskeyrket har en hög status, vilket även avspeglar sig i lönen som är betydligt högre än i Sverige. Karriärmöjligheterna är betydligt större för kanadensiska sjuksköterskor, som bl. a. har flera högre utbildningar på mastersnivå. Sedan den offentliga sjukförsäkringen för sjukhus etablerades under tidigt 1960-tal har den sjukhusanställda personalen (främst sjuksköterskor) årligen haft en 1,7 % högre löneförhöjning än andra grupper.

Läkarvård

Den medicinska professionen har behållit en relativt oberoende ställning i det offentliga sjukförsäkringssystemet. Redan på ett tidigt stadium när planerna för en utbyggd sjukförsäkring tog form agerade man för bevarad autonomi och patienternas rätt till fritt läkarval. Huvudparten av läkarna är privatpraktiserande och en mindre andel anställda vid sjukhus och institutioner (tabell 7).

TABELL 7. Antal läkare uppdelade på specialitet.

	<i>Antal läkare/ 1 000 inv.</i>	<i>Andel (%) Sjukhus- läkare</i>	<i>ÖV- spec.</i>	<i>ÖV-allmänl.</i>
Kanada	1,9	15,4	41,6	43,0
Sverige	2,3	72,3	6,7	21,0

Källa: Evans & Stoddart, 1986 och Landstingsförbundet, 1984.

Privatpraktiserande specialister tjänstgör en stor del av arbetstiden även vid sjukhusen genom remittering för sjukhusvård. Utbudet av öppenvård är dock betydligt större i Kanada. Läkare anställda på sjukhus har i regel fast månadslön medan de privatpraktiserande läkarna ersatts med prestationslön. För den sistnämnda gruppen erhåller läkarförbundet i respektive provins en klumpsumma efter förhandlingar med provinsregeringen. Förbundet har sedan stora möjligheter att i förhandlingarna själv påverka fördelningen och fastställandet av läkartaxor. Den fria etableringsrätten begränsar provinsernas möjligheter att kontrollera utbudet av läkarvård. På senare tid har man i bl. a. British Columbia försökt att styra läkare till glesbygd genom att kontrollera etableringen i tätbefolkade områden.

Även om provinsregeringarnas ställning som monopsonister (ensam köpare) har ställt läkarna i ett starkt beroendeförhållande har förhållandet mellan provinsregeringarna och de olika läkarförbunden i provinserna under åren varit relativt harmoniskt. Statistik över läkarnas inkomster visar att man lyckats bibehålla relativt höga löner visavi andra grupper (tabell 8).

TABELL 8. Årslön relativt andra grupper och i absoluta tal, år 1970 och 1981.

	Lön relativt andra grupper		Årslön i absoluta tal (USD KKP)	
	1970	1981	1970	1981
Kanada	5,1	4,1	37 800	72 700
Sverige	3,7	2,1	25 500	35 300
OECD-genomsnitt	3,5	2,8	25 800	46 800

Källa: OECD, 1987.

Som framgår av tabellen har de kanadensiska läkarna bibehållit sina relativlöner samtidigt som man internationellt behållit sin position. I Sverige noteras en utveckling mot relativt sett en lägre lönenivå. De kanadensiska läkarna har kompenserat sig för försämrad taxe-ersättning genom att utföra flera komplexa behandlingar. Läkarnas möjligheter att påverka sin lön varierar mellan länderna. Medan svenska läkare har fast månadslön ersätts läkarna i Kanada enligt FFS-principen (fee-for-service, d. v. s. taxa för olika åtgärder), vilket ger incitament till ökad arbetsinsats. De kanadensiska läkarna arbetar i princip efter samma incitamentstruktur som de amerikanska, vilka arbetar ca 58–60 timmar i veckan under 48–49 veckor per år. Motsvarande arbetsinsats för svenska läkare är 40 timmar i veckan under 42 veckor per år.

TABELL 9. Läkarbesök per invånare olika år.

	1970	1980	1987
Kanada	4,3 (72)	5,4	6,6
Sverige	1,9 (71)	2,6	2,7

Källa: OECD, 1990.

Det relativt stora utbudet av läkarvård utgör den initiala vårdkontakten vid sjukdom. Genom att tillträde till sjukhus förutsätter en läkarremiss har läkarna en roll som "gate keeper". Några klara ekonomiska incitament att hålla patienten utanför sjukhuset finns dock ej. Utnyttjande av läkarvård är högre i Kanada vilket är naturligt med tanke på skillnader i läkarnas incitamentstruktur mellan de båda länderna samt dominansen av sjukhusvård i Sverige.

Prestationsersättningen av läkarna ger incitament till överkonsumtion. Utnyttjandet är dock begränsat av ett tak för varje läkare/praktik. Om taket överskrids reduceras ersättningen per patient/service successivt. Genom att kostnaderna för läkarvården begränsas av en ekonomisk ram har myndigheterna överlåtit åt den medicinska professionen att själv hantera den inbördes fördelningen.

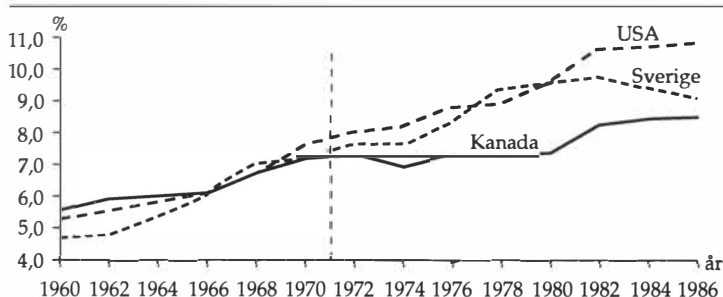
Läkemedelskostnaderna uppgick år 1987 till ca 11 % av de totala sjukvårdskostnaderna. Priserna på läkemedel i Kanada är vid en internationell jämförelse relativt låga. Förklaringen är att man sedan 20 år tillämpat en konkurrens med begränsat patentskydd. Avsaknaden av en egen läkemedelsindustri är en naturlig förklaring till denna policy. Under senare år har det dock förts en intensiv debatt om huruvida det nuvarande systemet ska behållas. Debatten kan ses som en del i de handelspolitiska förhandlingarna med USA. De amerikanska läkemedelsbolagen har framfört önskemål om ett förbättrat patentskydd mot att man i större utsträckning avser att förlägga forskning och utveckling av läkemedel till enheter i Kanada.

Kostnadsutveckling

En anledning till den internationella uppmärksamheten av kanadensisk sjukvård var den begränsade ökningen av sjukvårdskostnaderna under 1970-talet. Hälso- och sjukvårdskostnaderna låg under hela 1970-talet oförändrat på ca 7 % av BNP. Detta mönster avvek från flertalet västländer. Införandet av det offentliga försäkringssystemet har angetts som en förklaring till utvecklingen. Som framgår av figur 1 utvecklades sjukvårdskostnaderna i Kanada och USA i samma takt fram till införandet av det nya försäkringssystemet år 1971.

Den relativa ökningen i Kanada under tidigt 1980-tal förklaras delvis av en låg ekonomisk tillväxt, men delvis av en större reell tillväxt inom sjukvården. Det kan även vara av intresse att jämföra de realekonomiska resurser som satsas på sjukvård i respektive system. Det förutsätter att kostnaderna redovisas i samma valuta, vanligtvis i USA-dollar. Som tidigare påpekats motsvaras

FIGUR 1. Hälso- och sjukvårdskostnadernas andel av BNP i USA, Sverige och Kanada åren 1960–1986.



Källa: OECD, 1987 och 1990.

växelkursernas fluktuationer inte alltid av förändringar av den reella köpkraften. En justering med köpkraftsparitetindex (KKP) baseras dock inte på sjukvårdstjänster vilket gör jämförelser osäkra. I tabell 10 framgår sjukvårdskostnaderna per capita i Kanada och Sverige för officiell och KKP-justerad kurs.

TABELL 10. Sjukvårdsutgifter per capita USD växelkurs (vx) och med KKP-index (BNP-KKP).

	1970		1980		1985		1987	
	vx	BNP-KKP	vx	BNP-KKP	vx	BNP-KKP	vx	BNP-KKP
Sverige	298	277	1 424	874	1 125	1 187	1 690	1 233
Kanada	279	281	788	822	1 144	1 285	1 371	1 471

Källa: 1970, 1980: OECD, 1985.

1985, 1987: OECD, 1990.

Sjukvårdsutgifterna per capita var under större delen av 1970-talet och början av 1980-talet större i Sverige än i Kanada. Efter justering med KKP-index minskar dock skillnaderna kraftigt. Under senare år uppvisar Kanada högre utgifter än Sverige. En stor del av skillnader under senare år kan förklaras av en löneeftersläpning i Sverige snarare än skillnader i volymtillväxt.

Studerar vi de nominella ökningarna av sjukvårdsutgifterna under perioden 1960–1984 finner vi att dessa ökat med 12,5 %

årligen för Kanada och 13,7 % för Sverige. De nominella ökningarna består dels av prisökningar, dels volymförändringar. Prisökningar beror dels på den allmänna prisnivån, dels på prisökningar specifika för sjukvården. Den reella ökningen kan i sin tur brytas ned i två poster; demografi och vårdintensitet. En kartläggning av faktorer som påverkar kostnaderna visar inte några större skillnader mellan länderna. Den reala ökningen är något större i Sverige och förklaras i större grad av en högre vårdintensitet. Betydelsen av de demografiska förändringarna (befolkningsstorlek och åldersstruktur) är relativt liten under perioden. Vi kan även konstatera att volymkomponenten (vårdintensiteten) väger tyngre än priskomponenten i Sverige, medan ett motsatt förhållande observeras i Kanada. En mindre satsning på antal anställda (volym) och mer lön till personal (pris) framgår av tabell 11 samt av tidigare redogörelse för relativlöner.

TABELL 11. Sjukvårdens andel av total sysselsättning (%).

	<i>Andel av befolkningen sysselsatt inom sjukvården</i>		<i>Andel av yrkesverk- samma</i>	
	1960	1981	1960	1981
Kanada	0,8	2,2	2,2	4,8
Sverige	1,4	3,8	3,2	7,4

Källa: OECD, 1985.

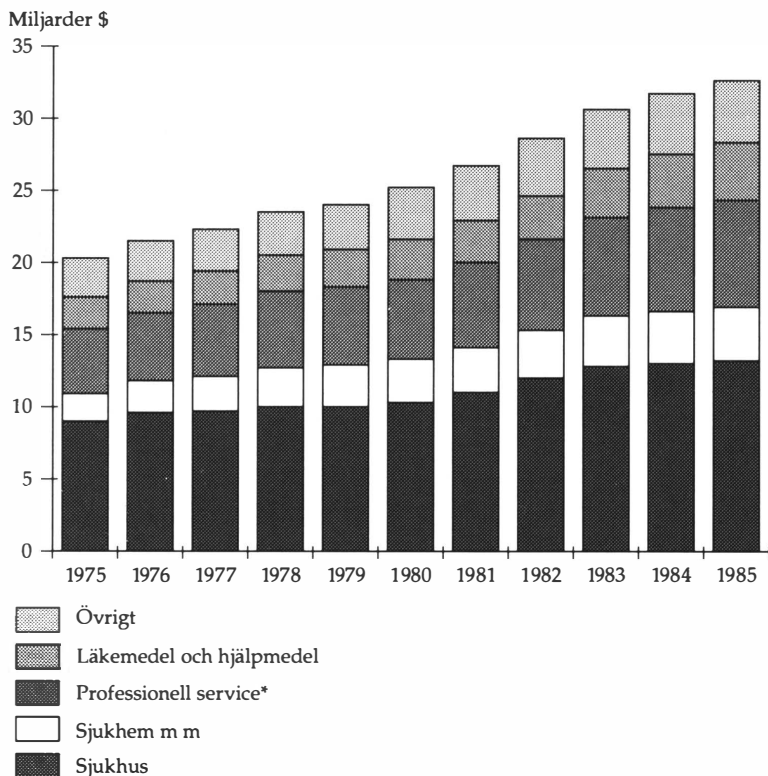
Den avgörande skillnaden i personalstrukturen är det stora antalet anställda sjukvårdsbiträden/undersköterskor inom svensk sjukvård.

Fördelningen och utvecklingen av kostnaderna för olika typer av sjukvårdstjänster framgår av figur 2. Kostnaderna för sjukhusvård utgör den största posten och svarar även för den snabbaste ökningen. Totalt har kostnadsandelen för institutioner ökat från 44 % år 1960 till 55 % år 1982.

Sjukhuskostnadernas andel av BNP var vid införandet av det offentliga sjukförsäkringssystemet år 1971 3,33 % mot 3,50 % år 1985. Motsvarande andel för läarkostnaderna var 1,32 % respektive 1,35 %. Under senare år har kostnaderna för andra institutionsformer ökat. Det gäller olika typer av långvårdsinrättningar för äldre.

Den kanadensiska sjukvården har under 1970-talet bedrivits un-

FIGUR 2. Sjukvårdskostnadernas utveckling i Kanada, 1975–1985. Fördelade på olika typer av sjukvårdstjänster. (1981 års priser.)



* Ersättning till läkare, tandläkare och andra professioner

der en effektiv kostnadskontroll i jämförelse med andra västländer. Samtidigt kan en tillfredsställelse med den erbjudna sjukvården noteras i opinionsundersökningar hos befolkningen. Monopoliseringen av finansieringen till en enda källa har lyfts fram som en förklaring till den relativt moderata kostnadsökningen under framför allt 1970-talet. Sjukhusen har för sin budget och läkarna för taxesättningen varit beroende av de provinsiella sjukvårdsmyndigheterna. Evans (1982) har i detalj analyserat vilka mekanismer som tillämpats för att kontrollera kostnaderna. Slut-

satsen var att man i större utsträckning lyckats pressa beloppen för taxeersättning och inkomster snarare än arbetsinsats samt för sjukhusen begränsat den fysiska kapaciteten och budget snarare än att styra behandlingsmetoderna. Avgörande för en god kostnadskontroll är således kontrollen av ersättningssystemen. Inslagen av reglering och ekonomiska incitament till producenter och konsumenter har haft en mindre betydelse som styrinstrument.

Under 1980-talet har sjukvårdskostnadernas andel av BNP börjat stiga relativt kraftigt igen. Det kan till en del förklaras av en försämrad ekonomisk tillväxt. Förhandlingarna mellan sjukvårdsmyndigheterna och producenterna har under senare år inte saknat inslag av konfrontation. Från såväl den medicinska professionen som sjukhusledningarna har påtryckningarna varit starka för att öka tilldelningen av resurser. Ett problem är att ersättningssystemet till läkarna är ett s. k. open-ended system. FFS-systemet för läkarna ger sjukvårdsmyndigheterna endast ett instrument för priskontroll, utan möjlighet att kontrollera utnyttjandegraden. Ett visst tak för vårdutnyttjande existerar dock genom att ersättningar utgår till ett begränsat antal besök och behandlingar per läkare under ett år.

Även om sjukvården i Kanada under en lång period levererat en kvalitativt god sjukvård till en acceptabel kostnadsnivå, har kritiska invändningar angående effektiviteten inte saknats:

1. Vissa behandlingsmetoder används utöver en nivå som ansetts ge effekt,
2. då flera metoder förekommer med en god effekt, används inte den mest kostnads-effektiva metoden,
3. ett ersättningssystem används baserat på fee-for-service för ensampraktiserande läkare trots att alternativa organisationsmodeller med bl. a. grupppraktik visat sig vara effektivare (Stoddart, 1985). Som exempel anges främst erfarenheterna av HMO i USA, men även utvärderingar av liknande system i Kanada.

Vårdutnyttjande

I det kanadensiska systemet spelar vårdgivarna utanför sjukhusen en större roll än i Sverige. De privatpraktiserande läkarna

innehar en nyckelroll i systemet som beslutsfattare för insatser i såväl den öppna som den slutna vården. Som tidigare framgått är utnyttjandet av slutenvård lägre och utnyttjandet av öppenvård högre i Kanada jämfört med Sverige. Den genomsnittliga medelvårdtiden är längre i Sverige, vilket förklaras av en större andel långvård och psykiatri. För korttidsvård är medelvårdtiden och beläggning lika för länderna.

Andelen satsade resurser inom sjukvården i Kanada har under hela 1970-talet och början av 1980-talet varit mindre än i Sverige (se figur 1). Samtidigt kan vi konstatera att debatten om köer och väntetider är marginell i jämförelse med vårt land. Kritik mot väntetider, vanligtvis räknat i månader, förekommer. Då ofta med utgångspunkt från situationen i USA där en god tillgänglighet värderas högt. Köer kan undvikas genom att begränsa tillträdet till sjukvården. Frånvaron av patientavgifter i den kanadensiska sjukvården innebär dock att de ekonomiska restriktionerna att söka vård är minimala. Den kanadensiska sjukvården är med andra ord minst lika öppen för konsumenten som den svenska. Det finns emellertid andra icke-ekonomiska ransoneringsmekanismer som kan försvåra ett tillträde till vården. Eftersom problematiken kring köer främst berör kirurgiska ingrepp kan statistik över de mest förekommande operationsingreppen ge vägledning om huruvida skillnader i köer förklaras av hårdare ransonering eller effektivare produktion.

En hög operationsfrekvens är naturligtvis i sig inget kriterium för en effektiv konsumtion. Det är t. ex. ett välkänt faktum att en del av den höga frekvensen av tonsillektomier i Nordamerika kan betraktas som överkonsumtion. Operationsfrekvensen är generellt högre i Kanada än i Sverige trots lägre sjukvårdskostnader med färre läkare, personal och vårdplatser.

En förklaring kan vara att läkarnas egenintresse av att behandla patienten medför ett tryck på sjukhusen i Kanada, som därmed tvingas anpassa den begränsade kapaciteten till den efterfrågan som läkarna åstadkommer. Detta kan resultera i att en hög produktivitet och en dynamisk effektivitet upprätthålls.

Läkarnas självständiga ställning skulle också kunna förklara varför köer är ett mindre problem. Kanadensiska läkare har (på kort sikt) ett mindre intresse av att använda köer som påtryckningsmedel för ökade resurser. Samtidigt är remitteringsförfa-

TABELL 13. Utskrivningar per 100 000 invånare för vissa operations-
ingrepp.

	1975	1977	1980		1983/84	1983
	Kanada	Sverige	Kanada	Sverige	Kanada	Sverige
Hysterektomi	572	118	470	139	490	144
Gallstensop	332	143	218	112	227	105
Prostataop	231	199	229	273	261	325
Tonsillektomi	501	55	276	58	236	77
Ljumsnbräckop	231	196	207	214	208	216
Ögonlinsop	117	95	138	110	192	152
Blindtarmsop	170	177	143	164	133	167
Hemorroidop	83	32	60	32	63	39
Höftledsrek.	—	66	—	91	57	106
Coronary by-pass	20*	3	27	6	35	15
Dialys + trans- planterade	121	99	238	209	286	275**

Källor: OECD 1985, Landstingsförbundet 1984, Statistics Canada 1988, Socialstyrelsen Patientstatistik.

* Ontario 1977

** År 1985.

randet inom kanadensisk sjukvård mindre formaliserat än i det svenska systemet. Läkarna har även möjlighet att välja sjukhus för operation, vilket ger möjligheter till ett flexibelt resursutnyttjande. Om skillnaderna i köer kan förklaras med skillnader i incitament är naturligtvis högst hypotetiskt men saknar inte helt empiriskt stöd. Det är möjligt att de två motstridiga ersättnings-systemen ger en högre produktivitet samtidigt som den totala kostnaden blir lägre.

Det har diskuterats om de motstrida incitamentstrukturerna är förenliga på lång sikt. Samtidigt konstateras att modellen trots allt har fungerat i tjugo år.

Den regionala strukturen ger provinserna stora möjligheter att självständigt avgöra inriktning och omfattning av sjukvården. Följaktligen varierar vårdutnyttjandet mellan provinserna. Det är främst de nordliga territorierna och glesbefolkade provinserna som avviker från riksgenomsnittet (tabell 14).

TABELL 14. Utbud, vårdutnyttjande och kostnader, Kanada och provinserna år 1983.

<i>Kanada/provins</i>	<i>Vpl/ 1 000 inv.</i>	<i>Utskrivn./ 1 000 inv.</i>	<i>Antal inv/ läkare</i>	<i>Kostnad per inv. (1985)</i>
Kanada	6,5	144,1	100	100
Newfoundland	5,3	154,3	86,2	82
Prince Edward Island	5,4	191,6	61,6	82
Nova Scotia	6,1	166,3	102,1	91
New Brunswick	6,0	167,4	66,9	86
Quebec	7,9	114,3	104,7	96
Ontario	5,5	143,5	104,9	102
Manitoba	6,0	157,4	102,4	103
Saskatchewan	6,9	201,9	80,3	97
Alberta	7,2	177,4	85,8	110
British Columbia	6,7	146,8	104,9	103
Yukon & N.W.T.	3,5	120,2	—	182

Källa: Canadian Hospital Directory, 1987.

De regionala variationerna mellan provinserna (Yukon & N.W.T. undantaget) har emellertid minskat under senare år. De inbördes positionerna har även skiftat under årens lopp. Generellt har dock de två västliga provinserna British Columbia och Alberta haft högre sjukvårdskostnader än övriga provinser. De glesbefolkade provinserna i öst, Newfoundland, Prince Edward Island och New Brunswick har genomgående haft en lägre sjukvårdskonsumtion men närmat sig den genomsnittliga nivån i Kanada. Den höga per capita-kostnaden i Yukon & N.W.T. förklaras av en extremt låg befolkningstäthet och långa avstånd.

När principerna för den federala ersättningen ändrades och kopplades till den samhällsekonomiska utvecklingen infördes även en fördelning baserad på provinsernas skattekraft. Den statliga ersättningen till de nordliga territorierna och provinserna uppgår i vissa fall till 75 % av de totala sjukvårdskostnaderna.

Även fördelningen av vårdplatser och läkare varierar kraftigt mellan provinserna. I flera av de glesbefolkade provinserna är läkartätheten låg, vilket förklarar det lägre utnyttjandet av läkervård i vissa provinser. Variationerna i såväl utbud som vårdutnyttjande har minskat över tiden, men visar ändå att det kana-

densiska sjukvårdssystemet utgörs av tio relativt oberoende system där inriktning och omfattning av sjukvården avgörs lokalt. Ett antal studier har även visat att variationerna inom provinserna är betydande beträffande läkartäthet och vårdkonsumtion.

Äldreomsorg

Kanada har i en internationell jämförelse en relativt ung befolkning. Andelen personer över 65 år uppgick till 9,5 % år 1980 (OECD-genomsnitt 12,2 %). Under 1980-talet noterades en kraftig ökning av andelen äldre. Till år 2000 beräknas andelen äldre (över 65 år) uppgå till 12,8 %. Utvecklingen med en förskjutning av befolkningspanoramat mot fler äldre beräknas gå betydligt snabbare än i t. ex. Sverige.

Äldreomsorgen omfattar för det första långvård som finansieras och administreras av provinserna. År 1980 uppgick antalet vårdplatser inom sektorn *nursing homes* till 80 000 eller 3,1 per 1 000 invånare (Sverige 5,9). Därutöver finns institutionsvård som administreras av kommunerna. Hemsjukvården är mindre väl utbyggd än den traditionella sjukvården. Hemsjukvården ges framförallt i direkt anslutning till sjukhusvård. Delar av hemsjukvården har byggts ut för att avlasta sjukhusen. Dessa enheter administreras av sjukhusen och är integrerade i vårdepisoden för att undvika att klinikfärdiga patienter blockerar akuta vårdplatser. Vid en del sjukhus har man valt att kontraktera ut driften till frivilligorganisationer som Röda Korset eller the Victorian Order of Nurses.

I övrigt kan det konstateras att hemsjukvården inte har samma utbyggnad som i Sverige. Diskussioner förs alltmer om behovet av insatser för äldre med den ökade andelen åldringar. Idag finansieras hemsjukvården med en blandning av privata och offentliga medel. Ansvaret ligger på kommunerna som uppvisar stora skillnader i tillgång på service. Satsningar från myndigheternas sida omfattar servicebostäder, bättre pensioner och hemhjälp genom s. k. *community health centres*. En stor del av äldreomsorgen betalas med individens egna medel. I synnerhet i de kommuner som gjort mindre offentliga satsningar på hemsjukvård. I

vissa fall är avgifterna relaterade till inkomsten. Många äldre saknar ett försäkringsskydd som täcker icke medicinska behov i samband med åldrandet. I provinser som Manitoba och Quebec ingår olika typer av hemsjukvård i den offentliga sjukförsäkringen utan någon patientavgift. Äldreomsorgen är således mycket beroende av vistelseort samt individens egna medel.

Ledning och styrning

Den kanadensiska sjukvården är i grunden administrativt styrd med vissa inslag av marknadsstyrning. Beslut rörande sjukvårdens finansiering, omfattning och huvudsakliga inriktning fattas av politiker på federal och provinsiell nivå. I jämförelse med det svenska systemet begränsas politikernas roll i stort till denna nivå i Kanada. Under senare år har ett antal provinser tillsatt regionala rådgivande organ, s. k. distriktsvårdsstyrelser, t. ex. *District Health Councils* i Ontario. Dessa organ består av lokala politiker som tar fram underlag till beslut om nyinvesteringar och prioriteringar. Deras befogenheter och möjligheter att styra verksamheten är starkt begränsade och syftet är främst att fungera som rådgivare till provinsregeringen.

Sjukhusen har som framgått en oberoende status med en egen styrelse. Tidigare utsågs styrelsemedlemmarna inom den orden eller stiftelse som ägde sjukhuset. Styrelsen kom främst att bestå av socialt framstående individer med anknytning till stiftelsen. Under senare tid har styrelserepresentationen i en del provinser breddats och medlemmarna utses av provinsregeringarna. Det har dock inte inneburit att politikerna involverats i styrelsearbetet. I t. ex. Quebec består styrelsen vid ett allmänt sjukhus av två representanter för konsumenterna (patienter), två representanter för större socio-ekonomiska grupper (t. ex. företag och frivilligorganisationer i regionen), fyra representanter för ägarna (väsentligen från den gamla styrelsen), en representant för anställda, en representant för läkarna samt en representant för icke-medicinsk personal (administratör).

Provinsregeringarnas ekonomiska styrmedel gentemot sjukhusen har gått från specificerade budgetar (line-by-line) till

generella anslag (global budgets). För större investeringar och nya sjukvårdsprogram fordras dock godkännande av provinsregeringarna.

Det är ett uttalat önskemål att sjukhusen ska drivas affärsmässigt. En position som styrelsemedlem innebär en viss status även om den inte kan jämföras med den marknad som finns för styrelserepresentation inom näringslivet. Breddningen av styrelserna syftar även till att bättre kunna matcha sjukhusledningens kompetens. Den nya sammansättningen har på vissa håll mottagits negativt av den administrativa professionen, som ansett att det tidigare stödet av en kompetent och enig styrelse reducerats och representanter för olika särintressen flyttat fram sina positioner samt att styrelsens engagemang i renodlade driftsfrågor ökat (se t. ex. Eiken (1984) om utvecklingen i Quebec).

Den interna styrningen av sjukhusen uppvisar även gemensamma problem med de svenska sjukhusen. Information om kostnader för olika enheter och prestationer är bristfälliga. Samtidigt konstateras att kostnaderna för sjukvårdsinstitutioner, främst sjukhus, har ökat som andel av de totala sjukvårdsutgifterna. Eftersom den nuvarande budgettilldelningen endast baseras på kostnader för insatsfaktorer i produktionsprocessen har föga intresse funnits att utveckla mer avancerade informationssystem. Relevant information i syfte att analysera den tekniska effektiviteten saknas i dag. Behovet av förbättrad information för interna (styrning) och externa (jämförelser) syften har föranlett provinserna att i samarbete med den federala regeringen utveckla och implementera ett generellt ekonomistyrningssystem. Projektet, Management Information Systems (M.I.S), har följande principiella målsättningar:

- att bättre mäta relationen mellan resurser och prestationer genom att integrera ekonomi-, arbetstygnd- och patientadministrativa system
- att förbättra aktualiteten och jämförbarheten av information som samlas in vid kanadensiska sjukvårdsinstitutioner.

Informationssystemet är utformat för att identifiera resursutnyttjandet på patientspecifik basis. Systemet har givits hög flexibilitet för att kunna användas för flera ändamål och på olika nivåer. Det ger även institutionerna möjlighet och vägledning att använda

och integrera lokala system. M.I.S. prövas sedan år 1987 vid ett tiotal sjukhus. Någon utvärdering av systemet har hittills inte presenterats.

En allt vanligare företeelse i USA är att sjukvårdsinstitutioner, oberoende av ägarstruktur, har managementfunktionen utkontrakterad (contract management). Erfarenheterna av privat utkontrakterad drift av sjukvård i Kanada inskränker sig till ett enda fall, vilket dock väckt stor uppmärksamhet. Försöket vid Hawkesbury General Hospital i Ontario inleddes år 1982 då det amerikanska konsultföretaget American Medical International (AMI) tog över driftansvaret. Sjukhuset hade under tidigare år haft ett årligt underskott på i genomsnitt CAD 350 000. Redan under år 1983 gav resultatet ett överskott på CAD 400 000. Besparingarna har främst berört driftkostnaderna, medan utgifter för personalutbildning och investeringar ökat.

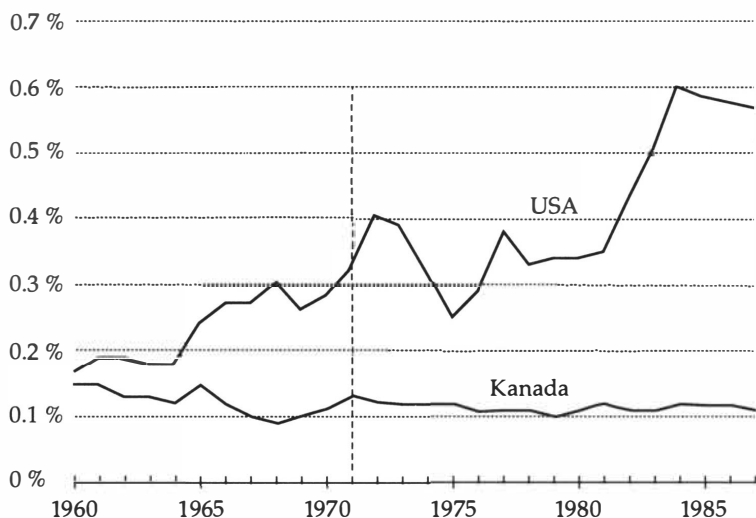
Styrelsen för sjukhuset har slutit ett kontrakt över tolv år med AMI till en årlig kostnad på CAD 300 000, årligen justerat för inflation. Ett avgörande motiv för att ingå avtalet var den möjligheten AMI hade att garantera ett lån på CAD 6 000 000 för investeringar och renoveringar. I vilken utsträckning det förbättrade utfallet är resultatet av en effektivare produktion är idag oklart. Generellt gäller att kunskapen om mekanismerna bakom omvandlandet av underskott till överskott är liten.

En frågeställning som diskuterats vid jämförelser med det amerikanska sjukvårdssystemet är omfattningen av kostnader för att styra och administrera sjukvårdssystemen. Förespråkare för det kanadensiska systemet (se t. ex. Evans et al., 1989) poängterar de låga administrativa kostnaderna i Kanada, vilka förklaras av monopoliseringen av finansieringen till en källa (figur 3).

Som framgår av figuren uppvisar Kanada klart lägre administrationskostnader för sin sjukförsäkring. Skillnaderna har även ökat sedan det offentliga sjukförsäkringssystemet infördes.

Provinsregeringarnas styrning av läkarna hanteras genom årliga förhandlingar med läkarförbunden i respektive provins. Andra regleringar avser uttag av patientavgifter, utbildningsplatser och i vissa provinser etableringskontroll. De inbördes finansiella förhållandena hanteras inom läkarförbunden. Förhållandet mellan provinsregeringarna och läkarförbunden är den relation inom systemet där spänningarna varit som störst. Läkarförbunden

FIGUR 3. Administrationskostnader för sjukförsäkring som andel av BNP, USA och Kanada.



har genomgående riktat kritik mot under-finansiering av det offentliga sjukförsäkringssystemet. Genom monopoliseringen av finansieringsfunktionen har de kanadensiska läkarna, i motsats till sina kollegor i USA, inte kunnat utnyttja alternativa finansieringskällor för att öka intäkterna. Erfarenheterna visar att läkarna bibehållit sina relativlöner samtidigt som den befarade emigrationen av läkare till USA är obetydlig. Spridning av ny medicinsk teknologi har dock varit långsammare i Kanada än i USA vilket utgjort en del av kritiken mot under-finansiering.

Relationen administration – läkare inom sjukhusen är relativt lite belyst. Traditionellt har sjukhusadministrationen haft ett starkt stöd av sjukhusstyrelsen samtidigt som läkarna till stor del respekterat en administration som agerat på mandat av styrelsen. Erfarenheter av den nya styrelserepresentationen i Quebec tyder på att administrationen upplevt ett reducerat stöd från styrelsen i arbetet med läkarna. Läkarna har även i ökad utsträckning försökt att vända sig direkt till styrelsen för att driva igenom sina frågor. Ett generellt intryck är dock att de kanadensiska administratörerna har en starkare position gentemot läkarna än motsvarande i Sverige.

Slutsatser och lärdomar

Det kanadensiska sjukvårdssystemet karakteriseras av det regionala huvudmannaskapet, den offentliga finansieringen och en privat produktion av sjukvården. Erfarenheterna från Kanada visar att det är möjligt att kombinera ett offentligt finansieringsmonopol med fristående och i viss mån konkurrerande producenter.

De välfärdspolitiska målsättningarna om en allmän tillgång på en kvalitativt god sjukvård är gemensam med länder som Storbritannien och Sverige. Separationen av finansierings- och produktionsansvaret skiljer dock Kanada från dessa länder.

Kanada uppvisade under 1960- och 1970-talen en lägre kostnadsutveckling än övriga industriländer. Den lägre kostnadsutvecklingen inleddes samtidigt som införandet av det offentliga försäkringssystemet. Sjukvården i Kanada har under perioden kunnat tillgodose befolkningens vårdbehov väl i jämförelse med andra länder.

Läkarnas autonoma status kombinerat med en ekonomisk ram för deras agerande kan vara en förklaring till att till synes motstridiga målsättningar som kostnadsbegränsning och produktivitet kunnat kombineras. En annan effekt av fristående läkare är en högre konsumtion av öppen vård och mindre slutenvård.

Att utifrån erfarenheter från hälso- och sjukvården i ett land dra lärdomar för andra är ofta problematiskt. Historiskt och kulturellt betingade egenskaper är ofta omöjliga att importera. Samtidigt kan emellertid internationella erfarenheter ge uppslag till förändringsarbete. Nedan följer ett antal punkter som sammanfattar egenskaper i det kanadensiska systemet.

1. *Kombinationen offentlig finansiering och privat produktion.* Förändringen från ett sjukvårdssystem enligt amerikansk modell till en offentlig sjukförsäkring har varit framgångsrik och genomförts med bred förankring. De välfärdspolitiska målsättningarna om en offentlig finansiering har kombinerats med en fristående produktionsapparat.
2. *Kostnadskontroll.* Monopoliseringen av finansieringsfunktionen betraktas allmänt i Kanada som en förklaring till kontrol-

len av sjukvårdskostnaderna. Detta har dock inneburit inslag av regleringar på olika nivåer. Det är främst budgetkopplingen till den ekonomiska tillväxten samt användandet av budgetramar som utgjort medlen. Samtidigt har kostnadskontrollen inte inskränkt läkarnas autonomi eller sjukhusens oberoende status nämnvärt.

3. *Stark ställning för den medicinska professionen.* Läkarna utgör en motor i produktionssystemet. Genom sin roll som både primär och sekundär vårdgivare har man nyckeln till vårdutnyttjandet inom vissa ramar. De starka incitamenten ger förutsättningar för en hög produktivitet samt relativt snabb introduktion av nya behandlingsmetoder. Huvudmännens politik har varit att begränsa antalet läkare samt att sätta ett tak för ersättningen. Kostnaden för en fristående medicinsk profession är en högre frekvens av onödiga ingrepp och konflikter om taxersättning.
4. *Styrning av institutioner.* Sjukhus och institutioner har i stort bibehållit en oberoende status under den offentliga försäkringen. Politikernas engagemang i renodlade driftsfrågor har varit minimalt även om det under senare år funnits tendenser till ökad inblandning.
5. *Valfrihet.* Två typer av marknadsstyrning förekommer i det kanadensiska systemet. Det gäller främst patientens rätt till fritt läkarval, som gör läkarna direkt beroende av patienten. Den andra typen av marknadsstyrning avser läkarnas val av sjukhus. Konsekvenserna för den typen av marknadsstyrning är mera oklar, men påverkar troligen utbudet av sjukhusens tjänster.

Referenser

- Canadian Hospital Directory* 1987. Canadian Hospital Association.
- Eiken, J., *Hospital Power Structure and the Democratization of Hospital Administration in Quebec*. Social Science and Medicine, vol 18, ss 221–228, 1984.
- Evans, R., *Health Care in Canada: Patterns of tending and regulation*. I McLachlan, G & Maynard, A: The Public/Private Mix for Health. The Nuffield Provincial Hospital Trust, London, 1982.
- Evans, R. & Stoddart, G., *Medicare at Maturity: Achievements, Lessons and Challenges*. Calgary, University of Calgary Press, 1986.
- Evans, R., Lomas, J., Barer, M. et. al., *Controlling Health Expenditures – The Canadian Reality*. New England Journal of Medicine, vol. 320, ss. 571–577, 1989.
- Landstingsförbundet, *Statistisk årsbok för landsting*. Stockholm, 1984, 1986 och 1987.
- OECD, *Measuring Health Care 1960–1983: Expenditure, Costs, and Performance*. Social Policy Studies No 2, Paris, 1985.
- OECD, *Financing and Delivering of Health Care: A Comparative Analysis of OECD Countries*. Social Policy Studies No 4, Paris, 1987.
- OECD, *Health Care Systems in Transition – The Search for Efficiency*. Social Policy Studies No 7, Paris, 1990.
- Stoddart, G., *Rationalizing the Health-care system*. I: Courchen, T., Cohen, D. & Cook, G., *Ottawa and the Provinces: The Distribution of Money and Power*. Ontario Economic Council, Toronto, Ontario, 1985.
- Vayda, E. & Deber, R., *The Canadian Health Care System: An Overview*. Social Science and Medicine, vol 18, ss 191–197, 1984.

3. *Hälso- och sjukvården i Nederländerna*

Lena Finnström

Introduktion

Det nederländska hälso- och sjukvårdssystemet som just nu befinner sig i en omfattande förändringsprocess, är intressant att studera ur flera aspekter. För det första har man en gammal tradition med privat tillhandahållen vård som uppskattats av allmänheten. För det andra har man betydande inslag av privata försäkringar när det gäller finansieringen av sjukvården. För det tredje diskuteras radikala reformer för att förbättra sjukvården och för att hejda de stigande kostnaderna.

Under 1980-talets första hälft stärktes regleringen av hälso- och sjukvårdssektorn i syfte att få kontroll över kostnadsökningarna och råda bot på den bristande effektiviteten. Idag går utvecklingen i en helt annan riktning; man vill minska regleringarna och istället öka konkurrensen både när det gäller finansiering och produktion.

Nederländerna är med sina 14,6 miljoner invånare ett tätbefolkat land där större delen av landarealen (60 %) används inom jordbruket. Befolkningen är koncentrerad till de södra och mellersta regionerna där också de fyra största städerna ligger. Landet är en konstitutionell monarki med två kamrar i parlamentet. I likhet med övriga industrinationer drabbades Nederländerna hårt av den ekonomiska stagnation som följde på oljekrisen 1973. Arbetslösheten ökade kraftigt under 1970-talet. Trots att ekonomin nu tycks ha återhämtat sig fortsätter arbetslösheten att öka. Under 1980-talet ökade den från 8,8 % till 18 % på 5 år (1981–1985). I gengäld är inflationsnivån låg internationellt sett. BNP per capita var

431 800 gulden år 1987 (en gulden = 3,20 SEK), vilket i relation till övriga OECD-länder ligger strax över genomsnittet.

Enligt mycket gamla traditioner har personlig sjukvård i Nederländerna haft inslag av marknadsstyrning och den privata sektorn är fortfarande grundpelaren i vårdproduktionen. Av Nederländernas ca 750 vårdinstitutioner är 600 privata men de drivs inte i vinstsyfte. Den offentliga sjukvårdens arbetsområde har inskränkts till de delar som står utanför den enskilda individens personliga hälsa. Det rör sig om produktion och finansiering av förebyggande vård, skolhälsovård, smittoskydd samt den vård som berör befolkningen som helhet. Statens uppgift inom hälso- och sjukvården är bland annat att kontrollera verksamheten med avseende på kvalitet och kvantitet och för detta ändamål har man ett väl utvecklat system med nationella, regionala och lokala byråer som övervakar både sjukvård, läkemedel och livsmedel.

Ansvaret för administrationen av social- och sjukförsäkrings-systemet är decentraliserat till 45 sjukkassor. Sjukkassorna är juridiskt oberoende, icke vinstdrivande organisationer som slutit sig samman under en paraplyorganisation (VNZ), som förhandlar med grupper av sjukvårdsproducenter och håller kontakt med myndigheter och statsmakter. Sjukkassorna står under kontroll av sjukkassornas centralråd, en organisation vars huvuduppgift är att informera och ge råd till hälsoministeriet i frågor rörande social- och sjukförsäkringarna. Organisationen godkänner också de avtal som sluts mellan sjukkassorna och de enskilda vårdproducenterna. Rådet består av representanter från sjukkassorna, anslutna medlemmar, anställda samt läkare och vårdpersonal.

De privata sjukförsäkringsbolagen har en relativt sen historia. År 1941 utökades sjukförsäkringen till att omfatta kostnader för sjukvård. Tidigare var detta möjligt endast genom tilläggsförsäkringar. Dessutom infördes en inkomstgräns för tillträde till de offentliga försäkringarna, vilket medförde att sjukkassorna inte längre kunde ge försäkringsskydd åt de klienter som hade höga inkomster. Sjukkassorna startade då egna försäkringsbolag för att få möjlighet att försäkra dem som fallit utanför. Denna verksamhet togs under 1950-talet över av privata försäkringsgivare. I dag finns det ca 70 konkurrerande sjukförsäkringsbolag som erbjuder privata försäkringar. En del drivs i vinstsyfte medan and-

ra är ideella. De står alla under en nationell organisation (KLOZ), som har motsvarande uppgifter som VNZ med det undantaget att man inte driver förhandlingar med vårdproducenter.

Nederländerna har en befolkning som är relativt ung. Andelen över 65 år var 1987 12,3 %. (För Sverige var motsvarande siffra 18,3 %). 2,7 % av befolkningen var över 80 år, vilket är lägre jämfört med Sverige, men andelen förväntas öka i framtiden och tvinga fram en anpassning av sjukvårdssektorn. Under de senaste åren har födelsetalet fluktuerat kring 12,6 födselar per 1 000 invånare, med en spädbarnsdödlighet kring 6,5 per 1 000 födselar. Medellivslängden är 73,5 år för män och 80,1 år för kvinnor (74,2 respektive 80,2 i Sverige) och den förväntade överlevnaden vid 60 års ålder är 18,3 år för män och 23,6 år för kvinnor (18,7 respektive 23,1 i Sverige). Statistik över hälsoindikatorer avviker inte således nämnvärt från svenska förhållanden.

Finansiering

Ett av de karakteristiska dragen i det nederländska sjukförsäkringssystemet är, som tidigare nämnts, blandningen av privat och offentlig finansiering. Av de totala sjukvårdsutgifterna kommer 26 % från privata källor medan resten kommer från de offentliga sjukförsäkringarna samt via statliga bidrag. Fördelningen mellan offentlig och privat finansiering framgår av tabell 1.

TABELL 1. Offentlig finansiering av olika vårdformer i procent av totala utgifter (1987).

	<i>Sjukhusvård</i>	<i>Öppenvård</i>	<i>Läkemedel</i>	<i>Totalt</i>
Nederländerna	83	63	61	74
Sverige	100	90	71	91

Källa: OECD, 1990.

Försäkringen för exceptionella sjukvårdsutgifter (AWBZ) infördes 1968 och täcker utgifter för längre och dyrare behandling i samband med sjukdom och handikapp. Försäkringen omfattar alla som står under det holländska skattesystemet, även de som inte är bosatta inom landet. Familjemedlemmar, arbetslösa och

FIGUR 1. Nuvarande försäkrings- och finansieringssystem i Nederländerna.

1. Försäkring för exceptionella sjukvårdsutgifter (AWBZ) – obligatorisk för alla – inkomstrelaterade premier		
2. A Offentliga sjuk- försäkringar (ZFW) – obligatorisk under en viss inkomstnivå – inkomstrela- terade premier	2. B Privata sjuk- försäkringar – valfri för de med en inkomst över en viss nivå – riskrela- terade premier	2. C Försäkringar för offentligt an- ställda – lagstadgad för offentligt an- ställda – inkomstrela- terade premier
3. Social omsorg – statlig budget – direkta betalningar – omfattar hela befolkningen		

Källa: E. Elsinga, 1989.

handikappade omfattas automatiskt av försäkringen och staten betalar deras premier. AWBZ finansieras via en fast % beräknad på de anställdas löner. För närvarande är procentsatsen 4,5 % och kan ses som en kombination av skatt och arbetsgivaravgift (hälften betalas av arbetsgivaren). AWBZ ger ersättning för den behandling och vård som fortfarande behövs efter 1 års behandling. Den omfattar även ersättning för läkemedel och olika typer av hjälpmedel och utrustningar. Strukturen på det nuvarande försäkringssystemet visas i figur 1.

Den andra offentliga försäkringen, ZFW, introducerades 1964 och omfattar obligatoriskt alla med en inkomst under en viss gräns, år 1990 var inkomstgränsen 60 000 gulden (ca 190 000 SEK); ZFW täcker kostnader för sjukhusvård, primärvård, läke-

medel etc. i upp till 365 dagar, varefter AWBZ tar vid.

Finansieringen sker i huvudsak genom att en viss procent (4,8 % under 1990) av de anställdas löner betalas av arbetsgivarna till en särskild fond. De som har en inkomst som understiger gränsen men ändå inte omfattas av försäkringen, till exempel egna företagare, har möjlighet att ansluta sig frivilligt till ZFW. De betalar då fasta premier. Detsamma gäller för pensionärer som kan ansluta sig till reducerade premier. Familjemedlemmar liksom arbetslösa och handikappade omfattas automatiskt av försäkringen. 1987 täckte ZFW 62 % av den holländska befolkningen.

De som på grund av höga inkomster inte omfattas av det offentliga systemet kan teckna privata försäkringar. På den privata försäkringsmarknaden har man möjlighet att skräddarsy försäkringar för olika behov och betalningsvillighet. Det finns också ett antal standardförsäkringar att välja bland. Cirka 70 försäkringsbolag konkurrerar på den privata marknaden och tillsammans ger de försäkringsskydd till 32 % av befolkningen. Premierna, som är individuella och riskrelaterade, är i vissa fall avsevärt lägre inom den privata sektorn jämfört med de offentliga försäkringarna. Många bolag erbjuder försäkringar med lägre premier till unga och friska klienter medan de äldre får betala mer. Dessutom har det visat sig att de som befinner sig precis under gränsen för att få tillgång till den privata försäkringsmarknaden i regel betalar mer för sina försäkringar än de som befinner sig precis över gränsen och kan teckna privata försäkringar. Å andra sidan finns det inga bevis för att standarden på den enskilda sjukvården skulle vara ojämnt fördelad mellan privat och offentligt försäkrade individer. Genom privata försäkringar kan de som omfattas av den offentliga försäkringen få möjlighet att skaffa sig en högre kvalitet på vården. Det kan röra sig om att få eget rum med TV, finare mat etc. De offentligt anställda (ca 6 %) omfattas av en egen försäkring som är obligatorisk och handhas av ett offentligt försäkringsbolag. Social omsorg (ålderdomshem, hemtjänst etc.) omfattar hela befolkningen och finansieras via den statliga budgeten samt genom direktbetalningar. Tabell 2 visar kostnadernas fördelning mellan de olika försäkringarna. Av de offentliga utgifterna för hälso- och sjukvården går 65 % till sjukhusvård, 22 % till primärvård, 8 % till läkemedel och resterande 5 % till övriga vårdsektorer.

TABELL 2. Kostnadernas fördelning mellan de olika försäkringarna (1987).

<i>Försäkring</i>	<i>Miljoner gulden</i>	<i>%</i>
Försäkring för exceptionella sjukvårdsutgifter (AWBC)	9 900	24,3
Offentliga sjukförsäkringar (ZFW)	15 900	39,0
Privata sjukförsäkringar	7 400	18,1
Försäkring för offentligt anställda	1 400	3,4
Utgifter för social omsorg*	6 200	15,2
<i>Totalt</i>	40 800	100,0

Källa: E. Elsinga, 1989.

* Denna komponent redovisas i vanliga fall inte under hälso- och sjukvårdsutgifter.

De inbetalningar som görs till den offentliga försäkringen går direkt till en central fond, General Fund, som ersätter de enskilda sjukförsäkringskassorna för de utgifter som uppstått. Medlemmarna betalar alltså ingenting direkt till sjukhusen för erhållna vårdtjänster. Inom den privata sektorn däremot får försäkringstagarna betala direkt till sjukhusen för att först i efterhand få ersättning från försäkringsbolagen. (Elsinga, 1989; Harmen et al., 1984; Rutten & Van der Werff, 1982; Ham et al., 1990).

Sjukhusvård

Den institutionella vårdens framväxt i Nederländerna baserades på de kristna samfundens välgörenhet. Fattigstugor och sjukhus byggdes i närheten av kyrkorna och finansierades genom allmosor och bidrag. Den eventuella vård som gavs stod prästerna för. Trots sekulariseringen återspeglas den religiösa traditionen i dagens sjukhussektor; av ca 230 institutioner för korttidsvård har 60 % antingen katolska eller protestantiska understödjare. Sjukhusen ägs av stiftelser och den religiösa bakgrunden gör att sjukhusen drivs helt utan vinstintressen, vilket numera

regleras i lag (1971 års sjukhuslag). 85 % av institutionerna drivs i privat regi.

Sjukhusen för korttidsvård (akutvård) delas in i tre kategorier: allmänna sjukhus, specialistsjukhus och universitetssjukhus. De allmänna sjukhusen har åtminstone följande funktioner: kirurgi, medicin, gynekologi, obstetrik, oftalmologi, neurologi, otolaryngologi, anesthesiologi, radiologi och röntgenologi. Det finns ungefär 180 allmänna sjukhus som tillsammans har ca 60 500 vårdplatser. Specialistsjukhusen har inriktat sig på vissa patientkategorier eller typer av besvär. Det finns till exempel särskilda sjukhus för barn, och speciella rehabiliterings- och astmakliniker. Totalt finns det 50 specialistsjukhus med 6 000 vårdplatser. De 8 universitetssjukhusen, som har ca 6 700 vårdplatser, driver medicinsk forskningsverksamhet samt ger praktiskt orienterad utbildning till medicinstuderande. Dessutom fungerar de som centralsjukhus för de regioner de är belägna i.

De psykiatriska sjukhusen delas in i allmänna och särskilda institutioner. Totalt finns det ca 140 psykiatriskt inriktade institutioner med ungefär 29 000 vårdplatser. Den psykiatriska vårdens inriktning har ändrats under 70-talet från långtidsvård till korttidsbehandling och trots att många institutioner lagts ned och antalet vårdplatser reducerats har antalet inskrivningar fördubblats sedan dess. Psykiatrins satsning på små, välutrustade och centrala kliniker har gjort det lättare för patienterna att snabbt återanpassas till samhällslivet och den genomsnittliga vårdtiden har förkortats till tre eller fyra månader per behandlingsomgång.

Vårdhemmens betydelse har ökat under de senaste decennierna. På tjugo år (1960–1980) ökade antalet institutioner från 30 till 300. Orsakerna till den snabba utvecklingen är ett ökat antal äldre men framför allt introduktionen av försäkringen för långtidssjuka (AWBZ) 1968. Idag finns 330 vårdhem med 48 000 vårdplatser varav majoriteten upptas av patienter över 65 år. De flesta vårdhemmen är inriktade mot somatisk behandling men det finns också institutioner för psykiatri och psykogeriatrisk. Trots att vårdhemmens filosofi är att rehabilitera och aktivera patienterna liknar vården mer långvård, där patienterna stannar i många år. Man fortsätter med utbyggnaden av antalet vårdhem inför den framtida befolkningsutvecklingen med en ökad andel äldre.

Utöver ovan nämnda sjukhusinstitutioner finns det ett antal övriga sjukhus med varierande verksamheter. Som exempel kan nämnas slutna alkoholkliniker och institutioner för fysiskt handikappade.

Sjukhussektorn dominerar det holländska sjukvårdssystemet och står för nära 60 % av de totala sjukvårdsutgifterna. En av orsakerna bakom denna utveckling är ersättningssystemets utformning som före 1983 stimulerade sjukhusen till fullt kapacitetsutnyttjande och expansion. Sjukhusen ersattes per vård dag vilket bidrog till att både sjukhusledning och vårdpersonal strävade efter att behandla så många patienter som möjligt och det förekom att patienter lades in även om det medicinskt sett inte var nödvändigt. Sedan 1983 finansieras sjukhusen via en global budget som inte får överskridas. Eventuella underskott får sjukhusen själva finansiera medan överskott får behållas. Hittills har inget sjukhus överskridit budgeten. Det är få läkare som är direkt anställda av sjukhusen. De flesta arbetar som privatpraktiserande specialister med kontrakt som reglerar vilka rättigheter och skyldigheter de har gentemot sjukhusledningen. Läkarnas ersättning ingår inte i sjukhusets budget utan specificeras separat. Sjukhusets ersättning för utförda tjänster inkluderar betalning från både sjuk-kassor och privata försäkringsbolag. Vilka tjänster som ger ersättning enligt de offentliga sjukförsäkringarna förhandlas fram mellan de olika intressegrupperna tillsammans med den centrala byrån för sjukhustaxor (COTG) som också beslutar hur stor ersättningen till sjukhusen skall vara. De beslut COTG fattar har lagmässig status och måste följas av alla sjuk-kassor. För patienter med privata försäkringar kan de enskilda sjukhusen och försäkringsbolagen tillsammans besluta om vad som ska ingå.

Nya vårdteknologier introduceras mycket snabbt i det holländska sjukvårdssystemet. Bakom denna utveckling ligger både organisatoriska och kulturella drivkrafter. Läkarna har stort inflytande på sjukhusen och driver fram investeringar i modern vårdapparat och sofistikerade behandlingsmetoder. Fram till 80-talet fanns det inte heller några ekonomiska begränsningar för sjukhusens investeringar och den befintliga regleringen var relativt kraftlös. Därtill kommer vårdkonsumenternas krav på att bli behandlade med de senaste och bästa vårdteknologierna. Myn-digheterna har möjlighet att kontrollera spridningen av medicin-

ska teknologier via en lag som kräver att man har licens för att tillhandahålla vissa vårdtjänster. Det rör sig för närvarande om ett tiotal verksamheter, bland annat njurtransplantation och dialys, neurokirurgi och hjärtkirurgi. Sjukförsäkringscentralrådet har dessutom börjat kräva cost-effectiveness-kalkyler för teknologier som hjärt- och levertransplantationer som en förutsättning för att få ut ersättning. Kvalitetskontrollen har också stärkts det senaste decenniet, framför allt genom den nationella byrån för kvalitetskontroll som anordnar konsensuskonferenser och drar upp riktlinjer för sjukvårdstjänsternas standard och kvalitet.

Den genomsnittliga vårdtiden inom slutenvården anges till 34,8 dagar för 1987 i OECD-statistiken, vilket är högt i relation till övriga OECD-länder. Det är bara Japans extremt långa vårdtid som är längre. Dock är jämförbarheten i dylika mått på vårdutnyttjande bristfälliga då de kan omfatta olika innehåll. Det är troligt att långvårdssektorn har inkluderats i dessa siffror (Maarse, 1989; Saltman & de Roo, 1989).

Läkarvård

Läkarna i Nederländerna kan delas in i två kategorier: allmänläkare och specialister. Allmänläkaren, som är den man tar kontakt med när man blir sjuk, behandlar enklare åkommor, kroniska sjukdomar samt skriver ut remiss till specialistvård. Det vanliga är att allmänläkaren arbetar på en egen praktik, antingen som ensam ägare eller tillsammans med flera kollegor, medan det än så länge är ovanligt att de arbetar på integrerade öppenvårdskliniker. Allmänläkaren fungerar som gate-keeper i det avseendet att han kontrollerar tillträdet till specialistvården. Patienterna måste ha remiss från en allmänläkare för att få bli behandlade på sjukhusen. Det är dock inte särskilt svårt att få remiss. Patientens starka ställning som vårdkonsument ger honom möjlighet att påverka besluten kring lämplig behandling och vårdsektor. 8 % av allmänläkarnas patienter remitteras vidare till specialistvård.

Allmänpraktikern erhåller sina intäkter efter två system. För de offentligt försäkrade patienterna, som är upptagna på hans lista, erhåller han en fast summa per år oavsett vilka vårdinsatser som gjorts (kapitation) och för de med privata försäkringar tar

han ut en avgift per prestation (fee-for-service). Kapitationen utgör ungefär 2/3 av ersättningen och betalas ut av sjukförsäkrarna. 1986 hade en allmänpraktiker i genomsnitt 8 200 besök med en genomsnittlig besökstid på 5 minuter. Den korta besökstiden skulle kunna förklaras av ersättningssystemets utformning. I länder där patienterna betalar avgiften direkt och där allmänpraktiker och specialister konkurrerar om patienterna (USA och Frankrike) är besökstiden längre jämfört med länder där läkarna ersätts enligt kapitation i efterhand för utförda prestationer.

Varje nederländare gör i genomsnitt 3,6 besök per år hos någon allmänpraktiker. Om man har behov av mer avancerad och specialiserad vård blir man remitterad till sjukhusvård. Det är nödvändigt att ha remiss eftersom specialisterna i annat fall inte får någon ersättning för utförda behandlingar. Specialisterna, som arbetar som oberoende entreprenörer på sjukhusen, är bundna genom ett personligt kontrakt med sjukhusledningen. Kontraktet specificerar sjukhusets skyldigheter att tillhandahålla utrustning, lokaler, vårdplatser etc. samt läkarens skyldigheter gentemot sjukhuset.

I Nederländerna är det vanligast att några läkare tillsammans bildar en läkargrupp med inbördes avtal som specificerar de enskilda läkarnas medicinska och ekonomiska ansvar. Det normala är 3–5 läkare per grupp. Läkargruppen kan enskilt förhandla fram avtal med sjukhusledningen om villkoren för arbetet på sjukhuset. Att ha en plats i en läkargrupp räknas som en tillgång och har ett pris. Det beror på att det är svårt att etablera sig på ett sjukhus på något annat sätt än att ersätta en läkare i ett redan befintligt läkarlag. För att få tillträde till ett kompanjonskap kan en ny läkare få betala en hel årslön i goodwill. Det höga värdet på kompanjonskapet gör att det också kan användas som säkerhet vid lån.

Specialisterna får ingen lön från sjukhusen utan tar ut avgifter för de behandlingar de utför. För de privat försäkrade patienterna gäller ett fee-for-servicesystem och för de offentligt försäkrade erhålls ett fast belopp per behandlingsomgång (remiss) under förutsättning att specialisten har kontrakt med en sjukförsäkring. För att få det krävs att han tillhör en läkarorganisation samt har kontrakt med ett sjukhus. Sjukförsäkrarna kan på detta sätt indirekt, via sjukhusledningarna, kontrollera kvaliteten på den vård som specialisterna tillhandahåller. Varje nederländare gör i genomsnitt

1,8 besök per år hos någon specialist. Det är en relativt låg besöksfrekvens som talar för att allmänpraktikerns roll som gate keeper leder till ett minskat antal besök hos specialisterna. Totalt finns det 34 573 läkare i Nederländerna (inkluderar både allmänpraktiker och specialister), vilket motsvarar 2,4 läkare per 1 000 invånare. Läkartätheten är något lägre än i Sverige (Bradford et al., 1989; Rutten & Van der Werff, 1982; Saltman & de Roo, 1989).

Äldreomsorg

Av Nederländernas totala befolkning är 1,8 miljoner över 65 år. Det motsvarar 12,3 % av befolkningen och enligt prognoser kommer antalet att stiga till 2,2 miljoner år 2000. Äldreomsorgens utveckling är därför ett angeläget och aktuellt ämne. På samma sätt som inom sjukhussektorn tillhandahålls äldreomsorg och vård av äldre framför allt av privata organisationer. Dessa är ofta stiftelser baserade på religiös eller annan grund. Frivilligt arbete och välgörenhet utgör viktiga delar av systemet. Myndigheternas uppgifter är koncentrerade till administration, lagstiftning, finansiering och samordning på både central, regional och lokal nivå. Det mesta av ansvaret är delegerat till lägre administrativa nivåer.

Från att tidigare ha varit koncentrerad till ålderdomshem och institutionell vård har äldreomsorgen förändrats mot integrering av de äldre i vanliga bostadsområden och ökade möjligheter för de äldre att bo kvar hemma så länge som möjligt. Målet är att de äldre ska leva ett oberoende liv i sin egen hemmiljö med möjlighet att delta i samhällslivet efter eget gottfinnande och kapacitet. För att integreringen skall lyckas krävs en samordnad planering av nödvändiga funktioner. Bostadsbyggande, hemhjälp, primärvård och övriga servicefunktioner koordineras för att skapa de nödvändiga förutsättningarna för ett integrerat boende. Integreringen är också ett sätt att försöka minska kostnaderna inför det i framtiden ökade behovet av äldreomsorg. Man vill omfördela utnyttjandet av dyr sjukhusvård och vård på ålderdomshem till vård hos den lokale läkaren och omsorg i det egna hemmet. Tillsammans skall läkare, hemhjälp och hemvårdstjänst utgöra ett bättre alternativ till den dyrare sjukhusvården.

Inom äldreomsorgen har hemvårdens och hemhjälpens verk-

samheter i och med det nya integrerade boendet blivit viktiga funktioner, som för närvarande utnyttjas av ungefär 178 000 klienter. För dem som av olika skäl inte kan integreras i samhällslivet finns det ca 1 600 ålderdomshem med ungefär 145 000 boende, vilket motsvarar 8 % av befolkningen över 65 år. Genomsnittsåldern hos de institutionsboende är 83 år. Som ett resultat av attitydförändringen när det gäller institutionellt boende har ålderdomshemmen utvecklats från vilohem för pensionärer till institutioner för de mycket gamla som inte ens med hemhjälp kan klara sig själva samt för dem som av andra skäl behöver intensiv omsorg och vård. Dock har även ålderdomshemmen, där det varit möjligt, infört mer inslag av självhjälp och man försöker hålla de boende aktiva. Det blir allt vanligare att ålderdomshemmen driver dagcenter dit även äldre utifrån är välkomna att delta i aktiviteter och umgänge.

Nederländerna har också en väl utvecklad vårdhemsverksamhet, vilken har fått stor betydelse för äldreomsorgen. Vårdhemmen, som är institutioner för slutenvård, ger både medicinsk, psykiatrisk och psykosocial vård och omsorg till inskrivna patienter. Syftet är att rehabilitera patienterna så att de kan återvända till eget eller till ett integrerat boende. Majoriteten av vårdhemmens inskrivna är över 65 år. Vissa vårdhem har startat öppenvårdsmottagningar bland annat för att underlätta återanpassningen för de nyutskrivna men också för att ge normala konsultationer för icke inskrivna. Kostnaderna för den behandling vårdhemmen tillhandahåller täcks av försäkringen för exceptionella sjukvårdsutgifter (AWBZ) samt av inkomstrelaterade avgifter som patienten själv betalar. Avgiften kan beräknas på tidigare inkomster om patienten för närvarande inte har några. Det finns 330 vårdhem som tillsammans har en kapacitet på 48 400 vårdplatser.

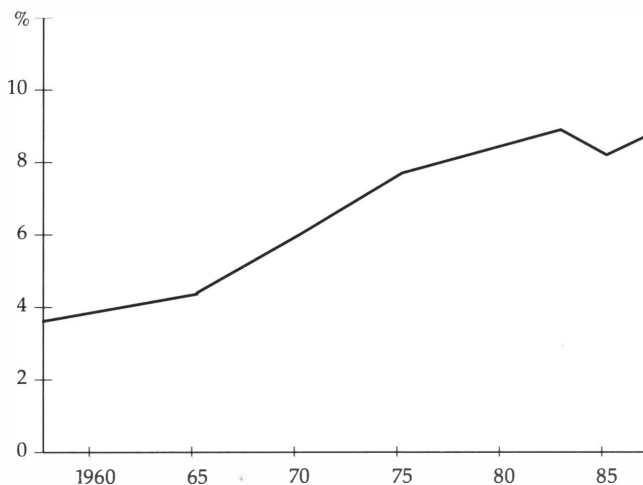
Driften av de olika vård- och omsorgsverksamheterna sköts självständigt av de olika institutionerna medan myndigheterna ansvarar för planering och administration av finansieringssystemet. Det mesta av administrationen är delegerat till provinserna och de fyra största städerna (Amsterdam, Rotterdam, Haag och Utrecht) och de centrala myndigheternas roll inskränker sig till att fördela resurserna mellan de olika vårdregionerna på ett lämpligt sätt (Ministry of Welfare, Health & Culture, 1985 och 1986; Rutten & Van der Werff, 1982).

Kostnadsutveckling och kostnadskontroll

I likhet med övriga västeuropeiska länder har Nederländerna under 1970- och 1980-talet haft problem med snabbt stigande kostnader inom hälso- och sjukvårdssektorn. Figur 2 visar utvecklingen av sjukvårdskostnadernas andel av BNP mellan 1960 och 1987.

Som framgår av tabellen ökade sjukvårdskostnadernas andel av BNP fram till toppnoteringen 8,6 % år 1983 varefter den sjönk tillfälligt för att 1987 hamna på 8,5 %. (OECD-ländernas genomsnitt för samma år är 7,4 %). Bakom kostnadsökningarna ligger flera faktorer. Sjukvårdstjänster kräver stora personalresurser vilket begränsar möjligheterna till rationaliseringar i form av automatisering och mekanisering. Detta hämmar produktivitetens utvecklingen och leder till att sektorn drabbas extra hårt av ökade lönekostnader då den allmänna lönenivån stiger. Räntenivåns utveckling under 1970-talet påverkade kostnadsökningarna i hög grad eftersom nära 100 % av Nederländernas sjukvårdsverksamhet drivs med upplånade resurser. Det är framför allt dessa prisökningar (löner och räntor) som drivit upp kostnaderna inom

FIGUR 2. Sjukvårdskostnadernas andel av BNP 1960 till 1987.



Källa: OECD, 1990.

Nederländernas hälso- och sjukvårdssektor.

En annan faktor som ligger bakom kostnadsutvecklingen är ökningarna i sjukvårdsproduktionens volym. Fram till 1980 ökade kapaciteten med avseende på både antal vårdplatser och nya medicinska behandlingsteknologier. Statsmakterna hade i princip ingen kontroll över utvecklingen och resurstilldelningssystemets utformning stimulerade till investering och expansion. Därtill kommer patienternas krav på att få all behandling och vård de har rätt till enligt sjukförsäkringarna. Mot bakgrund av detta är det naturligt att sjukhussektorn kommit att dominera hela det holländska hälso- och sjukvårdssystemet. Befolkningsutvecklingen, med ett ökat antal äldre, ställer ökade krav på anpassning av sjukvården både när det gäller antalet vårdplatser och inriktning på vården. Denna faktor förväntas dock få större betydelse i framtiden då Nederländerna fortfarande har en relativt ung befolkning.

Kostnadsökningarna förklaras också till viss del av den omfördelning av ansvar som skedde i samband med införandet av AWBZ. Verksamheter som tidigare gick under socialsektorn, till exempel hemvård av mentalt och fysiskt handikappade, sorterades då in under sjukvården som därmed också fick överta kostnaderna.

För att komma tillrätta med problemen med stigande kostnader införde man under 1970- och 1980-talet en rad regleringar i syfte att begränsa sjukvårdens expansion. Eftersom sjukhussektorn stod för den största andelen av kostnaderna var det naturligt att regleringarna inriktades mot just sjukhusen. 1971 kom en reglering som begränsade sjukhusens möjligheter att utöka sin verksamhet eller att bygga nya vårdinstitutioner. Syftet med regleringen var att ta fram en nationell plan för sjukhussektorns utveckling som möjliggjorde en central kontroll av sjukhusens expansion. Den visade sig dock inte vara tillräckligt kraftfull när det gällde behovet att lägga ned kliniker och den ersattes 1979 av en mer detaljerad reglering. Med stöd av denna lyckades man minska antalet vårdplatser något och man fick en viss ökad kostnadskontroll men fortfarande saknades möjligheter att driva utvecklingen mot en utbyggnad av öppenvårdssektorn eftersom regleringen endast omfattade slutenvården.

För att bättre reglera både kvantitativa och kvalitativa aspekter

på hälso- och sjukvården och för att samordna primär- och sjukhusvård infördes ytterligare en reglering med vilken man ville förändra själva strukturen på sjukvårdssektorn. Primärvårdens position stärktes och allmänläkarna uppmanades att skriva ut färre remisser och i större utsträckning behandla patienterna själva. Under 80-talet expanderade också primärvårdssektorn, dock inte på bekostnad av sjukhusvården som tycks bibehålla sin dominans.

För att få ytterligare kontroll över sjukhusens kostnader infördes 1983 ett system med globala budgetar. Tidigare, då sjukhusen ersattes med speciella taxor per vård dag, utgjorde särskilda prisregleringar tak för sjukhusets kostnader. Dessa visade sig inte vara tillräckligt effektiva; sjukhusen kunde alltid i efterhand få taxorna höjda för att kompensera sig för underskott. De globala budgetarna har hittills inte överskridits av sjukhusen men vilken effekt de haft på kostnadsutvecklingen är svårt att urskilja.

Det är inte bara genom regleringar som kostnadskontroll utövas i Nederländerna. Några av de regionala sjukvårdskassorna har på eget initiativ utvecklat system för att få fram uppgifter om sjukhusens och läkarnas verksamheter i syfte att få ökad möjlighet till kontroll. Ett exempel är RZZ, regionkassan för Zwolle, som tagit fram ett datorbaserat informationssystem som ger mycket detaljerade uppgifter om vårdaktiviteterna; antal remisser och utskrivna recept, vårdtider, antal patienter, typer av behandlingar och diagnoser är några exempel. RZZ har genom bearbetning av dessa uppgifter funnit att de allmänpraktiker som har ett integrerat arbetssätt, där patientens kulturella, sociala och psykologiska bakgrund beaktas, sänder relativt få patienter vidare till specialistvården och ordinerar färre läkemedel. De är också mindre benägna att använda dyra behandlingsmetoder. Det integrerade arbetssättet blir därmed mindre kostsamt och RRZ försöker nu förmå fler allmänpraktiker att arbeta på detta sätt.

De olika regionala kassornas roll som kontrollanter inom sjukvårdsektorn har blivit viktiga inslag för att hålla kostnaderna nere. Många kassor håller återkommande möten med sjukhus och läkare där man bland annat diskuterar vårdtider och vårdkvalitet. De flesta sjukvårdskassorna har dock inte tillräckligt med resurser för att göra regelbundna kontroller och följa upp resultaten av mötena varför kontrollen blir inte alltid så effektiv. Det

finns heller inga egentliga ekonomiska incitament till ökad kontroll då alla besparingar automatiskt går tillbaka till den centrala försäkringsfonden.

Trots att kostnadsutvecklingen i viss mån hejats är det tveksamt vilka effekter regleringarna egentligen har haft. Dessutom är statens ingrepp och direkta styrning av sjukvårdssektorn politiskt impopulär och man har försökt hitta nya vägar till effektiviseringar och kostnadskontroll. Det man diskuterar idag är ett ökat inslag av marknadsstyrning och konkurrens både när det gäller produktion och finansiering (Bradford et al., 1989; Rutten & Van der Werff, 1982). Dessa förslag behandlas vidare i avsnittet om Framtiden.

Ledning och styrning

Sjukhusen i Nederländerna har en juridisk status motsvarande stiftelser eller föreningar och de drivs helt utan vinstintressen. Det högsta beslutande organet är sjukhusstyrelsen som består av stiftelsens medlemmar eller representanter utsedda av dessa. Styrelsens huvudsakliga uppgift är att utse ledningen till det verkställande utskottet och att dra upp riktlinjer och mål för sjukhusets verksamhet och utveckling. Det är också styrelsens uppgift att teckna kontrakt med de läkare som arbetar på sjukhuset. Det verkställande utskottet driver sjukhuset enligt styrelsens ambitioner och bär ansvaret för dess verksamhet och policy. Det vanliga är att utskottet består av tre personer: en administratör som leder sjukhusets administrativa arbete och organisationsutveckling, en omvårdnadsdirektör som ansvarar för den icke medicinska omsorgen och en medicinsk direktör med ansvar för den medicinska vården.

I och med den ökade regleringen av sjukvården begränsades sjukhusens självständighet. Bland annat blev sjukhusen tvungna att ansöka om tillstånd för att genomföra större investeringar eller utöka sitt vårdprogram. Den ökade regleringen drev fram ett mer centraliserat system och sjukhusens oberoende position hotades. Protester från sjukhusen och det faktum att regleringarna var politiskt impopulära samt tveksamheter om de överhu-

vudtaget var effektiva gjorde situationen ohållbar. Förslaget om globala budgetar som ekonomiskt styrmedel accepterades därför snabbt som alternativ till reglering även om många var skeptiska. Läkarnas organisationer tog helt avstånd från förslaget och vägrade låta sig omfattas av budgetarna.

I samband med budgeteringens införande återupprättades sjukhusens autonomi vilket var nödvändigt för att budgetsystemet skulle få önskad effekt; det vill säga att sjukhusledningarna stimulerades till att driva sjukhusen mot ökad effektivitet och sparsamhet. Läkarna är dock inte villiga att dra ner på sin verksamhet. De ekonomiska incitamenten för deras del är fortfarande att behandla så många patienter som möjligt och deras starka position gör att de oftast går segrande ur konflikterna med sjukhusledningen. Nedskärningar och besparingar görs i huvudsak på de områden där den medicinska professionen inte har några intressen att bevaka.

Funktioner som intern styrning och planering av sjukhusens olika avdelningar och vårdenheter var fram till införandet av de globala budgetarna underutvecklade. Tidigare fanns inget behov av detaljerad planering. Ersättningssystemet stimulerade all typ av expansion och vare sig strategisk planering eller prioriteringar var nödvändiga. Detta medförde problem när de globala budgetarna infördes. Den interna budgeteringen blev ett sätt att strikt kontrollera resursförbrukningen i stället för ett instrument för att förverkliga uppställda mål. Utvecklingen av informationssystem för att få fram uppgifter om olika vårdfunktioners kostnadsstruktur släpade också efter. På senare tid har man gjort stora ansträngningar för att förbättra och utveckla rutinerna på dessa områden men den allt snävare ekonomiska situationen gör att resurser till detta är svåra att få fram.

Sjukvårdssystemet är uppbyggt kring ett komplext nät av officiella och inofficiella kontrakt mellan sjukhus, läkare, sjukkassor och privata försäkringsbolag. Kontrakten utgör grunden för den entreprenadliknande sjukvårdens verksamhet och finansiering samtidigt som de utgör ett effektivt hinder för inblandning från myndigheterna, som har svårt att sätta sig in i och överblicka kontraktnätet (Saltman & de Roo, 1989; van de Ven, 1990).

Framtid

Trots att det nederländska hälso- och sjukvårdssystemet vanligtvis uppfattas som bra av allmänheten uppvisar det en rad brister. Finansieringssystemets struktur är svår att överblicka och saknar samordning. Dessutom är det inriktat mot institutioner istället för vårdfunktioner, vilket gör det svårt att ersätta exempelvis vård på ålderdomshem, som finansieras via den statliga budgeten, med vård i hemmet, som täcks av AWBZ. Incitamenten för att skapa effektivitet är bristfälliga. Ersättningssystemet medför till exempel att sjukhusen föredrar en dyr tredagars behandling jämfört med en kortare och billigare behandling och läkarna uppmuntras till överbehandling och utnyttjande av onödigt dyra behandlingsmetoder.

Utöver detta har den statliga regleringen med åren blivit alltför detaljerad och svårarbetad på grund av de snabba förändringarna av sjukvårdssystemet. I ett försök att komma tillrätta med problemen tillsatte regeringen 1986 en kommitté, Dekker-kommittén, under ledning av Wisse Dekker, f. d. direktör för Philips International. Eftersom problem och brister förekom inom sjukvårdssystemets samtliga delar blev kommitténs uppgift att ta fram ett förslag till total reformering av hela sjukvården. Det förslag som presenterades år 1987 var baserat på ökad konkurrens mellan både försäkringsinstitutioner och vårdproducenter och en avreglering av sjukvårdsmarknaden.

Dekker-kommitténs förslag innebar upprättandet av två typer av försäkringar. En *grundläggande försäkring*, som är obligatorisk för alla oavsett inkomstnivå, skall täcka det basala sjukvårdsbehovet med primärvård, sjukhusvård och social service. Det motsvarar idag nästan 90 % av de totala hälso- och sjukvårdsutgifterna. Exakt vad som skall ingå i försäkringen avgör myndigheterna. Den frivilliga *tilläggsförsäkringen* föreslås omfatta övrig vård som till exempel vuxentandvård, fysioterapi, läkemedel, plastikkirurgi etc. De enskilda försäkringsbolagen får här själva friheten att utforma försäkringens innehåll och premiesättning.

För finansieringen av den grundläggande, obligatoriska försäkringen har man tänkt sig två system. Dels ska inkomstrelaterade premier betalas in till den centrala försäkringsfonden, som ersätter de enskilda försäkringsbolagen med ett visst fast belopp.

Beloppet relateras till bolagens storlek, upptagningsområde, sammansättning av försäkringstagare etc. Dels ska en avgift betalas direkt till försäkringsbolagen. Storleken på denna kan variera beroende på bolagets konkurrenssituation och förmåga att förhandla med effektiva vårdproducenter.

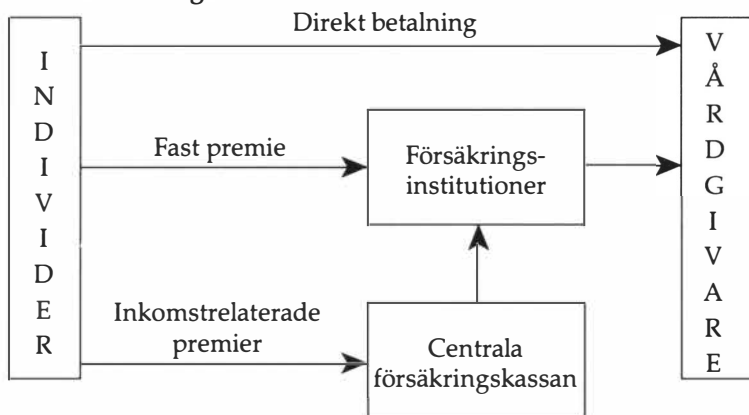
Systemet medför att försäkringsbolagen både får en på förhand fastställd inkomst från den centrala fonden och en varierande premieinkomst, som de själva kan påverka. Den fasta inkomsten skapar incitament till hårdare utgiftskontroll eftersom det enda sättet att öka intäkterna när inkomsten är fixerad är att pressa ned kostnaderna. Vad man hoppas är att försäkringsbolagen skall bli hårdare i sin granskning av sjukhusens kostnader och att endast de som drivs på ett effektivt sätt skall bli kontrakterade av försäkringsbolagen. Den direkta premien är till för att skapa konkurrens om vårdkonsumenterna mellan de olika försäkringsbolagen. Försäkringsförmånerna kommer inte att vara institutionsorienterade utan inriktas mot typ av vård vilket underlättar substitution mellan olika vårdformer. Figur 3 visar schematiskt hur finansieringssystemet är uppbyggt.

Det nya systemet medför en rad förändringar på försäkringsmarknaden. Skillnaderna mellan de privata försäkringsbolagen och de halvoffentliga sjukförsäkringarna kommer att suddas ut och båda skall konkurrera på lika villkor med avseende på både den grundläggande försäkringen och tilläggsförsäkringen. Det betyder att sjukförsäkringarna förlorar sina tidigare regionala monopol på den offentliga försäkringen. Det tidigare tvånget att kontraktera alla sjukhus avskaffas helt och försäkringsbolagen får möjlighet att välja vårdproducent. Sjukhusen och försäkringssällskapen blir fria att själva förhandla om kontraktens innehåll. Förhandlingarna skulle kunna leda till att HMO-liknande system införs.

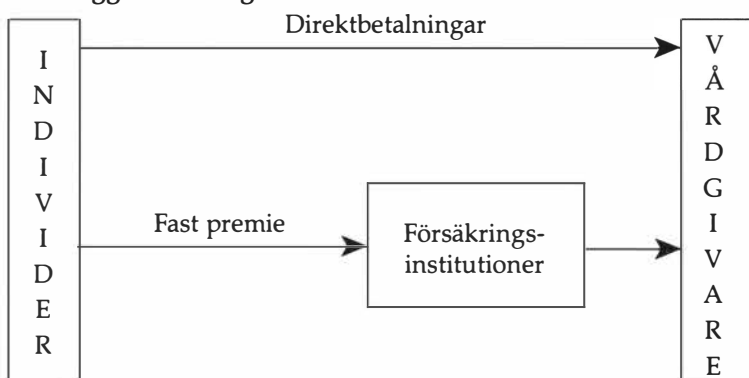
Försäkringsbolagens relation till vårdkonsumenterna ändras också. Det blir bland annat inte möjligt att diskriminera mellan olika klientgrupper utan alla som försäkras i samma bolag skall betala lika stora premier. För att främja detta mål kommer den centrala försäkringsfonden att betala ut riskrelaterade ersättningar till bolagen. En gammal och sjuk klient ska ge mer i ersättning än med en ung och frisk. Därigenom blir systemet mer rättvist för både klienter och försäkringsbolag. Det är tänkt att försäkringsbolagen med sin kunskap och information om de olika

FIGUR 3. Skiss över det framtida finansieringssystemet.

A. Basförsäkringen



B. Tilläggsförsäkringen



ka vårdproducenternas verksamhet ska fungera som en förmedlande länk mellan patienter och vårdgivare (figur 3).

Vårdproducenternas position försvagas alltså gentemot försäkringsinstitutionerna. Å andra sidan försvinner mycket av den reglering som nu styr verksamheten. Kontrollen av sjukhusens investeringar och expansion (HFA) upphör liksom regleringen kring sjukhusens avgifter (COTG). Man strävar efter att göra försäkringsbolagen och vårdgivarna, genom deras inbördes kontrakt, ansvariga för så stor del av sin egen finansiering som möj-

ligt. Myndigheterna kommer endast att bevaka att vårdkvaliteten upprätthålls samt förhindra kartellbildning och monopol. Dekker-kommittén betonar att det nya systemet kräver lokala förhandlingar om sjukhusens budgetar och läkarnas ersättning. Det skulle i så fall innebära att den nationellt förhandlade globala budgeteringen upphör.

Ett av de viktigaste syftena med reformen är att stärka konsumenternas ställning i sjukvårdssystemet. För detta ändamål kommer man bland annat att driva igenom lagstiftning kring patienternas rättigheter och integritet och förstärka patientorganisationerna genom ökade finansiella bidrag. Den viktigaste och mest inflytelserika möjligheten till inflytande blir dock patienternas möjligheter till exit. Genom att välja ett annat försäkringsbolag eller vårdgivare kan patientens missnöje få ekonomiska konsekvenser för dessa.

Den ökade marknadsstyrningen av sjukvårdssystemet kräver en avreglering av sjukvårdsmarknaden och myndigheternas roll kommer därmed att minskas. I några avseenden kommer dock reglering och lagstiftning att behöva stärkas. Det gäller antitrustlagstiftning, kvalitetskontroll, regler för informationsspridning etc. Regleringarna bildar en ram för marknadskrafternas styrning av sjukvården och skapar nödvändiga förutsättningar för att samhällets uppställda mål ska realiseras.

Dekker-kommitténs förslag till omstrukturering av det holländska sjukvårdssystemet har väckt blandade känslor. Försäkringsbolagen oroar sig över att de tvingas ta emot och acceptera alla klienter och de är tveksamma inför de fixerade premierna från den centrala försäkringskassan. Läkarna tror att de lokala förhandlingarna skulle försvaga deras position gentemot försäkringsinstitutionerna och de tror att kvaliteten på vården är i farozonen. Kritiken verkar bottna i en rädsla att förlora den egna trygga situationen som de olika intressenterna åtnjuter i det gamla systemet. Statsmakterna och myndigheterna däremot är i huvudsak positiva till förslaget och har beslutat att genomföra förslaget successivt.

Sedan 1988 har man tagit små steg i förändringsprocessen för att förbereda för hela systemets introduktion 1992. Man började med att införa en premie på sjukassornas försäkring vid sidan av den inkomstrelaterade och avskaffade en del regleringar. Om-

fattningen på AWBZ utökades och allmänpraktikernas ersättning splittrades upp i två delar; kapitation och fee-for-service. Under 90-talets början kommer nya lagar och regleringar att införas och strukturen på sjukkassornas och de privata försäkringsbolagens premier kommer att bli enhetlig. Steg för steg kommer också avgifterna att bli föremål för marknadsstyrning. Så småningom kommer hela systemet att vara förändrat och först då kan man avgöra om refomen har lyckats (Bradford et al., 1989; Elsinga, 1990; van de Ven, 1988 och 1990).

Slutsatser och lärdomar

Det nederländska sjukvårdssystemet uppfattas i regel av medborgarna och patienterna som bra och väl fungerande. Vården håller en mycket hög och jämn kvalitet och tillgängligheten är god. I och med patienternas frihet att välja sjukhus och läkare har vårdkonsumenterna en stark ställning i mötet med läkaren och patienten deltar ofta i besluten kring vårdbehandling och medicinering. Sjukhusens starka och oberoende status och självständighet minimerar behovet av central administration, vilket håller kostnaderna nere. Å andra sidan medför det vissa svårigheter att kontrollera sjukvårdens omfattning och inriktning och verksamheterna överlappar i viss mån varandra. De globala budgetarna begränsar effektivt sjukhusvårdens expansion samtidigt som detaljerad fördelning av resurserna sker på sjukhusnivå utan myndigheternas inblandning.

Den medicinska professionens starka ställning inom sjukvårdssystemet har drivit fram en hög kvalitet på vården bland annat genom läkarnas krav på tillgång till de bästa och modernaste medicinska teknologierna och behandlingsmetoderna. Den lättillgängliga vården och höga produktiviteten återspeglas i läkarnas incitament till att behandla så många patienter som möjligt. Dock finns det risk för överbehandling och onödigt hög konsumtion av sjukhusvård.

Det till största delen offentligt administrerade och finansierade sjukförsäkringssystemet ger bristande incitament till kontroll av resursanvändningen eftersom sjukkassorna inte får behålla de

resurser som frigjorts i samband med besparingar. Överskjutande resurser går istället tillbaka till den centrala fonden. Försäkringsinstitutionerna, både de privata och de offentliga, måste dessutom acceptera alla vårdproducenter som önskar ersättning enligt deras försäkringsprogram, vare sig de är effektiva eller inte. På den privata marknaden förekommer ojämlikhet mellan olika grupper av vårdkonsumenter. Unga och friska försäkringsstagare kan förhandla fram lägre premier jämfört med de äldre och sjuka. De privata försäkringsbolagen har möjlighet att helt enkelt vägra försäkra vissa grupper eller kategorier av vårdkonsumenter.

Den ökade reglering som följde på den kraftiga kostnadsutvecklingen inom hälso- och sjukvården lyckades inte fullt ut begränsa sjukvårdens expansion. Sjukhusledningarna och läkarna försökte hitta kryphål i regleringsystemet istället för att effektivisera och rationalisera sin verksamhet. De missriktade besparingarna hotade att urholka vårdens kvalitet. Den mycket detaljerade regleringen av bland annat vårdkapaciteten var omöjlig att genomföra på grund av den ostrukturerade planeringsprocessen, det stora antalet deltagare med motstridiga intressen och den bristande samordningen med övrig reglering. Regleringen minskade också systemets flexibilitet och möjligheter till effektiv allokering.

Det finns många enskilda delar eller funktioner inom det holländska sjukvårdssystemet som fungerar bra och effektivt men tillsammans bildar de en dåligt samordnad vårdorganisation som inte kan fungera på ett tillfredsställande sätt. I och med Dekkerplanens genomförande avregleras sjukvårdssektorn och konkurrensen ökas på både produktions- och finansieringssidan. Med reformen vill man inte bara öka effektiviteten utan också skapa ett mer rättvist sjukvårdssystem som bevarar möjligheterna till variation. De viktigaste lärdomarna av det nederländska systemet torde alltså vara de man kan göra i framtiden, efter Dekkerreformens genomförande.

Referenser

- Bradford, L., Kirkmann-Liff och van de Ven, P.M.M., *Improving efficiency in the Dutch health care system: current innovation and future options*. Health Policy No 13 (1989) Elsevier, 1989.
- Elsinga, E., *Present developments in restructuring health care in the Netherlands*. Föredrag på Socialstyrelsens seminarium 4 september 1990.
- Elsinga, E., *Political decision-making in the health care: The Dutch case*. Health Policy, 11, 1989.
- Ham, C., Robinson, R., Benzeval, M., *Health Check. Health care reforms in an international context*. London, King's Fund Institute, 1990.
- Maarse J.A.M., *Hospital budgeting in Holland; aspects, trends and effects*. Health Policy No 11 Elsevier, 1989.
- Ministry of Welfare, Health and Cultural Affairs, *Care of the Elderly*. Fact Sheet 5-E. Rijswijk, 1985.
- Ministry of Welfare, Health and Cultural Affairs, *Homehelp services*. Fact Sheet 11-E 1985. Rijswijk, 1986.
- OECD, *Health care systems in transition, The search for efficiency*. OECD, Paris, 1990.
- Rutten, F., Van der Werff, A., *Health Policy in the Netherlands – at the crossroads*. I: Mc Lachlan G. Maynard A. Oxfordshire 1982. The Public/private mix for health. The relevance and effects of change, 1982.
- Saltman, R.B., de Roo A.A., *Hospital Policy in the Netherlands, the parameters of Structural Stalemate*. Journal of Health Politics, Policy and Law. Vol 14, No 4, 1989.
- Tiddens, A. Harmen, Heesters, Joep P., van de Zande, Joost M., *Health Services in the Netherlands*. Pennsylvania, 1984.
- van de Ven, P.M.M., *A future for competitive health care in the Netherlands*. Centre for Health Economics, University of York, 1988.
- van de Ven, P.M.M., *From regulated cartel to regulated competition in the Dutch health care system*. European Economic Review, 34, 1990.
- van de Ven, P.M.M., *Perestrojka in the Dutch health care system – a demonstration project for other European countries*. Paper at the 1990 Annual Congress of the European Economic Association, August 31 – September 2. Lisboa, 1990.

4. *Hälso- och sjukvården i Tyskland*

Jonas Frycklund

Introduktion

Styrelseskick

Tyskland är sedan 1949 en förbundsstat. Ursprungligen bestod Förbundsrepubliken av elva delstater. Efter den 3:e oktober 1990 har dock antalet utvidgats till sexton i samband med den tyska återföreningen. Återföreningen har inneburit att det system för hälso- och sjukvård som tidigare fanns i västra Tyskland kopierats till att gälla även de östra landsdelarna. På grund av att det mesta material som finns tillgängligt rör förhållandena före den 3:e oktober 1990, har innehållet i det här kapitlet fokuserats på hälso- och sjukvården i det som tidigare kallades Västtyskland. Förhållandena i det forna DDR tas bara upp när det har relevans för dagens situation.

Förbundsrepubliken Tyskland har 78 miljoner invånare (61 miljoner före återföreningen). Den stora folkmängden i kombination med en stark ekonomisk ställning kan väntas leda till att Tyskland får ett dominerande inflytande i EG. Inflytandet kommer inte bara att gälla politik, ekonomi och kultur utan även sociala frågor såsom sjukvård.

En viktig ledstjärna i den tyska författningen är den så kallade subsidiaritetsprincipen. Den går ut på att ingenting i samhället ska skötas på en högre administrativ nivå än vad som är nödvändigt. Denna princip har lett till en decentralisering av beslutsfattandet. På federal nivå handhas frågor om utrikespolitik, försvar, tele- och postväsen, civilflyg, viss skattelagstiftning etc. Delstaterna har bland annat hand om utbildning, socialpolitik, polisväsende och kulturliv. På vissa områden står den federala nivån för ramlagstiftning och delstaterna för detaljbesluten. Detta gäl-

ler bland annat hälsovård, arbetsrätt, näringsliv, forskning och bostadspolitik. Dessutom finns en lägre nivå bestående av landskommuner och städer som har hand om lokala frågor.

I huvudsak är Tyskland en marknadsekonomi. Även om den offentliga sektorn är klart mindre än hos oss, kan Tyskland ändå klassas som något av urtypen för en välfärdsstat. Staten anses ha ett övergripande ansvar för medborgarnas välfärd. Detta ansvar har bland annat inneburit att man valt att starkt reglera vissa sektorer. En sådan starkt reglerad sektor, troligtvis den mest reglerade, är hälso- och sjukvården.

Hälso- och sjukvård

Hälso- och sjukvården i Tyskland fick mycket av sin struktur i slutet av 1800-talet. Det var den tyske kanslern Bismarck som under kejsar Wilhelm I började bygga den socialpolitik som sedan blev en förebild för bland annat Sverige. År 1883 infördes en offentlig sjukförsäkring för arbetare. Sjukförsäkringssystemet har sedan successivt utvidgats till att gälla nästan hela befolkningen.

Inom sjukvårdssektorn har både finansiering och produktion decentraliserats till fristående organ. Ansvar för finansieringen handhas av lokala sjukförsäkringskassor, medan produktionen har överlåtits på privatläkare och självstyrande sjukhus. Den direkta politiska styrningen är begränsad, mestadels förlitar sig Förbundsstaten och delstatsregeringarna på regleringar och förhandlingar för att uppnå sina mål. Direkt politisk styrning förekommer dock på vissa områden. Exempelvis beslutar delstaterna om sjukhusinvesteringar och Arbets- och socialdepartementet styr ersättningsnivån för en del av läkemedelsmarknaden.

En mindre andel av sjukvården i Tyskland än i Sverige är inriktad på sjukhusvård, se tabell 1. Detta förklaras delvis av att den svenska sjukhusvården inkluderar sjukhusens öppna mottagningar, som saknas i Tyskland, och en mer utbyggd långvård. Öppenvården sköts av privatpraktiserande läkare. Detta i kombination med att endast 50 % av sjukhusvården bedrivs i offentlig regi gör att den privata produktionen av hälso- och sjukvård dominerar.

TABELL 1. Hälso- och sjukvårdens inriktning beräknad som andel av utgifter.

	<i>Tyskland</i>	<i>Sverige</i>
Sjukhusvård	39	69*
Läkarvård	29	15
Läkemedel	22**	7
Kapitalinvesteringar	10	9
<i>Summa</i>	100	100

Källa: OECD, 1989, 1990, justerade värden.

* Inkluderar sjukhusens öppna mottagningar.

** Inkluderar vissa produkter som i Sverige ej klassas som läkemedel. En mer rättvisande jämförelse ger en läkemedelsandel på cirka 15 %, även det markant större än i Sverige.

Trots att det finns en hög grad av pluralism i det tyska hälso- och sjukvårdssystemet, är bristen på konkurrens påfallande. Detta gäller framför allt på finansieringssidan men även på produktionssidan, där priskonkurrens saknas. Ofta är det varken rena marknadsmekanismer eller direkta offentliga ingrepp som styr verksamheten. Det tyska systemet kan istället beskrivas som en decentraliserad, offentligt styrd förhandlingsekonomi. Begreppet korporativism passar bra för att beskriva styrmekanismerna, se bland annat Gäfgen (1988).

Hälsoindikatorer

Att jämföra hälsoläget i olika länder är en vanskelig uppgift. Användande av olika typer av hälsoindikatorer ger oftast bara en grov bild. Enligt OECD (1990) ligger Tyskland genomgående sämre till än Sverige på faktorer såsom förväntad medellivslängd, förväntad överlevnad vid olika åldrar och spädbarnsdödlighet. Över tiden har dock Tyskland närmats sig Sverige.

För vissa diagnoser kan vi se ett samband med livsstilen. Tyskland har ett högre kalori- och fettintag än både Sverige och övriga Europa, vilket skulle kunna förklara den högre dödligheten i hjärtkärlsjukdomar. Det är tillika troligt att det finns ett samband

mellan tyskarnas höga alkoholkonsumtion (11 liter per år mot Sveriges 5,5) och en hög dödlighet i leversjukdomar. På motsvarande sätt skulle den höga cigarettkonsumtionen kunna förklara den högre dödligheten i andningsorganens sjukdomar. Konsumtionen av cigaretter per person 1986 var 40 % högre i Tyskland än i Sverige (WHO, 1988).

Hälsoläget i östra Tyskland är ännu svårt att överblicka. Helt klart är att läget där är sämre än i västra Tyskland. Laaser (1990) visar att den totala dödligheten visserligen minskade i DDR mellan 1970 och 1985, men att minskningen varit avsevärt mindre än i förbundsrepubliken under motsvarande period. Dödligheten i hjärtkärlsjukdomar ökade under samma period i DDR medan västra Tyskland upplevde en minskning. Att hälsoläget utvecklats olika i östra och västra Tyskland skulle enligt Laaser (1990) tentativt kunna förklaras av skillnader i

- tillgång till medicinsk teknologi,
- organisation av hälso- och sjukvården,
- kosthållning,
- konsumtion av tobak och alkohol,
- form av tidig respektive sen upptäckt av riskfaktorer för hjärtsjukdomar,
- miljöfaktorer,
- befolkningssammansättning till följd av migration från öst till väst.

Finansiering

Finansieringen av hälso- och sjukvården i Tyskland är i huvudsak offentlig, 78 % enligt OECD (1990). Den stora skillnaden mot Sverige är att finansieringen sker med hjälp av ett försäkringssystem. De flesta tyskar, 92 %, är offentligt försäkrade. Omkring 17 % har någon form av privat försäkring, antingen en heltäckande eller en tilläggsförsäkring. Helt oförsäkrade är endast en liten grupp på 0,8 % (1988).

De som har en offentlig försäkring är med i någon av de cirka 1 200 sjukförsäkringskassor. En sjukförsäkringskassa täcker kostnader för sjukhus- och öppenvård, läkemedel, tandvård, hjälpmedel, och

sjukpenning. Sjukpenningen utgör en relativt liten andel av sjukförsäkringens utgifter eftersom man i Tyskland har en sex veckors arbetsgivarperiod. Under den tiden fortsätter arbetsgivaren att betala ut full lön. Sjukförsäkringen omfattar även minderåriga barn och make/maka med låg inkomst. Avgiften för försäkrings-tagaren beräknas som en procentsats av bruttolönen. Denna avgift låg 1990 i genomsnitt på 12,5 % och varierade mellan 9 och 16 %. Hälften av avgiften betalas av arbetsgivaren och hälften av arbetstagaren.

Finansieringen är således proportionell mot inkomsten och kan liknas vid den svenska landstingsskatten. Proportionaliteten gäller dock bara upp till en viss nivå. En gräns är satt vid en månadslön på 4 725 DM (cirka 17 500 kronor, 1990), inkomster därutöver utgör ej underlag för sjukförsäkringsavgiften.

Det finns olika sorters sjukförsäkringar. Nära hälften av de försäkrade är anslutna till någon av de cirka 270 allmänna kassorna (Allgemeine Ortskrankenkassen, AOK). Ungefär 12 % tillhör någon av de cirka 720 företagskassorna (Betriebskrankenkassen) som bildats för ett eller flera företag. Avgifterna i företagskassorna ligger i genomsnitt 2 % under de i AOK. Dessutom finns ett antal sjukförsäkringar för olika yrkesgrupper såsom privat tjänstemän, hantverkare, lantbrukare, sjöfolk etc. Om en försäkringstagare inte har möjlighet att välja någon av de mer förmånliga yrkes- eller företagskassorna är han hänvisad till de mindre förmånliga allmänna kassorna. De allmänna kassorna är organiserade geografiskt och ingen konkurrens finns mellan dem.

Anslutning till en erkänd sjukförsäkring är obligatoriskt för alla som har en inkomst upp till den förut nämnda gränsen på 4 725 DM/månad. För dem som har en högre inkomst är valet fritt mellan att stå kvar i sjukförsäkrings-systemet och där betala den maximala avgiften eller att gå ur. De flesta som går ur väljer att skaffa sig en privat sjukförsäkring. Premierna för de privata sjukförsäkringarna är riskrelaterade. Mest lönsamt att ta en privat försäkring är det för de höginkomsttagare som är ensamstående och inte har barn. Den lilla grupp som inte har någon försäkring alls består mestadels av personer med mycket höga inkomster som anser sig ha råd att betala alla eventuella vårdkostnader direkt ur egen ficka. Ytterligare en liten grupp är personer med mycket låga eller inga inkomster som inte gett sig till känna för myndig-

heterna. Dessa personer är inte heller anslutna till någon sjuk-kassa. Det kan dock inte hävdas att denna grupp saknar försäk-ringsskydd i egentlig mening. Dessa får vid behov sina sjuk-vårdskostnader täckta av andra försäkringar (exempelvis arbets-löshetsfonden) eller direkt från socialtjänsten på federal eller del-statlig nivå (Henke, 1989).

Sjukkassorna ersätter läkarna i öppenvården enligt ett fee-for-service-system. På federal nivå fastställs en indelningsgrund för olika ingrepp. Varje medicinsk åtgärd ges ett relativt värde i form av poäng. På delstatlig nivå förhandlar läkarorganisationerna och sjukkassorna fram en årlig budget, vilken överförs till läka-rorganisationen i klump. Beroende på det totala antalet poäng i delstaten, beräknas varje år ett visst värde per poäng. Läkarna får sedan betalt från sin egen organisation beroende på hur många poäng de arbetat ihop. Den enskilde läkaren kan genom att arbeta hårt höja sin ersättning, samtidigt försämrar han dock för sina kollegor i och med att poängvärdet minskar.

Sjukhusen finansieras dels av delstaterna och dels genom en dygnsersättning från sjukkassorna. Delstaterna står för investe-ringskostnader medan sjukkassornas medel går till den löpande verksamheten. Dygnsersättningen är lika för alla patienter på sjukhuset men olika för olika sjukhus. Sedan 1985 förhandlar varje sjukhus fram en global budget med sjukkassornas delstatli-ga organ. I budgeten fastställs det förväntade antalet vård dagar och dygnsersättningens storlek för det kommande året. Om an-talet vård dagar överskrids får sjukhuset endast ut 25 % av dygn-sersättningen för de extra dagarna. Om å andra sidan antalet vård dagar blir färre än budgeterat, får sjukhuset för de dagar som fattas ändå ut 75 % av dygnsersättningen. I budgetförhand-ligarna utgår man från historiska data om kostnader och vårdut-nyttjande.

Egenavgifterna är relativt låga i Tyskland. Ett besök hos läkare är kostnadsfritt, medan varje dygn på sjukhus kostar 10 DM (37 kronor, 1991); detta gäller dock bara de första fjorton dagarna, därefter kostar det ingenting. Läkemedel kostar 3 DM (11 kronor) per recept oavsett egentlig kostnad. Det finns dock en tydlig tendens att höja egenavgifterna för att öka kostnadsmedvetandet hos patienterna.

De som istället för att vara anslutna till en sjukkassa väljer att

teckna en privat försäkring kan själva välja vilka villkor som ska gälla. Exempelvis kan man genom att acceptera egenavgifter få ner premierna. Dessutom finns det olika typer av bonussystem där man får tillbaka en del av avgiften om man inte utnyttjat försäkringen under året (Zweifel, 1987).

Sjukhusvård

I Tyskland råder en relativt strikt uppdelning mellan den öppna och den slutna vården. Vid sjukhusen bedrivs nästan enbart slutenvård. I Tyskland fanns 3 071 sjukhus 1987. Hälften, dvs. 50 %, av dessa var offentligt ägda. Vanligast är att delstaterna eller kommunerna står för ägandet, endast i något enstaka fall är ägandet federalt. Icke-vinstdrivande frivillighetsorganisationer (Röda Korset, kyrkor etc.) äger 35 % av sjukhusen och resterande 15 % är helt privata.

Sjukhusen, även de offentliga, har en relativt självständig ställning. Vanligtvis styrs sjukhusen av en direktion bestående av tre direktörer (en medicinsk, en administrativ och en vårddirektör). Politikerna är inte inblandade i det direkta beslutsfattandet på de enskilda sjukhusen. Dock har man indirekta styrmedel. Framförallt gäller detta när ett sjukhus vill göra nyinvesteringar. I ett sådant läge får politikerna ett avgörande inflytande eftersom investeringskostnaderna täcks av delstatliga medel.

Rent generellt är de offentliga sjukhusen större och bättre utrustade. Akutsjukvården faller i första hand på de offentliga och organisationsägda sjukhusen, medan privatsjukhusen koncentrerar sig på mindre komplicerad vård. För att starta ett sjukhus som kopplas till sjukkassesystemet, krävs etableringstillstånd från delstaten. Delstaten upprättar en sjukhusbehovsplan, där det framtida behovet läggs fast i termer av antal vårdplatser, medicinsk inriktning och geografisk placering. Detta planeringssystem i kombination med överetablering har lett till svårigheter för nya privata sjukhus att etablera sig. Gamla sjukhus som redan befinner sig i systemet läggs å andra sidan nästan aldrig ned, vilket leder till en viss konservering av sjukhusstrukturen.

Endast akutfall kommer direkt till sjukhusen, för alla andra

krävs remiss från en privatpraktiserande läkare. Läkaren har hittills varit fri att remittera till vilket sjukhus han velat, även om patientens önskemål också har vägt tungt. Som ett sätt att komma åt kostnadsstegringarna har man från politiskt håll fört fram krav på prisregleringar. Tanken är att endast ersätta billigaste lämpliga alternativ och att låta patienten betala överskjutande kostnader om han väljer ett dyrare behandlingsalternativ. Dylika förslag har dock mött på motstånd från sjukhusen och har ännu ej resulterat i någon åtgärd.

De genomsnittliga vårdtiderna är något kortare i Tyskland än i Sverige, se tabell 2. I de svenska siffrorna ryms dock en del långvård som i Tyskland och andra länder bedrivs i ålderdomshem eller i hemmiljö. OECD-statistiken ger också möjlighet att se hur de genomsnittliga vårdtiderna ser ut för olika sjukdomskategorier. En sådan analys visar att Tyskland har längre vårdtider än Sverige för de flesta kategorier. Samtidigt som Sverige uppvisar mycket högre siffror på sjukdomskategorier som mentala rubbningar, nervsystemets sjukdomar och cirkulationsorganens sjukdomar, kategorier som i hög grad kan hänföras till långvården.

TABELL 2. Genomsnittliga vårdtider vid sjukhus i Sverige och Tyskland 1987.

	<i>Tyskland</i>	<i>Sverige</i>
Vårddagar per vårdtillfälle	17,1	19,7
Vårddagar per capita och år	3,5	4,2

Källa: OECD, 1990.

Vårdtidernas längd upplevs som ett problem i Tyskland. Anledningen till att man fått långa vårdtider menar man ligger i att sjukhusen finansieras genom en fast dygnsansättning. I ett försök att få sjukhusen att bete sig mer effektivt infördes 1985 global budgetering för sjukhusen, se avsnittet om finansiering. Hittills har dock inga positiva resultat kunnat utläsas i form av sänkta vårdtider. Istället ligger misstanken nära till hands att sjukhusen i det nya systemet har fått nya incitament att behålla de långa vårdtiderna. I och med att budgetförhandlingarna utgår ifrån historiska data är sjukhusen benägna att visa upp samma eller ett ökande vårdbehov år från år.

En troligtvis framkomligare väg att gå för att få ner vårdtiderna är att införa ett system där finansieringen sker som prospektiv betalning per patient som behandlas. Sjukhusen får då incitament att klara av behandlingen så snabbt som möjligt. En variant är att knyta den prospektiva betalningen till vad man på förhand kan förvänta sig att olika patientkategorier kostar. Schulenburg (1989) redogör för ett försök att knyta finansieringen till ett system med diagnosrelaterade grupper (DRG)* som har genomförts vid ett sjukhus i Kiel. Medelvårdtiden kunde minskas till en tredjedel delvis som en följd av en ökad samordning med privatpraktikerna. För närvarande verkar det dock svårt att få inblandade parter att acceptera ett DRG-system.

Ett annat problem som uppmärksammats i den tyska sjukhusvården är bristen på personal. Främst gäller detta sjuksköterskor. Antalet sjukhusanställda per sjukhusbädd var 1985 1,21 mot 1,85 i Sverige, även internationellt är detta en låg siffra. För att förbättra situationen har lönerna för sjuksköterskor och vårdbiträden höjts kraftigt de senaste åren.

Läkarvård

De privatpraktiserande läkarna har en central position i det tyska hälso- och sjukvårdssystemet. De har i princip ensamrätt på öppenvård och avgör remittering till sjukhus. Andelen privatpraktiker har dock minskat och i dag är sjukhusläkarna fler till antalet, se tabell 3.

TABELL 3. Antal läkare fördelade på kategori i Tyskland 1988.

	<i>Antal</i>	<i>Andel i %</i>
Privatpraktiserande	70 400	41
Sjukhusanställda	82 500	48
Anställda inom administration och ej verksamma	18 900	11
<i>Totalt antal</i>	171 800	100

Källa: Schulenburg, 1989.

* DRG är ett system för att klassificera patienter med olika sjukdomar.

Läkartätheten är hög med internationella mått mätt, 28 per 10 000 invånare (27 i Sverige). Enligt OECD (1990) har läkartätheten i Tyskland fördubblats mellan 1960 och 1987. De flesta privatpraktiserande läkare arbetar i solopraktik; endast 16,7 % arbetar i grupppraktik (Schulenburg, 1989). Antalet grupppraktiker ökar dock år från år.

Den genomsnittliga inkomsten för en privatpraktiker är cirka 160 000 DM (nära 600 000 kronor). Läkarnas relativa löneläge har dock försämrats de senaste decennierna. År 1971 tjänade en läkare 6,5 gånger så mycket som en genomsnittlig inkomstagare, idag är denna faktor 3,5 (Schulenburg 1989).

Den enskilde har full frihet att gå till vilken privatpraktiserande läkare han vill. Läkargesök är kostnadsfria åtminstone för alla som är anslutna till en sjukkasse. Antalet läkargesök i sjukvården är enligt OECD (1990) 11,5 per capita och år. Den internationellt sett höga siffran härrör sig till största delen från läkargesök i öppenvården. Det kan finnas fler anledningar till den höga konsumtionen. Den främsta är antagligen det faktum att läkarna avlönas efter hur många ingrepp de gör (fee-for-service). Detta i kombination med den höga läkartätheten gör att den totala konsumtionen blir hög. Dessutom saknar patienterna incitament att hålla igen den egna konsumtionen eftersom det inte finns några egenavgifter i öppenvården. Att Sverige har en så pass låg siffra som 2,7 läkargesök per capita och år, förklaras delvis av att distriktssköterskorna i Sverige tar hand om en del fall som läkarna sköter i Tyskland. Även om distriktssköterskebesök skulle inkluderas i statistiken för Sverige, kvarstår dock att antalet besök i Tyskland är väsentligt fler.

Den tyska grundlagens stadgande om fritt yrkesval ger en principiell rätt för alla med rätt utbildning att bli sjukkasseanslutna läkare. Endast viss hänsyn till regionala behovsplaner kan styra anslutningen av nya läkare. Universitetens och delstaternas fristående ställning gör att begränsningar av antalet utbildningsplatser inte har fungerat. Antalet nyantagna varje år på medicinutbildningen har ökat från 4 400 år 1970 till 11 350 år 1983; därefter har antalet legat ungefär konstant. Det stora antalet nyutbildade läkare har lett till en viss överetablering; i slutet på åttiotalet var mer än 8 000 läkare arbetslösa.

Vid sjukkassorna i Tyskland finns speciella förtroendeläkare.

Deras uppgift var ursprungligen att kontrollera sjukskrivningarna. Sedan år 1970, då man införde en sex veckors arbetsgivarperiod i den del av sjukförsäkringen som täcker inkomstbortfall, har uppgifterna alltmer inriktas mot att övervaka sjukvården. Tanken är att kontrollera sådant som vårdtider, övervård och läkemedelsmissbruk. Antalet förtröendeläkare i delstaten Schleswig-Holstein är 56 (Bohnenkamp et al., 1990). Om man räknar om detta till nationell nivå får man fram att antalet skulle vara drygt 1 300 i hela Tyskland.

I östra Tyskland före återföreningen fanns i princip inga privata läkarpraktiker. Öppenvården var förlagd till så kallade polikliniker, institutioner mer påminnande om de svenska vårdcentralerna. Enligt unionsfördraget kommer poliklinikerna att finnas kvar åtminstone under en period av fem år, varefter de ska utvärderas (Hurst, 1991). Under tiden är det fritt för såväl östtyska som västtyska läkare att starta egna praktiker.

Kostnadsutveckling och kostnadskontroll

Sjukvårdens kostnader som andel av BNP ökade kraftigt i Tyskland under 1960- och 1970-talen. Från en nivå på 4,7 % av BNP år 1960 steg sjukvårdskostnaderna till 7,9 % år 1980 (OECD, 1990). Under åttiotalet har kostnaderna stabiliserats och 1987 var andelen 8,1 % av BNP. Motsvarande siffra för Sverige samma år var 9,2 %.

Om man ser på sjukvårdsutgifterna per capita får man fram den bild som kan utläsas ur tabell 4. De tyska siffrorna har räknats om till kronor. Omräkningen har skett både med köpkrafts-paritetsindex och växelkurs. Genomgående kostar sjukvården något mindre i Tyskland än i Sverige. Över tiden har det dock skett en viss utjämning eftersom kostnadsökningarna varit kraftigare i Tyskland.

För att kunna möta de ökande kostnaderna för sjukvården har sjukförsäkringskassorna tvingats höja avgifterna. Figur 1 visar hur de genomsnittliga sjukförsäkringsavgifterna ökat under 1970- och 1980-talen.

Den främsta anledningen till att sjukvårdens kostnader stigit så pass kraftigt i Tyskland är att det saknas mekanismer som

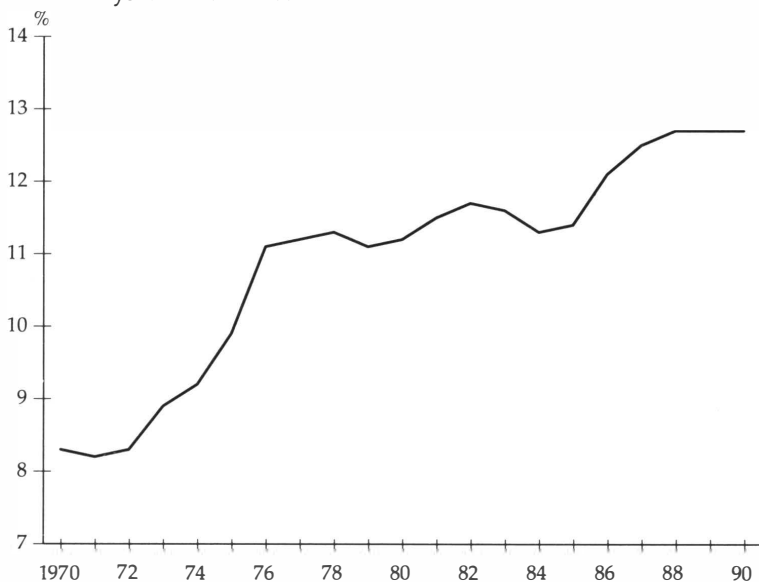
TABELL 4. Sjukvårdsutgifter per capita i Tyskland (justerat till kronor enligt KKP respektive växelkurs) och i Sverige (verkliga siffror).

	1970	1980	1987	Ändring i % 1970–1987
Tyskland KKP	1 051	4.853	9 320	787
	868	4 420	9 331	975
Sverige	1 544	6 023	10 979	611

Källa: OECD, 1990.

begränsar utbud och efterfrågan. Producenterna av vård saknar incitament att begränsa sitt utbud eftersom man får betalt enligt ett fee-for-service-system. Systemet kan genom sin konstruktion uppmuntra till övervård. Dessutom har det förekommit att läkare manipulerat journaler och dokument för att därigenom öka sina inkomster (Krämer, 1989).

FIGUR 1. Utvecklingen av den genomsnittliga sjukförsäkringsavgiften i Tyskland 1970–1990.



Källa: Henke, 1990.

Konsumenterna av vård saknar å sin sida incitament att begränsa efterfrågan eftersom egenavgifterna är låga samtidigt som försäkringsavgifterna inte är riskrelaterade. Att kostnaderna ändå är högre i Sverige kan dels förklaras av den hos oss mer utbyggda långvården och dels av att produktiviteten i öppenvården är lägre i Sverige. Ett mått på produktiviteten skulle kunna vara det antal besök en läkare klarar av per år. År 1986 klarade en tysk läkare i genomsnitt av 4 260 besök, medan en svensk läkares motsvarande prestation var 1 030 besök (OECD, 1990).

En annan viktig orsak till kostnadsökningarna är den ökade personalintensiteten. Andelen av de yrkesverksamma som var sysselsatta inom sjukvården ökade från 2,9 % år 1970 till 4,8 % år 1983. I Sverige skedde under motsvarande period en ökning från 4,2 % till 7,8 %.

För att begränsa kostnaderna har den tyska förbundsdagen genomfört en rad åtgärder. År 1977 tillsatte man en ständig kommission (Konzertierte Aktion) med uppgift att försöka begränsa de totala utgifterna för hälso- och sjukvården. I kommissionen ingår representanter för olika grupper med intresse av sjukvårdssektorn: den federala regeringen, delstatsregeringarna, sjukkas-sorna, sjukhusen, läkarna, läkemedelsindustrin, arbetsgivare, fackföreningar etc (Abel-Smith, 1984). Kommissionen arbetar dels med frivilliga överenskommelser och dels med att arbeta fram reformförslag.

År 1977 infördes dessutom patientavgifter för tandläkartjänster, receptbelagda läkemedel och patienttransporter. Egenavgifterna har sedan successivt utvidgats till att gälla fler områden, exempelvis infördes 1983 avgifter för de första 14 dagarna vid sjukhusvistelser. I den senaste sjukvårdsreformen från 1989 har patientavgifterna höjts ytterligare med det uttalade syftet att öka kostnadsmedvetandet. Generellt sett är dock avgifterna låga i jämförelse med Sverige.

Läkemedelskostnaderna har man först försökt begränsa genom införandet av en negativ lista för läkemedel (1977). Den negativa listan specificerar de läkemedel som inte ersätts av sjuk-kassorna. Sedan införde man 1982 en prislista som jämför likvär-diga preparat, och 1989 ett referensprissystem för läkemedel (Jensen, 1990).

Referensprissystemet fungerar så att läkemedel med samma

verksamma substans åsätts en maximal ersättningsnivå. Om patienten väljer en produkt som kostar mer än gällande referenspris får han betala mellanskillnaden själv. Referensprissystemet har haft en prisdämpande effekt på de preparat som omfattas. När referenspriserna infördes i december 1989 föll priserna med 21 % för de läkemedel som inkluderades i systemet. De preparat som inte omfattades av prisregleringen gick samtidigt upp med 2,1 % (Schneider, 1991). Successivt är det sedan tänkt att systemet skall utvidgas till att gälla först produkter med farmakologisk-terapeutiskt likartade substanser och sedan produkter med farmakologiskt likartade verkningsmekanismer.

Vårdutnyttjande

Som visats i tidigare kapitel är vårdutnyttjandet i öppenvården klart större i Tyskland än i Sverige. I slutenvården är de båda länderna mer jämbördiga. Om man ser på den del av slutenvården som inte omfattar långvården visar det sig dock att vårdutnyttjandet återigen blir större i Tyskland.

Om tyskarna har problem med kostnadsutvecklingen är å andra sidan köer inget större problem. Både i öppen- och slutenvården finns det alltid flera konkurrerande producenter som är villiga att ta sig an nya klienter. Detta understryks ytterligare av det överskott på läkare som finns.

Det faktum att patienterna ser sig som köpare av vård har dock minskat toleransen för väntetider. Nyligen fick en patient rätt i domstol till ersättning för halva sin förlorade arbetstid efter att ha fått vänta sammanlagt 2,5 timmar vid tre bokade besök. Detta fall kan få prejudicerande effekt eftersom domstolen fastslog att väntetider över 30 minuter är oacceptabla för patienten (der Spiegel, 1990:40).

En annan aspekt av vårdutnyttjandet är hur snabbt ny medicinsk teknologi får genomslag i ett land. På sextiotalet introducerades dialys och transplantation som behandling av kronisk njursvikt. Behandlingen fick snabbare genomslag i Sverige än i Tyskland i början på sjuttiotalet, nu har dock länderna samma grad av vårdutnyttjande. Att Tyskland var sent i starten kan

förklaras av att sjukhusen vid den tiden hade svårt att klara av att finansiera sina nyinvesteringar. Som ett resultat av detta infördes ett offentligt system för finansiering av investeringar.

En annan viktig skillnad mellan Tyskland och Sverige är andelen patienter som behandlas med transplantation. Det är väl dokumenterat att transplantation är ett kostnadseffektivt alternativ när det är möjligt att genomföra. Tyskland har, som visas i tabell 5, en låg andel transplantationer i jämförelse med Sverige. Detta kan ses som en effekt av att kostnadseffektivitet inte uppmuntras tillräckligt i den tyska sjukhusvården.

TABELL 5. Behandling av kronisk njursvikt i Tyskland och Sverige.

	<i>Tyskland</i>		<i>Sverige</i>
Antal patienter per miljon invånare som fick behandling för kronisk njursvikt			
	1970	18	54
	1985	305	319
Andel patienter med transplantation			
	1985	16 %	57 %

Källa: OECD, 1989.

Äldreomsorg

Äldreomsorgen ligger i Tyskland utanför sjukhusen. Släktingar i rakt nedstigande led är ömsesidigt underhållsskyldiga. De offentliga trygghetssystemen ses endast som komplement till familjen när det gäller omvårdnad. Den lägre förvärvsfrekvensen för kvinnor i Tyskland, 53 % mot 82 i Sverige, möjliggör att en stor del av äldreomsorgen fortfarande kan ske inom familjerna.

Som komplement till familjerna finns så kallade socialstationer. De drivs främst av välgörenhetsorganisationer men kan också vara kommunala. De har hand om hemtjänst och terapi för olika grupper, exempelvis handikappade och äldre.

För äldre med större problem finns det ålderdomshem. Vanligen drivs dessa av välgörenhetsorganisationerna, men även pri-

vata vinstdrivande hem finns. En vårdplats kostar normalt mellan 3 000 och 4 500 DM per månad (11 000–17 000 SEK) (Westerlund, 1990). Kostnaden betalas av den gamle själv eller av dennes barn. Ofta träder dock socialhjälp in.

Äldreomsorgen ses som ett stort problem i Tyskland. Ökad medellivslängd och minskad fertilitet gör att det blir allt svårare att finansiera och sköta omvårdnaden av de äldre. En åtgärd som man nyligen genomfört är att ålägga sjukkassorna att ge finansiellt stöd till dem som vårdar släktingar hemma. Det finansiella stödet syftar dels till att möjliggöra för den anhörige att ta en semester på upp till fyra veckor per år, samt att avlasta arbetsbördan under resten av året. Semesterersättningen som är tänkt att användas till att anställa någon utomstående kan vara upp till 1 800 DM (6 600 SEK). Arbetsbördan under resten av året avlastas av att 750 DM (2 800 SEK) per månad går till att betala 25 timmars vård av en utomstående vårdare. Alternativt kan 400 DM (1 500 SEK) per månad betalas till den anhörige.

Som ett led i försöken att förbättra omsorgen av de äldre och långtidssjuka har man skapat en enhetlig utbildning av åldringsvårdare. Dessutom har man i delstaten Baden-Württemberg beslutat införa en obligatorisk, privatreglerad äldreomsorgsförsäkring. I princip ska alla vara skyldiga att ha en sådan från 45 års ålder. Nettokostnaden efter skattereduktion beräknas bli 300–400 DM/år. Konstruktionen liknar de svenska trafikförsäkringarna, alla måste ha en grundläggande försäkring men man får själv välja försäkringsbolag.

Ledning och styrning

Hälso- och sjukvårdssektorn utgör troligtvis den mest reglerade delen av den tyska ekonomin. Regleringarna har dock oftast en indirekt karaktär. För det första har en stor del av ansvaret decentraliserats till delstaterna och lokala organ. För det andra har ansvaret för finansieringen delegerats till fristående organ i form av sjukkassor. Och för det tredje har produktionen till stor del tillåtits ske i privat regi. Över allt detta griper dock ett antal regleringsmekanismer in.

En hel del av besluten fattas i ett förhandlingsspel. Dels inom ramen för Konzertierte Aktion (se avsnittet om Kostnadsutveckling och kostnadskontroll) och dels i förhandlingar om taxor på delstatsnivå. Förhandlingarna är inte frivilliga, utan lagstiftningen stadgar vilka parter som ska ingå, vad de ska förhandla om och hur förhandlingarna ska gå till. Den främsta drivkraften för parterna att komma överens står troligtvis att finna i att parterna vill undvika ytterligare tvångslagstiftning.

Lagstiftning har tillgripits ett flertal gånger under de senaste decennierna. År 1965 reglerades läkarnas och tandläkarnas avgiftssystem, vilket senare reviderades 1982. Lagen om utbildning av medicinsk personal samt lagen om finansiering av sjukhus infördes 1972. Kostnadsutvecklingen har tacklats med 1977 och 1982 års lagar om begränsning av sjukförsäkringskostnaderna och nu senast med sjukförsäkringsreformen från 1989.

Det tyska systemet präglas av en hög grad av korporativism, vilket bland annat påpekats av Gäfgen (1988). Det vill säga beslut fattas i en interaktion mellan organiserade intressen. Ofta blir det svårt att dra gränsen mellan vad som är ett frivilligt beslut fattat i en förhandling och vad som är ett offentligt beslut fattat inom ramen för demokratiska spelregler. Bilden blir inte klarare av att de organisationer som ingår i förhandlingarna organiserar sina medlemmar obligatoriskt. Varje läkare som vill få ersättning från sjukförsäkrarna måste vara medlem i sjukförsäkrarnas förening (Kassenärztliche Vereinigung) på delstatsnivå, en regel som infördes 1932. Dessutom måste varje läkare vara medlem i en läkarkammare (Ärztzekammer) på delstatsnivå. Kammaren ansvarar för licensiering, kvalitetskontroll, utbildningsbevakning och professionella hedersbetygelser. Förutom dessa obligatoriska organisationer finns det andra frivilliga yrkessammanslutningar och påtryckargrupper. På motsvarande sätt är sjukförsäkrarna obligatoriskt organiserade på delstatsnivå.

På federal regeringsnivå finns det fyra departement med ansvar för olika delar av hälso- och sjukvården. Departementet för ungdoms-, familje-, kvinno- och hälsovårdsfrågor har huvudansvaret för sjukvården. Dessutom finns arbets- och socialdepartementet med ansvar för bland annat sjukförsäkringsfrågor. Departementet för miljö-, naturskydds- och reaktorsäkerhetsfrågor samt departementet för forskning och teknologi har hand om

hälso- och sjukvårdsfrågor inom ramen för sina ansvarsområden. På delstatsnivå finns på motsvarande sätt departement med ansvar för sjukvårdsfrågor. Förutom dessa departement finns sedan ett antal olika samarbetsorgan och ett antal olika verk och myndigheter.

Framtid

Sedan den första januari 1991 gäller det tyska sjukförsäkrings-systemet även i det forna DDR. Under en övergångsperiod har man fastställt sjukförsäkringsavgiften till 12,8 %, vilket ska motsvara genomsnittet i västra Tyskland. På grund av att lönenivån ligger lägre i östra Tyskland kan man förvänta sig att sjukförsäkringarna kommer att kunna dra in högst hälften så mycket medel per person som västkassorna gör. Detta problem försöker man lösa genom att hålla nere på utgifterna i motsvarande mån. Trots detta räknar man med stora underskott för sjukförsäkringarna under de närmaste åren. Uppskattningar tyder på förluster i storleksordningen 4–5 miljarder D-mark (15–18 miljarder kronor) årligen (der Spiegel 1991:5). Enligt unionsfördraget kommer dessa förluster att täckas med federala skattemedel.

Under en tid kommer ett antal olika övergångsregler att gälla i östra Tyskland. Ett problem med dessa är att de riskerar att ge upphov till skevheter i marknaden. Exempelvis råkade man redan i början av 1991 ut för problem på läkemedelssidan. För att underlätta den finansiella situationen för de nystartade sjukförsäkringarna beslöt man i unionsfördraget att priserna i öst för västläkemedel under ett år skulle sättas till 45 % av priserna i väst. Mot detta protesterade läkemedelsföretagen och för att sätta tyngd bakom orden hotade man med en bojkott av de nya delstaterna. Detta, i kombination med utsikterna för en svart marknad för läkemedel i väst, gjorde att förbundsregeringen gav efter och i en överenskommelse bestämdes att läkemedelsföretagen skulle ge sjukförsäkringarna 20 % rabatt (der Spiegel, 1991:5).

Parallellt med införlivandet av östra Tyskland kommer de reformer som initierades 1989 att fortlöpa. Referensprissystemet för läkemedel planeras att utvidgas till att gälla fler produkter. År

1992 görs egenbetalningen för läkemedel om, istället för en fast avgift per recept på 3 DM (11 kronor) får kunden betala 15 % av den verkliga kostnaden upp till en maximal avgift på 15 DM (55 kronor).

Förutom dessa reformer, som redan är beslutade, pågår en debatt om ytterligare förändringar. I samband med den allt större andelen äldre, har behovet av en mer organiserad finansiering av äldreomsorgen ökat. Ett förslag går ut på att införa en obligatorisk, men privat äldreomsorgsförsäkring (se avsnittet om Äldreomsorg). Ett annat förslag är att öka avgifterna i sjukförsäkringen med cirka 2 % för att finansiera äldreomsorgen. Detta senare förslag har mött på hårt motstånd från bland annat näringslivet, eftersom man menar att det skulle öka lönekostnaderna.

Andra förslag syftar till att omorganisera sjukförsäkringssystemet. Dels vill man ta bort olikheter mellan olika sjukkassor och dels vill man befordra konkurrens mellan kassorna. Dessutom finns det experter som vill införa ett privat försäkringssystem (Henke, 1990 och Gitter et al., 1989). Tanken är att systemet obligatoriskt ska omfatta hela befolkningen, samtidigt som det ska råda konkurrens mellan vinstdrivande försäkringsbolag. Antingen görs försäkringspremierna riskrelaterade och de medborgare som inte kan betala själva får ersättning av allmänna medel (Henke, 1990) eller så behålls den solidariska finansieringen (Gitter et al., 1989). För att undvika att vissa högriskgrupper ska falla utanför, införs en regel som säger att försäkringsbolagen måste acceptera varje individ som önskar en försäkring.

Slutsatser och lärdomar

Den främsta slutsats man kan dra av det tyska hälso- och sjukvårdssystemet är att en uppdelning av finansiering och produktion kan leda till en god tillgång på vård. Man har i Tyskland till stor del sluppit köproblem. De mestadels privata producenterna har starka incitament att hålla en hög aktivitetsnivå. Konkurrensen gör också att man anstränger sig för att patienterna ska vara nöjda. Samtidigt finns det ingen anledning för den enskilde läkaren att av kostnadsskäl hålla igen på kvaliteten i vården eftersom

sjukförsäkringen garanterar betalning enligt ett fee-for-service-system.

I Tyskland har man på mikroplanet lyckats uppnå en vård med hög produktivitet och god tillgänglighet. Samtidigt kan effektiviteten i ett makroperspektiv ifrågasättas. Det tyska försäkrings-systemet har genom sin konstruktion lett till en hög konsumtion av vård totalt sett. Den höga konsumtionen och kostnadsproblemen har man försökt tackla med införande av nya regleringar. Hur man kommer att lyckas med detta är för tidigt att säga. Men antagligen kommer de negativa följder som vanligtvis förknippas med regleringar att dyka upp i olika former även på detta område. Övervakningskostnader, effektivitetsförluster, nya regleringar för att rätta till problem med gamla regleringar och så vidare. En tendens till successivt ökande reglering verkar vara inbyggd i det tyska systemet.

En viktig lärdom från Tyskland är att sättet att tilldela producenter resurser är centralt för sjukvårdens funktionssätt. Läkarna har en hög aktivitetsnivå och problemet är snarast att begränsa denna. Svårigheterna är dock uppenbara. Det gäller att enbart reglera bort den onödiga vården. Införande av patientavgifter kommer troligtvis att bli nödvändigt för att minska vårdkonsumtionen. Troligen kommer vi också att få se inslag av kapitation som ändrar incitamenten för läkarna. Ett kapitationssystem skulle innebära att läkarnas ersättning görs prospektiv och kopplas till en definierad population.

Producenterna av vård i Tyskland konkurrerar med kvalitet och service, däremot förekommer knappast någon priskonkurrens. Detta gäller framför allt läkarvården, där alla arbetar efter samma taxa. För att öka inslaget av priskonkurrens i producentledet krävs att sjukförsäkrarna får ett större inflytande över vilka producenter som ska få ersättning. Dessutom krävs att sjukförsäkrarna blir mer aktiva i sin bevakning av producentledet. Om detta kan ske inom nuvarande system eller ej är oklart. Ett sätt skulle vara att öka inslaget av konkurrens mellan sjukförsäkrarna för att därigenom ge sjukförsäkrarna incitament att agera som effektiva upphandlare av vård. En viktig slutsats vi kan dra från Tyskland är således att effektiviteten i ett försäkringsbaserat sjukvårdssystem i hög grad är beroende av vilken grad av konkurrens som förekommer.

I det tyska systemet förekommer vissa orättvisor som förorsakas av finansieringssystemet. Oavsett hur man ser på den solidariskska finansieringen, är det en brist att två personer med samma inkomst och samma risk kan betala helt olika avgifter. Detta beror på att de tillhör sjukkassor med olika riskprofiler. Hårdast slår detta mot arbetare som i mindre utsträckning än tjänstemän har möjlighet att välja sjukkassa. En annan grupp som drabbas negativt är de som ligger strax under den inkomstgräns som avgör om man får ersätta sin offentliga försäkring med en privat. En lärdom man kan dra av detta är att ett minimikrav för att ett försäkringssystem ska vara rättvist är att alla medborgare agerar under samma spelregler.

För Sveriges del är det även av stort intresse att följa hur sjukvården i de tidigare östtyska delstaterna kommer att integreras i det tyska sjukvårdssystemet. Det kan indikera vilka speciella problem som kan uppkomma när ett offentligt ägt och finansierat system skall övergå i ett mer pluralistiskt system. Ett system där det finns en klar uppdelning mellan finansiering och produktion, och där den direkta politiska inblandningen i vården är begränsad.

Referenser

- Abel-Smith, B., *Cost Containment in Health Care*. Bedford Square Press. London, 1984.
- Bohnenkamp, D., Brorsson, J.-Å., *Socialförsäkringssystemet i Västtyskland* (rapport från studiebesök). Försäkringskassan i Älvsborgs län, 1990.
- Frycklund, J., Jönsson, B., *Hälso- och sjukvården i Tyskland*. Stockholms läns landsting. Stockholm, 1991.
- Gitter, W., Hauser, H., Henke, K.-D., Knappe, E., Männer, L., Neubauer, G., Oberender, P., Sieben, G., *Structural Reform of the Statutory Health Insurance System*. Scientific Study Group – Health Insurance. Universität Bayreuth, Bayreuth, 1989.
- Gäfgen, G., *Neokorporatismus und Gesundheitswesen*. Nomos. Baden-Baden, 1988.
- Henke, K.-D., *International comparisons of health care systems*. Health Care Financing Review, Annual Supplement, 1989.
- Henke, K.-D., *Cost Containment in Health Care – Justification and Consequences*. Paper presented at Second World Congress in Health Economics, Zürich, 1990.
- Hurst, J. W., *Reform of health care in Germany*. Health Care Financing Review. 1991/3. pp 73–86, 1991.
- Jensen, A., *Price Ceilings for Pharmaceuticals – Recent Experiences with a New Instrument in Health Politics*. Bundesverband der Betriebskrankenkassen, 1990.
- Krämer, W., *Die Krankheit des Gesundheitswesens – Die Fortschrittsfalle der modernen Medizin*. S. Fischer, Frankfurt, 1989.
- Laaser, U., *Trends and Developments in East and West German Health and Health Care*. Ur The Economics of Health Care – Challenges for the Nineties. Mediq Ltd, London, 1990.
- OECD, *Health Data File*. Directorate for Social Affairs, Manpower and Education. Paris, 1989.
- OECD, *Health Care Systems in Transition*. OECD. Paris, 1990.
- Schneider, M., *Health care cost containment in the Federal Republic of Germany*. Health Care Financing Review. 1991/3. pp 87–101, 1991.
- Schulenburg, J.-M., *The West German Health Care Financing and Delivery System: Its Experiences and Lessons for Other Nations*. University of Hannover. Hannover, 1989.
- Spiegel, der, *Heikle Kunden*. 1990/40. pp 81–83, 1990.
- Spiegel, der, *Rummelboxer der Nation*. 1991/5. p 96, 1991.
- Westerlund, U., *Hälso- och sjukvård i Västtyskland*. Sveriges ambassad. Bonn, 1990.
- WHO, Regional office for Europe, *Health for all 2 000*. Databas, 1988.
- Zweifel, P., *Bonus systems in health insurance: a microeconomic analysis*. Health Policy. 1987/7. pp 273–288, 1987.

5. *Hälso- och sjukvården i Schweiz*

Per Carlsson

Introduktion

Styrelseskick

Schweiz är enligt författningen från 1874 en förbundsstat med en i praktiken permanent samlingsregering. Systemet karaktäriseras framförallt av det långtgående regionala (kantonerna) och kommunala självstyret. De 23 kantonerna och över 3 000 kommunerna är av varierande storlek, vilket bidrar till de stora legala och administrativa skillnader som finns mellan dessa. Stora kommuner, t. ex. Zürich och Basel har en befolkning på över 1 miljon invånare medan ett stort antal mindre kommuner har en befolkning på färre än 100 invånare. Kommunerna har självstyre i frågor som rör den egna kommunen. Dessa har t. ex. ansvar för socialvård och lägre undervisning. Många frågor avgörs i kommunala folkomröstningar. Det åligger även kommunen att bevilja schweiziskt medborgarskap. De federala myndigheterna (Förbundet) svarar för utrikes-, försvars- och handelspolitik samt all övergripande lagstiftning. Kantonen har t. ex. huvudansvaret för hälso- och sjukvården. Såväl Förbundet som kantonerna och kommunerna har beskattningsrätt (Elsässer, 1988).

Ekonomi

Schweiz har många likheter med Sverige. Det är ett relativt litet land med en väl utvecklad industri som stått utanför de politiska block som hittills dominerat Europa. Under början av efterkrigstiden då grunden till dagens sjukvårdssystem lades tillhörde landet de främsta när det gäller ekonomisk tillväxt. Sedan början på

1970-talet har dock tillväxten legat under genomsnittet för de övriga OECD-länderna.

Schweiz intar en överlägsen tätposition bland länder som exporterar sjukvårdsprodukter: 6,7 % av den totala exporten utgjordes av varor för sjukvårdsändamål. Motsvarande andel för Sverige är 1,7 % (Elsässer, 1988).

Jämfört med Sverige har Schweiz en liten offentlig sektor men den har sedan 1960 ökat i samma takt som genomsnittet för hela OECD. De offentliga utgifterna utgjorde 31 % av BNP 1985. Siffran anger endast löpande utgifter och om även investeringar skulle ingå uppskattas den ligga på omkring 35 %, jämfört med 65 % i Sverige. Genomsnittet för OECD var 48 %. De offentliga utgifterna för hälso- och sjukvård utgjorde 1984 drygt 11 % av de totala utgifterna för offentlig verksamhet. Denna andel har ökat sedan 1960. De offentliga utgifterna till sjukvården fördelas på främst kantonerna (85 %) och kommunerna (10 %) medan Förbundet endast svarar för en mindre del (Elsässer, 1988).

Demografi och hälsoindikatorer

Schweiz' befolkning på 6,5 miljoner invånare, varav knappt 1 miljon utlänningar med uppehållstillstånd, är något yngre än den svenska. Andelen äldre över 65 år är 14,3 % jämfört med 17,7 % i Sverige. Den förväntade livslängden för en nyfödd är densamma i Schweiz och Sverige, 77,2 respektive 77,1 år. Genomsnittlig medellivslängd för hela Europa var samma år 71,2 år.

Den förväntade överlevnaden vid 65 år har varit nästan identisk i båda länderna under en längre tid. Barnadödligheten är lägre i Sverige medan Schweiz uppvisar den största relativa förbättringen.

Dödligheten i de s. k. folksjukdomarna följer i stort samma mönster i båda länderna. En minskning i dödligheten sker både för hjärt-kärlsjukdomar och maligna tumörer. Den förra dödsorsaken har minskat kraftigt i Schweiz. Vid dödsorsaker där antagligen livsstilen i ännu högre grad än för hjärt-kärlsjukdom spelar roll, såsom respirationsorganens sjukdomar, leversjukdomar och trafikolyckor, har Schweiz genomgående en högre mortalitet än Sverige. Schweiz uppvisar dock en avsevärt större nedgång i antalet dödsfall relaterade till leversjukdom. Notabelt är att död-

ligheten för män i Sverige är densamma i denna sjukdomsgrupp både 1970 och 1986.

Det framgår att Schweiz har haft och fortfarande har ett högt kaloriintag jämfört med både Sverige och övriga Europa. Skillnaden är ännu mer accentuerad vid jämförelse av fettkonsumtion per capita. Den har dessutom ökat mellan 1970 och 1985. Schweizarnas höga alkoholkonsumtion skulle kunna förklara den höga mortaliteten i leversjukdomar. Det kan också finnas ett samband mellan hög cigarettkonsumtionen och den höga mortaliteten i respirationsorganens sjukdomar. Konsumtionen i Schweiz var 1986 2 439 cigaretter per person medan motsvarande konsumtion i Sverige var 1 418 cigaretter.

Små skillnader i förväntad medellivslängd i olika åldrar och barnadödlighet tyder på små skillnader i hälsotillståndet mellan länderna. Dödlighetsstatistiken visar dock på stora skillnader i enskilda dödsorsaker. Skillnader i respirationsorganens sjukdomar och leversjukdomar kan delvis förklaras av olika livsstilar i de båda länderna. Att det inte existerar några enkla samband mellan livsstil och dödlighet framgår bland annat av att Schweiz uppvisar både en högre fettkonsumtion än Sverige och avsevärt lägre dödlighet i hjärt-kärlsjukdomar.

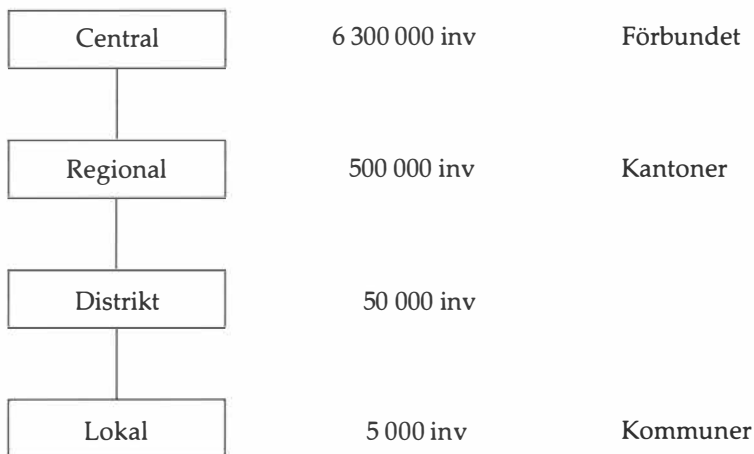
Politisk och administrativ struktur

Styrelseskicket i Schweiz kännetecknas av en långt driven decentralisering och lokal bestämmanderätt. Utformningen av hälso- och sjukvårdssystemet avviker inte från detta mönster. Det utmärks av en decentralisering till främst den regionala nivån, dvs. kantonen.

Den centrala nivån (Förbundet) har i likhet med Sverige ett förhållandevis litet inflytande på den operativa verksamheten i hälso- och sjukvården. På nationell nivå beslutar man till exempel om tillstånd för nya läkemedel och förhandlar om ersättningsar till läkare och sjukhus.

Det administrativa huvudansvaret för hälso- och sjukvården åligger den regionala nivån. Varje kanton har ansvar för sin egen sjukvårdsbudget finansierad genom skatteuttag, statsbidrag, inkomster från sjukförsäkringen, privata försäkringar och egenav-

FIGUR 1. Administrativa nivåer.



gifter. Både kantonerna och kommunerna har egen beskattningsrätt och beslutar själva om skattesats. I en del kantoner förekommer en speciell sjukhusskatt.

Kantonregeringen styr i första hand sjukhusen i regionen medan de privatpraktiserande läkarna har en fri ställning gentemot regeringen. Sjukhusen indelas i universitetssjukhus, centralsjukhus och distriktsjukhus och finansieras i varierande omfattning av kantonen, kommunen, sjukförsäkringar och privata försäkringar och egenavgifter. Det förekommer att en del mindre sjukhus fortfarande administreras av kommunen. Regeln är att de kommunala sjukhusen successivt överförs till kantonerna. Utvecklingen går i riktningen mot att kommunerna i stället koncentrerar sin verksamhet till *community-based care*, d. v. s. äldre- och sjukvård.

Sjukvården åligger som sagt i första hand kantonen att svara för. Ett försök från Förbundets sida att introducera en lag för att reglera preventiva åtgärder, i syfte att bland annat kontrollera drogmissbruk, misslyckades på grund av kantonala hinder. På förbunds-nivån handläggs sjukvårdsfrågor av inrikesministeriet och finansministeriet. Även på den kantonala nivån finns motsvarande funktioner som leds av politiker ur kantonregeringen. Politikerna finns även representerade i sjukhusens styrelser och

utgör 20–35 % av styrelsen. De spelar en viktig roll i den övergripande styrningen. Den operativa ledningen av sjukhusen är i högre grad än i Sverige delegerad till tjänstemännen.

Den långt drivna autonomin för kantonerna skapar skillnader i organisationen av hälso- och sjukvården mellan olika kantoner. Det har inte varit möjligt att beskriva alla undantag från de huvudprinciper som redovisas i denna rapport.

Finansiering

Finansiering av hälso- och sjukvården kan delas upp i egenbetaling, som innebär att patienten betalar ur egen ficka, och tredjepartsfinansiering. Tredjepartsfinansiering, som är den helt dominerande, är i sin tur uppdelad på skatter, premier till sjukförsäkringar och premier till privata tilläggsförsäkringar.

Andelen offentlig, skattefinansierad hälso- och sjukvård i Schweiz via Förbundet, kantoner och kommuner, inklusive subventionering av sjukförsäkringen, var 1988 30 %. Denna andel ökade från 25 % 1960 till 32 % 1984. Sedan dess har andelen offentlig finansiering minskat (Frei & Hill, 1990).

Försäkringar

Försäkringsskyddet vid olycksfall och sjukdom skiljer sig från det svenska på flera punkter. Bland annat existerar ingen obligatorisk sjukförsäkring. Istället har man ett system där nästan hela befolkningen frivilligt är ansluten till någon av de 266 semi-privata sjukförsäkringskassorna (Krankenkassen). Sjukförsäkringskassorna administrerar försäkringar för basal sjukvård som täcker cirka 45 % av kostnaderna för slutenvård, 68 % för läkarvård och 50 % för läkemedel. Tandvård ingår ej förutom åtgärder i samband med tandskador vid olycksfall. Som ett komplement till sjukförsäkringen har cirka 35 % av befolkningen en privat tilläggsförsäkring för att täcka kostnader för privat vård. Premier från tilläggsförsäkringar plus egenavgifter uppgår till 31 % av den totala finansieringen av hälso- och sjukvården.

Dessutom finns det en invalidförsäkring och arbetsskadeförsäkring, båda obligatoriska. Den senare täcker kostnader för vård och inkomstbortfall för arbetsskador. Fram till 1984 var 60 % av samtliga anställda i fabriker eller andra särskilt utsatta grupper försäkrade. Kravet på obligatorisk försäkring utökades då att gälla samtliga anställda. Försäkringen täcker olyckor och yrkesrelaterade sjukdomar.

Sjukförsäkringen inklusive offentliga bidrag via sjukkassorna representerar 43 % av den totala finansieringen av hälso- och sjukvården (Frei & Hill, 1990). Med undantag av en liten grupp låginkomsttagare är sjukförsäkringen frivillig i samtliga kantoner utom två. Trots detta är 94 % av befolkningen ansluten till en försäkringskassa. Det innebär att sjukkassorna spelar en viktig roll i det schweiziska sjukvårdssystemet.

Införande av sjukförsäkringen och bildande av sjukförsäkringsinstitut lagstodgades 1911. Försäkringen omfattade initialt endast basal sjukvård och ett fåtal läkemedel (Zweifel, 1988 b). Drygt ett halvt sekel senare, 1964, reviderades 1911 års hälso- och sjukvårdslag, vilket var början på en kraftig expansion av hälso- och sjukvården i Schweiz. En förändring i den nya lagen var att patientens egenbetalning inklusive privata försäkringar reducerades från maximalt 25 % av sjukvårdskostnaden till maximalt 10 %.

I lagen regleras verksamheten för sjukkassorna. För att en kassa skall erhålla statsbidrag på 15–25 % av omsättningen måste kassan uppfylla vissa villkor såsom:

- att organisationen skall vara baserad i Schweiz och vara icke vinstdrivande,
- att acceptera alla schweiziska medborgare yngre än 55 år som försäkringstagare. Undantag kan dock göras för ersättning av kända sjukdomar eller handikapp dock maximalt under 5 år,
- att tillåta byte av kassa på grund av t. ex. byte av bostadsort eller giftermål,
- att ersätta all läkarvård (öppen) inklusive listade läkemedel utom för en egenavgift på maximalt 10 % av sammanlagda vårdavgifter över 500 SFr per kvartal. För avgifter mindre än 500 SFr (1 SFr = 4 SEK) per kvartal betalar patienten 50 SFr,
- att ersätta alla kostnader för medicinsk vård på allmän avdelning (på offentliga eller privata sjukhus). Ersättningsskyldig-

heten avser endast vård i den kanton patienten bor och gäller 720 av 900 på varandra följande dagar. Om en viss typ av undersökning eller behandling inte kan erbjudas inom kantonen, ersätts även utomkantonal vård.

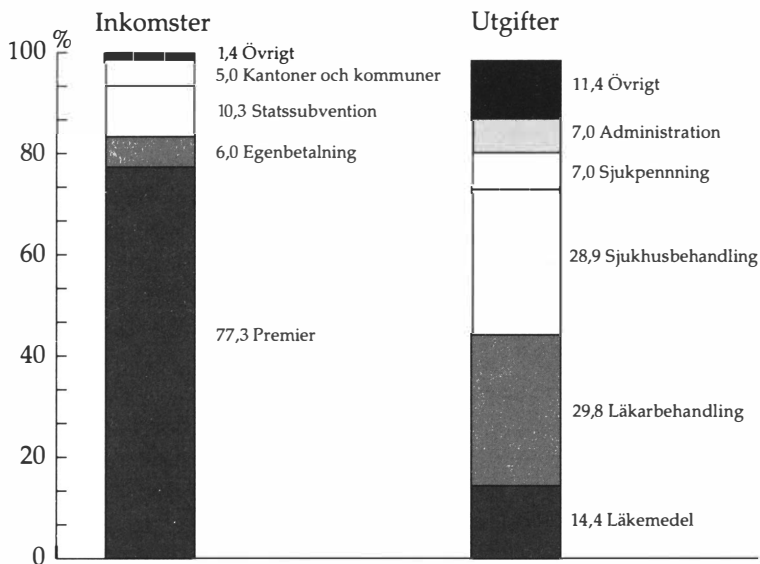
Det finns ett stort antal konkurrerande företag som äger sjukkas-sorna och ägarformerna varierar. I vissa fall samverkar kassor över hela landet. Det förekommer också att större schweiziska företag organiserar kollektiva försäkringar genom egna sjukkas-sor.

Kassatillhörighet väljer för övrigt medborgarna själva. De olika villkor som kassorna erbjuder är i stort sett desamma. Någon aktiv konkurrens mellan olika kassor för att attrahera nya medlemmar har knappast förekommit tidigare. I ett avtal från 1965 mellan samtliga sjukkassor har dessa försökt undvika alla former av konkurrens mellan sig. Bland annat skulle inte någon form av annonser där försäkringsvillkoren jämförs mellan olika kassor, i syfte att värva medlemmar, få förekomma (Sommer, 1985).

Under de senaste åren har dock situationen ändrats och en relativt kraftig omstrukturering sker av sjukförsäkringsområdet. Det innebär bland annat att antalet kassor minskat med närmare 200 under 1980-talet. I detta nya klimat ökar konkurrensen om yngre försäkringstagare och mindre kassor med en stor andel äldre försäkringstagare har svårt att överleva. Öppen marknads-föring förekommer idag.

Sjukkassornas inkomster domineras av premier. Modellen bygger på ett livslångt avtal där försäkringstagarna betalar en årlig premie som är lika stor över tiden och oberoende försäkringstaga-rens inkomst. Däremot är den differentierad med hänsyn till för-säkringstagarens ålder vid inträde i kassan. Kvinnor har dock en något högre premie än män i samma ålder. Premien kan också variera mellan olika sjukkassor och olika kantoner. För en medel-klassfamilj med 2 hemmavarande barn betalar huvudinkomsttaga-ren cirka 5 % av inkomsten till familjens försäkringar. Utöver sjuk-försäkring betalar schweizaren en arbetsskadeförsäkring. Den an-ställda och arbetsgivaren delar på försäkringskostnaden som är avdragsgill. Sjukvårdsförsäkringar plus egenavgifter för vård ut-gjorde totalt 8,5 % av den totala privatkonsumtionen 1986, vilket är en ökning med 1,6 % sedan 1970 (Pharma Information, 1988).

FIGUR 2. Fördelning av sjukförsäkringskassornas inkomster och utgifter 1986.



Källa: Pharma Information, 1988.

Försäkringstagarna svarar för 83 % av sjukförsäkringskassornas inkomst medan det offentliga bidraget är drygt 15 %. Den privata andelen har ökat med cirka 10 procent sedan 1970. Utgifterna domineeras av ersättningar för hälso- och sjukvårdsbehandlingar. Proportionerna mellan olika kostnadsslag har varit desamma under de senaste tio åren.

Med några få undantag har varje kanton ett regionalt läkarförbund och ett motsvarande sjukförsäkringskasseförbund. Dessa båda parter förhandlar om ersättningsstrukturen till läkarna. Taxerevisioner förekommer sällan.

Övriga finansieringskällor

Finansieringssystemet i Schweiz är svåröverskådligt och det finns ett flertal andra finansieringskällor av sjukvården vid sidan av sjukförsäkringen. Fördelningen mellan dessa visas i tabell 1.

TABELL 1. Finansieringskällor 1988.

Källa	Utgift (miljon SFr)	Procent
<i>Offentlig finansiering (skatter)</i>		
– Federal nivå	1 217	6
– Kantoner	4 479	22
– Kommuner	889	4
<i>Totalt offentligt</i>	6 585	32
<i>Privat finansiering via hushållen och arbetsgivaravgifter</i>		
– Sjukförsäkring	7 069	34
– Socialförsäkring	578	3
– Egenavgifter/privata tilläggsförsäkringar	6 642	31
<i>Totalt privat</i>	14 289	68
<i>Total finansiering</i>	20 874	100

Källa: Frei & Hill, 1990.

Det framgår att den privatfinansierade delen är dominerande. Den är ungefär lika fördelad mellan sjukförsäkring respektive egenavgifter/privata tilläggsförsäkringar. Den offentliga finansieringen sker främst via en kantonal skatt.

Det har skett en övervältring av kostnader mellan kantonen, sjukförsäkring, privata patienter och kommunen. Kostnadsökningen för hälso- och sjukvård har också varit relativt störst för kommunerna. Mellan 1965 och 1985 ökade deras sjukvårdskostnader som andel av den totala budgeten från 5 % till 13 %. Medan motsvarande ökning för kantonerna var från 13 till 18 % (Zweifel, 1988 b). Här förekommer stora variationer. Kantonernas utgiftsandel för hälso- och sjukvård av de totala utgifterna varierar mellan 2 %–31 % medan motsvarande utgift för kommunerna varierade mellan 0,1 %–39 %. I nedanstående tabell redovisas de totala kostnaderna fördelade på olika finansieringskällor och sektorer.

TABELL 2. Fördelning av hälso- och sjukvårdskostnaderna på olika verksamheter och procentuell fördelning på olika finansieringskällor, 1988.

Verksamhet	Totalt MSFr	Regering Kantoner Kommuner %	Sjukförsä- ring (Krankenkasse) %	Privat för- säkring och egenavgifter %
Universitet/Medicinska fakulteter	813	100	0	0
Nationella myndigheter	634	100	0	0
Sjukhus	10 296	34	50	21
Läkare	3 991	0	68	32
Tandvård	1 943	2	5	93
Apotek/läkemedel	1 861	0	55	45
Sjukhem	342	50	25	25
Annan service	994	—	52	48
Totalt	20 874			

Källa: Frei & Hill, 1990.

Efter sjukhussektorn är kostnaden för läkarvården den största posten. Ersättningen till läkarna finansieras till fullo via försäkringar och egenavgifter.

Det är viktigt att notera att finansiering av en verksamhet inte nödvändigtvis innebär att finansiären utövar inflytande på denna verksamhet. Det gäller t. ex. sjukkassornas passiva roll vid driften av sjukhusen. Som vi redan tidigare konstaterat svarar sjukhusen för den största kostnaden. Det är också den sektor där kostnaderna ökat snabbast under de senaste åren. En ofta framförd förklaring till detta är, att ingen ensam finansiär är ansvarig för de totala kostnaderna för den slutna hälso- och sjukvården (Zweifel, 1988 b). Mellan 1984 och 1988 ökade sjukförsäkringens andel av sjukhusens finansiering med 8 %. Andra förändringar är att en större andel av sjukhemsverksamheten finansieras via offentliga medel eller sjukförsäkringens vidare har egenavgifternas andel vid finansieringen av läkemedel minskat från 52 % till 45 %.

Sjukhusvård

Sjukhusen, som är mindre och betydligt fler än i Sverige, är i cirka 80 %–85 % av fallen offentligt ägda och offentligt administrerade av kantonregeringen. Vissa privata inslag förekommer även i s. k. offentliga sjukhus, t. ex. är 15–30 % av vårdplatserna avsedda för privata patienter. Det innebär att sjukhusläkarna (motsvarande överläkare) har rätt att behandla egna patienter inom ramen för det avtal som finns mellan dem och sjukhusen. Bland de 20 % privatägda sjukhusen i Schweiz drivs ett mindre antal sjukhus i vinstsyfte.

TABELL 3. Antal sjukhus, vårdplatser (vpl) och vård dagar (vd) per 10 000 invånare i Schweiz (1984) och Sverige (1986).

Vårdform	Antal enheter		Antal vpl/10 000		Antal vd/10 000	
	Schweiz	Sverige*	Schweiz	Sverige	Schweiz	Sverige
Somatisk korttidsvård	279		65,0	42,7	18 972	12 143
Långvård (>30 dagar)	359	94	35,7	61,1	8 223	20 997
Psykiatri (kliniker)	74		23,3	22,9	6 530	7 096
Övrigt	47		5,2	1,3	0,5	747
Totalt	764	94	129,2	128,0	33 726	40 983

Källa: Gygi & Frei, 1986; Landstingsförbundet, 1989.

* Totalt antal sjukhus utan uppdelning på olika vårdformer.

Tabellen visar att det totala antalet vårdplatser/10 000 invånare är lika i båda länderna. Fördelningen mellan somatisk korttidsvård och långvård skiljer sig kraftigt medan antalet psykiatriska vårdplatser är lika.

Styrning av sjukhusen

De offentliga sjukhusen upprättar årligen en kostnadsbudget, uppdelad i ordinära kostnader (drift) och extraordinära kostnader (investeringar), och en intäktsbudget. Skillnaden mellan förväntade kostnader och intäkter täcks i stort sett av kantonen. Trots att cirka 65 % av verksamheten finansieras externt måste sjukhusen få hela budgetramen godkänd av kantonregeringen. I

dess budgetar, som är relativt detaljerade, är samtliga tjänster preciserade. Investeringar (kapitalbudget) behandlas separat.

De övergripande ekonomiska ramarna för hälso- och sjukvården anges av finansdepartementet på förbunds nivå och omarbetas därefter till regionala direktiv. Vid årliga budgetförhandlingar mellan sjukhusen och kantonregeringen görs jämförelser av prestationer mellan sjukhusen och justeringar för externa patienter. Inom varje region (kanton) finns en sjukhusplan upprättad i vilken upptagningsområdet för respektive sjukhus finns angiven (servicepopulation). Med hjälp av information om servicepopulationen, justerad för patienter som vårdats på "fel" sjukhus, beräknas vårdplatsbehovet och indirekt budgeten. Om vårdplatsantalet avviker från normen kan sjukhuset tvingas göra förändringar.

I de fall underskottet blir större än beräknat kan sjukhuset ta upp nya förhandlingar under budgetåret. Eventuella förluster vid årets slut överförs till nästa år. Däremot återgår i regel överskott till kantonadministrationen.

Ersättningssystem

Sjukhusen konkurrerar med varandra om personal och patienter. Det senare gäller främst specialistvård utanför den egna kantonen. Patienterna kan fritt välja sjukhus inom kantonen där emot kräver sjukkassan en remiss för vård i en annan kanton än den egna. När ett sjukhus behandlar en remitterad patient ersätts detta t. o. m. med en högre ersättning jämfört med den ersättning som utbetalas för lokala patienter. Vård utanför den egna kantonen ersätts bara i de fall den inte kan erbjudas på de egna sjukhusen. I annat fall får patienten själv betala motsvarande summa.

Reglerna för ersättningen till sjukhusen är komplexa och svåra att beskriva i detalj. Huvudprincipen är att all läkarvård vid sjukhus och sådana paramedicinska tjänster som blivit ordinerade av en läkare ersätts. All medicinskt grundad vård på allmän sal ersätts. Ersättningen för slutna vård är i regel tidsbegränsad och upphör efter ett visst antal dagar. Enligt hälso- och sjukvårdslagen skall den minst gälla 720 av 900 dagar. I vissa kantoner

reduceras ersättningen för patienter som klassificerats som kroniker (klinikfärdiga). Vårdavgifterna varierar mellan kantonerna för likartade tjänster. En privatpatient kan via sin försäkring få betala 2–3 gånger högre avgift jämfört med vad sjukhuset får i ersättning för övriga patienter. Likaså får sjukhuset en högre ersättning om patienten är hemmahörande i en annan kanton. Patientavgiften för sjukhemsvård är drygt 90 SFr per dag. I de fall patienten inte kan betala själv träder de sociala myndigheterna in. På ett av Zürichs större sjukhem betalades patientavgiften av de sociala myndigheterna i knappt 10 % av fallen under 1989.

Resurser och produktion

Den helt dominerande resursen inom sjukvården är personalen och dess kompetens. I nedanstående tabell redovisas utvecklingen av antalet anställda och antalet läkare separat mellan 1960 och 1986.

TABELL 4. Antal vårdplatser, intagningar och personal olika år.

	1960	1970	1980	1986
Antal intagningar per 10 000 inv.			1 426	1 505
Vårdplatser per 10 000 inv.	126	112	128	131
Anställda på sjukhus per 10 000 inv.	79,1	113,7	187,3	217,7
Antal läkare per 10 000 inv.	9,1	8,8	11,7	14,7*
Därav allmänläkare per 10 000 inv.	4,2	3,6	4,3	5,5
Därav specialister per 10 000 inv.	4,9	5,2	7,4	9,2

Källa: Pharma Information, 1988.

* Därutöver tillkom drygt 7 000 Assistenzärzte und Oberärzte utan privat praktik för 1986. Antalsuppgifter från de övriga åren saknas.

Tabell 4 visar att antalet vårdplatser varit oförändrat under lång tid. Antalet anställda har däremot ökat nästan tre gånger under den redovisade perioden. Även antalet läkare, som företrädesvis är verksamma utanför sjukhusen, ökar.

Som jämförelse kan nämnas att antalet vårdplatser i Sverige minskat från 159 till 127 och var 1986 färre än i Schweiz. Trots detta var antalet intagningar i Sverige fler jämfört med Schweiz,

1997 per 10 000 inv. Enligt statistik från OECD är det framför allt vårdtiden som är kortare i Sverige. Medan den genomsnittliga beläggningen i de båda länderna var lika, nämligen 83 % i Sverige och 84 % i Schweiz. Beläggningen i Schweiz för somatisk korttidsvård var 75 % medan motsvarande siffra för långtids-sjukvården var 92 % (VESKA, 1983).

Öppen vård

Privatläkare i primärvården

Öppen vård i Schweiz domineras av praktiserande privatläkare. Inom den öppna vården förekommer både specialister och allmänläkare. Antalet specialister (exklusive allmänmedicin) har fördubblats sedan 1960.

Antal läkare låg 1960 på samma nivå som i Sverige, nämligen drygt 9 per 10 000 invånare. När man inkluderar underläkarna i siffran för Schweiz var antalet 25,9 läkare per 10 000 invånare 1984 (Gygi & Frei, 1986).

En schweizisk läkare som vill öppna en egen praktik kan i princip inte nekas detta. En registrering hos den lokala myndigheten är det enda som erfordras. Varje privatläkare är dock skyldig att medverka i den jourverksamhet som organiseras av den lokala läkarföreningen.

Läkarna får sin ersättning i huvudsak från sjukförsäkringen. Den resterande delen kommer från privata tilläggsförsäkringar och egenavgifter. Ersättningen är baserad på de åtgärder som utförs (fee-for-service) och beräknas enligt en nationell taxa.

Prestationsersättningen stimulerar till en hög produktivitet men har som nackdel att vissa åtgärder överutnyttjas. Läkarna kontrolleras genom stickprov i syfte att motverka överdebitering. Inom varje kanton finns en samarbetsorganisation mellan alla sjukkassor, som svarar för denna kontrollfunktion.

Patienten kan fritt välja läkare. Patienten uppmanas vid den första kontakten, om inte problemet är akut, att hämta en sjukförsäkringsblankett hos sin sjukkassa och samtidigt erlagga grundavgiften på 50 SFr. Samtliga åtgärder under en tremåna-

dersperiod registreras på blanketten. Därefter sänder läkaren sina krav till patientens kassa som ersätter läkaren för hela kostnaden. I de få fall när patienten saknar såväl sjukförsäkring som privat tilläggförsäkring får han/hon betala patientavgiften kontant. Detsamma gäller på sjukhus om man väljer privatvård.

På sjukhus kan man välja mellan en privat och en offentlig vårdplats. Vanligtvis betalas privatvården med hjälp av privata försäkringar som tecknats som ett komplement till sjukförsäkringen. Tilläggförsäkringen täcker mellanskillnaden mellan den offentliga och privata vårdplatsen.

En allmänpraktiserande läkare kan remittera en patient till valfritt sjukhus inom kantonen. I praktiken remitteras 75–85 % av patienterna till det lokala sjukhuset. Remisser till sjukhus utanför kantonen är vanligtvis aktuella för patienter med privata försäkringar och för specialistvård.

Förutom läkare finns det barnmorskor och distriktssköterskor i primärvården. Dessa arbetar i särskilda oberoende s. k. *nurse office* i samarbete med och på uppdrag av allmänläkarna. Distriktssköterskevård liksom hemsjukvård (inkl. läkarvård) betalas av patienterna själva. Ett besök av distriktssköterska kostar patienten 5 SFr.

Även inom hemtjänsten och distriktsvården förekommer det semiprivata organisationer. Ett exempel på en sådan icke vinstdrivande organisation är SPITEX, som administrerar ett servicehus och hembeök hos äldre. I t. ex. kantonen Züri har man i ett antal distrikt kontrakterat ut hemtjänsten till SPITEX, som i sin tur delegerat driften till en liten grupp distriktssköterskor och hemvårdsassistenter. Dessa har en egen budget och de anställer själva personalen. Däremot betalar kantonen ut personalens löner. Detta är ett exempel på en offentligt finansierad och offentligt styrd verksamhet, men privat administrerad.

Läkartätheten varierar stort mellan olika delar och i vissa glesbefolkade områden förekommer läkarbrist. Antalet invånare per läkare varierar mellan 464 i Basel-Stadt och 1 254 i Obwalden. Läkartätheten är störst i de kantoner som domineras av stora städer medan de allra minsta kantonerna har den lägsta läkartätheten. Skillnaderna förklaras delvis av att stora sjukhus är lokaliserade till de stora städerna. Dessa sjukhusläkare ger service till invånare från andra kantoner.

Det förekommer att kantonregeringarna tar initiativ till att förbättra rekryteringen av läkare till underförsörjda områden. För att skapa incitament till sådana nyetableringar händer det att regeringen betalar ut ett engångsbelopp upp till 20 000 SFr till den som öppnar en praktik. Exempel på andra extra förmåner är fri bostad och tilldelning av tomtmark. Det förekommer även att de berörda kommunerna bidrar ekonomiskt genom någon form av garanterad ersättning till läkaren (kapitationssystem). Läkares prestationsersättning blir i dessa fall i regel något lägre. Incitamentssystemet anses fungera för att få till stånd en nöjaktig geografisk fördelning av läkarna. Vissa problem med bristande vårdkvalitet i avlägsna delar av landet kvarstår dock.

Öppen vård vid sjukhus

Läkare vid sjukhus som uppnått en ledande ställning ersätts med ungefär en tredjedel fast månadslön, en tredjedel utgörs av avgifter från privatpatienter i sluten vård och en tredjedel från privatbesök på mottagningen*. Cirka hälften av patientavgiften för sluten privatvård fördelas till läkaren medan den resterande delen tillfaller sjukhuset för att täcka de kostnader sjukhuset står för. Motsvarande ersättning till sjukhuset vid öppenvård är 10 % medan den är något högre för medicinsk service. Under sin grund- och specialistutbildning har läkarna månadslön vid tjänstgöring på sjukhus.

Eftersom läkaren och sjukhuset delar på extrainkomsterna från privatvården har båda parter ett gemensamt intresse av att vidmakthålla en hög volym eller expandera antalet privata patienter. Att detta skulle innebära att övriga patienter har en sämre tillgänglighet till basal vård är inte fallet enligt uppgifter från lokala representanter som intervjuats.

Att jämföra inkomster mellan olika länder medför stora svårigheter. OECD har beräknat den absoluta inkomsten för läkare i olika länder uttryckt i US dollar omräknat efter köpkraftsparitet.

* Denna ersättningsform omfattar inte läkare inom medicinsk service. Det förekommer dock att de kompenseras ekonomiskt för uteblivna intäkter för privatpatienter.

TABELL 5. Inkomstutveckling för läkare i Schweiz, Sverige och i genomsnitt (US-dollar).

<i>Land</i>	<i>1970</i>	<i>1986</i>
Schweiz	30 700	87 400
Sverige	19 700	26 100 (83)
OECD i genomsnitt	24 700	51 700

Källa: OECD, 1987.

Tabellen visar att läkarnas inkomster ökat kraftigt i Schweiz sedan början av 70-talet och de är efter lönerna i USA de högsta i världen. Samtidigt har lönerna för svenska läkare utvecklats betydligt långsammare och ligger avsevärt under genomsnittet för OECD. Denna utveckling kan ha bidragit till en försämrad produktivitet inom hälso- och sjukvården i Sverige under den aktuella perioden.

Kostnadsutveckling och kostnadskontroll

Kostnadsutveckling

I Schweiz liksom i Sverige upplevs kostnadsökningen av hälso- och sjukvården som ett problem. Detta trots att hälso- och sjukvårdens kostnader som andel av de totala resurserna varit lägre än i Sverige mellan 1960–1986.

TABELL 6. Hälso- och sjukvårdskostnad som andel av BNP i Schweiz och Sverige olika år.

<i>Land</i>	<i>1960</i>	<i>1970</i>	<i>1980</i>	<i>1984</i>	<i>1986</i>	<i>1987</i>
Schweiz	3,3	5,2	7,2	7,9	8,0	7,7
Sverige	4,7	7,2	9,5	9,4	9,1	9,2

Källa: OECD, 1987.

Tabellen visar också att sjukvårdskostnadens andel ökat ungefär lika mycket i båda länderna sedan 1960. Under de senaste åren har den procentuella andelen minskat något i Sverige medan ökningen fortsatt i Schweiz. Härigenom närmar sig länderna varandra i detta avseende.

TABELL 7. Sjukvårdsutgifter per capita. USD med hänsyn tagen till köpkraft (KKP) och växelkurs (VX).

	1970		1980		1986	
	KKP	VX	KKP	VX	KKP	VX
Schweiz	250	172	793	1 145	1 162	1 573
Sverige	277	298	874	1 424	1 195	1 429

Källa: OECD, 1989.

När hänsyn tagits till köpkraften i respektive land har sjukvårdsutgiften per capita varit något högre i Sverige. Samma förhållande gäller när växelkursen används som omräkningsfaktor. Skillnaden blir då något större utom 1986 då kostnaden per capita till och med var högre i Schweiz. Med tanke på den osäkerhet som är förknippad med jämförelser som denna, blir slutsatsen att sjukvårdskostnaden är likvärdig i båda länderna.

Under åttiotalets första år har i Schweiz kostnadsutvecklingen för läkemedel varit något långsammare jämfört med övriga kostnader. Sett under en längre tidsperiod är det framför allt sjukhuskostnaderna som ökat kraftigt. Omräknat i fasta priser har kostnaderna per vård dag ökat med 18 % under perioden 1977–1984. För den psykiatriska vården är kostnadsökningen 46 % medan kostnaden per vård dag inom långtidsvården blivit 3 % billigare. Kostnaden per fall har under samma period ökat med 19 % i genomsnitt. Variationerna mellan olika sjukhustyper är relativt små (Pedroni & Zweifel, 1990).

Kostnadskontroll

Det schweiziska systemet har ur kostnadskontrollsynpunkt fyra huvudaktörer: patienten, läkarna, kantonregeringen och sjukförsäkringsinstituten.

Patienten betalar sina försäkringspremier och en relativt blygsam egenavgift som totalt kan variera mellan 0 och 1 000 SFr per år. Patientens möjligheter att påverka sina egna kostnader är små, samtidigt som det knappast finns incitament att hålla kostnaderna nere på en låg nivå. Sjukvårdskostnader upp till 500 SFr i den öppna vården påverkar patientens utgifter i liten grad. Var man bor i landet tycks vara av större betydelse för patientens ekonomi eftersom sjukvårdskostnaderna och försäkringspremierna varierar kraftigt mellan olika kantonen. Här spelar antagligen skillnader i patientmixen i olika kantonen en stor roll.

Läkarna ersätts huvudsakligen efter prestation och har därför intresse av att upprätthålla en hög volym både i den öppna vården utanför sjukhusen liksom på sjukhusen. I det senare fallet genom att de har rätt att behandla privatpatienter på sjukhuset. Fritt inträde till läkarutbildning, fri etableringsrätt, prestationsersättning utan ekonomiska tak i kombination med relativt passiva försäkringsföretag kunde förväntas leda till en snabb expansion av antalet läkare och snabbt ökande kostnader i den öppna vården. Visserligen ökar antalet läkare liksom kostnaderna. Ökningen av antalet läkare är dock långsammare än i Sverige och kostnaderna ökar inte heller snabbare för läkarvården än för sjukhusen. Det finns uppenbarligen ett antal svåridentifierade spärrar i systemet. En sådan är t. ex. att antalet vidareutbildningsplatser för läkare är starkt begränsat. Sjukförsäkringskassorna och samhällsföreträdarna kan också vid de återkommande taxerevisionerna och ersättningsförhandlingarna påverka kostnadsutvecklingen.

Ersättningssystemets utformning gör också att de privatpraktiserande läkarna har incitament att behandla patienten själva och hålla patienten utanför sjukhuset i det längsta, vilket kan ha en kostnadsdämpande effekt.

Om läkarna i den öppna vården är löst styrda så tycks framför allt kantonregeringarna styra sjukhusen desto hårdare. Styrningen sker både genom kostnadsramar, begränsningar av insatsfaktorer såsom vårdplatser och personal och genom detaljbeslut om nya investeringar. Sjukhusens budgetar innehåller både en kostnadsbudget och personalbudget där varje tjänst är preciserad. Trots denna med svenska mått mätt detaljerade styrning är kostnadsökningar i sjukhusen ett ofta diskuterat problem i Schweiz.

Sjukförsäkringsinstituten är den viktigaste finansiären av både

öppen läkarvård och vård på sjukhus. Ett instrument i sjukkas-sornas kostnadskontroll är taxerevisioner. Vilken effekt dessa har haft på kostnadsutvecklingen är svårt att bedöma. Deras roll har beskrivits som relativt passiv. Det har dock förekommit förslag om att sjukkassorna skulle kontraktera läkare och sluta separata avtal om någon typ av kapitationersättning enligt amerikansk förebild (jfr Health Maintenance Organization, HMO, eller Preferred Provider Organization, PPO). Det har funnits planer i kantonen Bern att starta ett försök med en regional PPO (Zweifel, 1988 a). Initiativtagare var sex mindre sjukkasseföretag.

Vårdutnyttjande och kvalitetskontroll

Det har varit svårt att få detaljerad information om vårdutnyttjande på nationell nivå från Schweiz. I tabell 8 redovisas några grova mått på vårdutnyttjande.

Tabellen (på nästa sida) visar att utnyttjandet av slutenvård är lägre i Schweiz medan antalet läkarbesök är mer än dubbelt så många jämfört med Sverige. Medelvårdtiderna är i genomsnitt något kortare i Sverige trots en större tillgång på långvårdsplatser per capita. Denna skillnad kvarstår när man studerar enskilda diagnoser. I diagnoslistan (tabell 8), som valts av OECD, har Sverige en kortare vårdtid i samtliga elva exempel.

Operationsfrekvensen är högre i S:t Gallen jämfört med genomsnittet för Sverige (tabell 9). Operationsfrekvenserna för Schweiz avser enbart ett sjukhus vilket innebär att man inte bör dra alltför säkra slutsatser om skillnader i operationsfrekvenser mellan länderna.

Den kvalitetskontroll av sjukvården som förekommer i Schweiz är en informell professionell kontroll och någon särskild organisation för kvalitetssäkring eller kvalitetskontroll finns inte.

Swiss Hospital Institute gör en del utvärderingar av medicinsk teknologi. De studier som hittills genomförts har gällt teknologier som medfört stora investeringskostnader.

TABELL 8. Vårdutnyttjande (1987) och medelvårdtid för ett antal diagnosgrupper (1985).

	<i>Schweiz</i>	<i>Sverige</i>
Antal intagningar (andel av befolkningen)	13,2	20,0
Antal vård dagar/inv./år	3,0 (1984)	4,2 (1986)
Läkarbesök/inv./år	6,0	2,7
Medelvårdtid	25,2	19,7
<i>Medelvårdtid för utvalda diagnosgrupper, DRG</i>		
14 Sjukdomar i hjärnans kärl	29,9	18,8
39 Linsoperationer	10,0	4,0
82 Tumör i respirationsorganen	4,9	12,4
88 Kronisk lungsjukdom	18,5	11,0
127 Hjärtbesvär och chock	19,4	11,7
140 Kärlkramp	10,6	5,3
162 Bräckoperation, ålder 18–69	9,0	3,8
167 Blindtarmsoperation utom komplikation, äldre än 70 år	7,7	3,8
182 Inflammation i matstrupen, magsäcken, äldre än 70 år	13,6	6,7
229 Handoperationer	6,2	3,9
243 Medicinska åtgärder vid ryggbesvär	15,1	12,3

Källor: OECD, 1990; Schieber & Poullier, 1988.

Patienterna i Schweiz har rätt att klaga över brister i den erhållna vården till en typ av försäkringsdomstolar i den egna kantonen. Patienten kan efter ett domslut välja att gå vidare med sin anmälan till en försäkringsdomstol på förbunds nivå (Koch & Monnier, 1982).

TABELL 9. Antal vårdtillfällen per 100 000 invånare i samband med vissa kirurgiska ingrepp.

	1977		1980		1983	
	Sverige ¹	S:t Gallen ⁴	Sverige ²	S:t Gallen ⁴	Sverige ³	S:t Gallen ⁴
<i>Borttagning av livmoder*</i>						
(kvinnor)	118	—	139	—	144	229 (420)
Gallstensop.	143	141	112	137	105	123
Prostataop.* (män)	199	114 (228)	273	111 (222)	325	140 (370)
Ljumsnbråckop.	196	281	214	324	216	305
Blindtarmsop.	177	344	164	245	167	205
Höftledsrek.	66	56	91	88	106	100

Källor: ¹ Landstingsförbundet 1981, ² Landstingsförbundet 1984 (Sverige), ³ Socialstyrelsen Patientstatistik, ⁴ U. Gessner.

* Siffrorna för hysterektomier och prostataoperationer i Schweiz är troligen relaterade till hela befolkningen. Relation till respektive kön inom parentes.

Ledning och styrning

Gamla styrformer

Sjukvården i Schweiz är i likhet med den svenska i huvudsak administrativt styrd. Här förekommer dock flera inslag av marknadsstyrning. Det gäller sjukförsäkringssystemet och den öppna vården i första hand.

Beslut rörande den slutna vårdens inriktning, omfattning och finansiering fattas av politiker på kantonal och kommunal nivå. Systemet i båda länderna är regionaliserat men till skillnad från Sverige har den regionala autonomin i Schweiz medfört att olika lösningar i sättet att styra sjukvården, särskilt styrningen av sjukhusen, existerar.

Pedroni och Zweifel (1990) har gjort en jämförelse av finansiering och styrning av den slutna sjukvården i fyra "traditionella" kantoner (Zürich, Bern, Soloturn och Aargau) och två kantoner som infört nya styrformer (Vaud, Ticino).

Kantonen Zürich utmärks av att ha en strikt styrning av sjukhusen. Avgifter för såväl offentlig som privat vård på sjukhusen är reglerade av kantonregeringen. Detsamma gäller för löner och

avtal med chefläkare. Även investeringar skall godkännas av den kantonala regeringen som beslutar om bidrag på 35–90 % av den totala investeringskostnaden. Sjukhusens planerade underskott (skillnaden mellan budgeterade totala kostnader och försäkringsersättning plus patientavgifter) och oplanerade underskott (skillnaden mellan verklig nettokostnad och budgeterad nettokostnad) täcks till 70 % av kantonregeringen. Resten måste täckas av de kommuner som ingår i upptagningsområdet.

I *kantonen Bern* förekommer en speciell sjukhusskatt som används för att finansiera cirka 80 % av byggnads- och utrustningsinvesteringarna i sjukvården. Varje sjukhus upprättar ett budgetförslag utifrån ramdirektiv. Budgeten fastställs efter förhandlingar mellan kantonens hälsoministerium och sjukhusledningen. Kantonregeringen måste godkänna och finansiera alla investeringar överstigande 40 000 SFr. Endast sjukhus som accepterar patienter utan privat försäkring erhåller bidrag från kantonregeringen. Planerade budgetunderskott delas av Kantonen (48 %), kommunerna i närområdet (20 %) och samtliga kommuner i kantonen kollektivt (32 %). Överskott får ej behållas av sjukhusen.

I *kantonen Aargau* används investeringar i medicinsk-teknisk utrustning som ett instrument för ekonomistyrning. Kantonregeringen svarar nämligen för kapitalkostnaden för prioriterad utrustning oberoende om det gäller privata eller offentliga sjukhus. Driftkostnaderna redovisas kvartalsvis och eventuella oplanerade underskott leder automatiskt till en motsvarande reduktion av investeringsbidraget. Även om kapitolbudgeten är liten i förhållande till de totala driftkostnaderna kan denna åtgärd ge kraftiga incitament för sjukhusen.

Planerade underskott täcker kantonen till 70 % medan kommunerna svarar för den resterande delen. Berörda kommuner har inflytande över investeringar och är också representerade i sjukhusens styrelser. Här, liksom i kantonen Zürich, reduceras ersättningen till sjukhuset från sjukförsäkrarna så snart en patient klassificeras som kroniskt sjuk (klinikfärdig). I detta fall reduceras ersättningen med 78 % medan motsvarande reduktion i t. ex. Zürich är 60 %. Detta ger sjukhusen incitament att finna alternativa vårdformer för dessa patienter.

För semiprivata eller privata patienter förekommer inte någon reduktion av ersättningen. Ersättningen till sjukhuset för privata

patienter är genomgående högre än för övriga. Sjukhuset har därför ett starkare intresse av att ha dessa patienter inneliggande en längre tid än övriga. För vård på psykiatriska sjukhus eller sjukhem täcker sjukhusens ersättning mellan 60–100 % av kostnaden.

Kantonen Solothurn har valt att utdebitera en relativt hög extra-skatt för sjukhusvården (7 %). Från början avsågs denna att enbart användas för investeringar. Numera täcker kantonen 100 % av både planerade och oplanerade underskott. I detta fall, när kantonen svarar för såväl kapital som driftkostnad, saknar kommunerna inflytande i planeringsprocessen. Sjukhusen arbetar utifrån en global budget. Några sanktioner vid budgetöverskridande existerar inte. Kantonens hälsoministerium förhandlar med sjukförsäkringskassorna gemensamt för samtliga fem sjukhus. Ersättning per vård dag var 1987 170 SFr för akut sjuka patienter och 82 SFr för kroniskt sjuka. Någon reduktion för kroniskt sjuka patienter (klinikfärdiga) inom akutsjukvården existerar inte ännu. Man har dock föreslagit att en reduktion skall ske efter 91 dagar. Totalt täcker ersättning från sjukförsäkringen eller privata försäkringar 70 % av kostnaden, vilket är högre än i någon annan kanton.

Förändringar mot nya styrformer

Som ett led i att försöka hålla tillbaka kostnadsökningen för sjukhusen, har man sedan 1980 prövat en ny modell för ekonomisk styrning i *kantonen Vaud*. Med kantonens totala budget som ram genomförs årliga förhandlingar mellan den kantonala administrationen, sjukförsäkringskassorna och sjukhusen. Sjukförsäkringskassorna finansierar drygt hälften av utgifterna för sjukhus medan kantonen finansierar resten med skattemedel. Budgeten för det individuella sjukhuset baseras på bl. a. patientmix och kapacitet. Ca 80–85 % av budgeten är fast medan den resterande delen är rörlig. Den rörliga inkomsten bestäms i efterhand av antalet producerade vård dagar och besök. Sjukhusen har rätt att fondera överskott.

När underskott uppstår tvingas sjukhusen vända sig till befolkningen (omröstning) eller kommunen för att begära att få ett kompletterande bidrag. Detta har inträffat två gånger sedan star-

ten 1980. Små underskott väljer sjukhusen att täcka med hjälp av reserverade medel.

Denna modell med en liten prestationsersättning per vård dag minskar det mycket starka incitamentet som finns för sjukhusen i andra kantoner att producera många vård dagar för att öka intäkterna.

Vidare uppmuntras ett effektivt utnyttjande av resurser eftersom sjukhusen ges rätt att bygga upp reserver och dessutom tvingas bära risken för oförutsedda kostnadsökningar eller inkomstbortfall i framtiden.

Erfarenheterna under de första åren tyder på att avvikelserna från den på förhand fastställda budgeten varit små. Vidare lyckades de flesta sjukhusen reservera avsevärda överskott, vilket föranledde en nedskärning av budgeten 1985/86 på 2 %.

I kantonen Ticino lagstadgades 1982 om bildandet av ett oberoende holdingbolag som svarar för administrationen av sjukhusen i kantonen. Samtliga offentliga och privata ägare fick nio månader på sig att ansluta sig till det nya bolaget eller övergå till en verksamhetsform med 100 % privat finansiering. Ett sjukhus valde en sådan organisationsform.

Sjukhusföretaget leds formellt av en styrelse med folkvalda och en direktör. Utöver denna finns en rådgivande kommitté där kommunrepresentanter, försäkringsbolagen och personalen ingår. Den främsta uppgiften är att utarbeta budgetar för de olika sjukhusen. Varje sjukhus har dessutom en lokal partssammansatt kommitté vars roll är rådgivande. Holdingbolaget anställer egen personal som svarar för inköp av medicinteknisk utrustning. Underskottet (inklusive kapitalkostnader) täcks av kantonen (67 %) och kommunerna (33 %). Bidraget är dock enligt lag maximerat till 12 % av kantonens skatteintäkt och till 6 % av kommunalskatten. Förändring av dessa procenttal kräver en lagändring. Under de fyra första åren har bolaget inte överskridit kostnadsramen.

En effekt av förändringen har blivit att de totala investeringarna i sjukhusen minskat kraftigt under de första åren.

En sammanställning över finansieringsprinciper av sjukhusen i de ovan refererade kantonerna visar att det schweiziska systemet är pluralistiskt.

TABELL 10. Finansieringsprinciper för sjukhusvården i sex olika kanton-
ner.

Kanton	Zürich	Bern	Aargau	Solothurn	Vaud	Ticino
Speciell sjukhusskatt	Nej	Ja	Nej	Ja	Nej	Nej
Oplanerade underskott täcks helt av kantonen	Nej	Nej	Nej	Ja	Nej	Nej
Ekonomisk sanktion vid oplanerade underskott	Nej	Nej	Ja	Nej	Ja	Nej
Berörda kommuner påverkar investeringsplaneringen	Ja	Ja	Nej	Nej	Nej	Nej
Fast ersättning per vård dag	Ja	Ja	Ja	Ja	Nej	Ja
Degressiv ersättning för långtidssjuka	Ja	Nej	Ja	Nej	Ja	Nej

Källa: Pedroni & Zweifel, 1990.

Av tabell 10 framgår att incitamenten varierar för sjukhusen i de olika kantonerna; t. ex. stöds beslut som ger nya arbetstillfällen lättare i de kantonen där kommunerna har ett direkt inflytande i sjukhusens ledning. På vilket sätt detta påverkar kostnadsutveckling, produktivitet och effektivitet är svårt att bedöma utifrån de data som finns tillgängliga. En sannolik effekt av nya styrformer har blivit att kantonen Vaud påtagligt minskat antalet producerade vård dagar (11 %) under perioden 1979–1984 och hade den högsta personaltätheten per vårdplats 1984.

Slutsatser och lärdomar

Nedan följer några punkter som kan vara av relevans för Sverige. Här görs ingen samlad värdering av de två systemen utan några alternativa och uppenbarligen fungerande sätt att finansiera, organisera och styra hälso- och sjukvården redovisas.

Finansieringen och administrationen av sjukhusen i Schweiz är inte helt olik det svenska systemet med i huvudsak en offentlig finansiering och offentlig produktion. En viktig skillnad är att de sjukhusläkare i Schweiz som är mer erfarna har möjlighet att

behandla privatpatienter. Alla schweizare är garanterade basal medicinsk vård och privatpatienterna betalar extra för en högre standard och möjligheten att själva bestämma läkare, d. v. s. mellanskillnaden av kostnaderna för en privat vårdplats och en plats på allmän avdelning.

Det gemensamma intresse som finns hos läkare och sjukhusledning att ha en hög andel av privatpatienter kan, i kombination med en viss konkurrens mellan många relativt små sjukhus bidra till en högre flexibilitet i organisationen jämfört med Sverige. Ett mått på detta är att köer till sjukhusen visserligen förekommer men dessa är av en liten omfattning och upplevs inte som något större problem.

Läkarvården utanför sjukhusen är privat och i huvudsak försäkringsfinansierad (semiprivat). Patienternas egenbetalning är begränsad till 10 % av vårdkostnaden. Läkarna ersätts efter prestation. Prestationsersättningen ger incitament att ha många besök och vidta många åtgärder. Detta visar sig i att antalet besök per invånare i Schweiz är cirka dubbelt så många som i Sverige.

Det finns dock en risk att alltför starka incitament kan leda till ett oönskat överutnyttjande av vissa åtgärder.

Det schweiziska systemet uppvisar en rad olika lösningar för att kontrollera kostnadsutvecklingen inom framför allt sjukhussektorn. Genomgående är att man försöker föra ner kostnadsansvaret från kantonerna till kommunerna och direkt till befolkningen. I exempelvis kantonen Vaud tvingas sjukhusen själva täcka underskotten genom bidrag via kommunerna eller direkt från befolkningen. I Ticino är kostnadstäckningen till sjukhusen maximerad genom en lag som kräver en folkomröstning för att ändras.

Erfarenheterna från Schweiz visar att slutna budgetar är effektiva för att kontrollera kostnader.

Läkarna i Schweiz har en relativt stark och autonom ställning. Det framgår bland annat av den fria etableringsrätten och ersättningssystemet. En majoritet av läkarna är privatpraktiserande. Till skillnad från läkarna i t. ex. USA och Kanada saknar de möjligheter att behandla sina egna patienter på sjukhus. I det avseendet liknar systemet snarare det svenska och brittiska. Erfarenheterna från Schweiz tyder på att läkarnas relativt starka ställning också bidrar till att upprätthålla en relativt hög produktivitet

särskilt inom den öppna vården.

Sjukhusen i Schweiz är hårt styrda av kantonen. Till skillnad från Sverige ger finansieringen från flera källor inklusive ett visst inslag av privatvård ett visst handlingsutrymme. Investeringsbeslut tycks genomgående vara centraliserade till den kantonala nivån. Sjukhusledningen har en klarare producentroll jämfört med Sverige eftersom ansvaret för sjukhusvård och primärvård är separerat.

Den detaljerade budgetstyrning och relativt inexakta prestationsersättning per vård dag som förekommer i Schweiz är knappast eftersträvansvärd för Sverige. Den tycks leda till vissa effektivitetsförluster bland annat i form av långa vårdtider.

Patientens valfrihet är i flera avseenden väl sörjd för i det schweiziska systemet. De praktiska effekterna av ett fritt val när det gäller att ha sjukförsäkring, val av sjukkassetillhörighet, val av läkare, val av sjukhus, är svåra att bedöma. Det faktum att patienterna kan välja stärker troligen patienten i sin konsumentroll och stimulerar till en viss konkurrens mellan olika försäkringsinstitut och vårdgivare.

Referenser

- Elsässer, B., *Den schweiziska modellen*. Stockholm: SNS Förlag, 1988.
- Frei, A., Hill, S., *The Swiss Health Care System*. Basel, Krebs & Co, 1990.
- Gessner, U., *Information on Health System Performance in Switzerland*. Interdisciplinary Research Center of Public Health. St:t Gallen, 1985.
- Gygi, P., Frei, A., *Das schweizerische Gesundheitswesen*. Basel: Verlag G. Kerbes AG, 1986.
- Koch, P., Monnier, M., *Trends in health legislation in Switzerland*. WHO; ICP/HLE 101:261–267, 1982.
- Landstingsförbundet, *Diagnos- och operationsstatistik 1977*. Landstingsförbundet, Stockholm, 1981.
- Landstingsförbundet, *Diagnos- och operationsstatistik 1981 samt jämförelser med 1977*. Landstingsförbundet, Stockholm, 1984.
- Landstingsförbundet, *Statistisk årsbok för landsting 1988/89*, Landstingsförbundet, Stockholm, 1989.
- OECD, *Measuring Health Care 1960–1983. Expenditure, costs and performance*. OECD, Paris, 1985.
- OECD, *Financing and Delivering Health Care – A comparative Analysis of OECD Countries*. OECD, Paris, 1987.
- OECD, Stencil, 1989.
- OECD, *Health Care Systems in Transition*. OECD, Paris, 1990.
- Pedroni, G. & Zweifel, P., *Hospital Finance in Switzerland. Studies in Health Economics 10*. Pharma Information, 1990.
- Pharma Information, *Das Gesundheitswesen in der Schweiz-Leistungen, Kosten, Preise*. Basel, 1988.
- Schieber, G. J., Poullier, J-P., *International Health Spending And Utilization Trends*. Health Affairs; Fall: 105–112, 1988.
- Sommer, JH., *Health care costs out of control: The experience of Switzerland*. World Health Forum; 6:3–9, 1985.
- VESKA, *Health services in Switzerland*. VESKA Publications, Aarau, 1983.
- Zweifel, P., *Hospital Finance in Switzerland*. I: Furubotn EG, Richater R (red) *Some Views on Hospital Finance: United States of America, West-Germany and Switzerland*. Occasional Papers vol 1. Universität des Saarlandes, Saarbrücken, 1988 a.
- Zweifel, P., *Switzerland*. Zürich University (working paper), 1988 b.

6. *Hälso- och sjukvården i USA*

Clas Rehnberg

Introduktion

I regel kan hälso- och sjukvården i ett land beskrivas som ett relativt enhetligt system varigenom flertalet medborgare erhåller sin vård. Den amerikanska sjukvården avviker i den bemärkelsen genom att uppvisa en varierande utformning av finansiering och organisation för olika grupper. Genom att den vägledande principen är att individen själv ombesörjer sin egen sjukvård har en mångfald av olika sjukvårdsarrangemang utvecklats. De offentliga insatserna har begränsats till reglerande åtgärder samt selektiva insatser för utsatta grupper. Det sistnämnda engagemanget har dock ökat kraftigt sedan 1960-talet.

Internationellt har den amerikanska sjukvården uppmärksammats av en rad orsaker. Genom en mångfald av organisatoriska och finansiella arrangemang har USA varit ett intressant studieobjekt för andra länder. Sjukvårdssektorn i USA kan sägas utgöra en gigantisk experimentverkstad där olika lösningar av försäkringar och vårdgivare har prövats och jämförts, vilket inte varit möjligt i andra länder. Den pluralistiska strukturen ger goda förutsättningar för dynamik och innovationer av olika organisatoriska arrangemang. Flera av de förändringar som idag diskuteras och prövas i Sverige, Storbritannien och Nederländerna bygger på erfarenheter från den amerikanska sjukvården.

Samtidigt har sjukvården i USA uppmärksammats för sina egna problem. Även om många amerikaner lever i tron att man har tillgång till världens bästa sjukvård, existerar problem rörande kostnadskontroll, kvalitet och tillgänglighet. Samtidigt visas i olika opinionsundersökningar att amerikaner uttrycker ett relativt stort missnöje med sjukvården. Motsvarande undersökningar i

andra länder ger ofta mycket positiva omdömen. Mångsidigheten i utbudet på en i internationell jämförelse fri marknad har inte automatiskt genererat ett system där vården är tillgänglig för alla medborgare.

År 1987 uppgick antalet invånare till 244 miljoner. Den amerikanska befolkningen är relativt ung. Andelen invånare över 65 år var 12,2 % år 1987 (i Sverige 17,7 %). Den förväntade livslängden för män var år 1987 i USA 71,5 år (i Sverige 74,0 år) och kvinnor 78,3 år (i Sverige 80,1 år). Spädbarnsdödligheten uppgår till 1,0 procent av alla levande födda, vilket är högre än OECD-genomsnittet (0,87) och den svenska nivån (0,59). Det förekommer dock stora skillnader mellan grupper inom landet. Svarta medborgare och indianer har betydligt kortare medellivslängd och klart högre spädbarnsdödlighet än den vita befolkningen. Speciellt den höga spädbarnsdödligheten betraktas som ett stort hälsoproblem med tanke på landets i övrigt höga ekonomiska standard. Skillnader i hälsostatus kan även noteras mellan inkomstgrupper. Låginkomsttagare uppvisar sämre status för flertalet hälsoindikatorer.

Beträffande konsumtionsmönster uppvisar USA en sjunkande och lägre smörkonsumtion än OECD och Sverige. Dödligheten i hjärt-kärlsjukdomar ligger dock högre än i Sverige. Alkoholkonsumtionen (10,5 liter per inv.) ligger något över OECD-genomsnittet (9,1). Dödligheten i lungcancer och levercirros har ökat under 1960-och 1970-talen.

Sjukfrånvaron rapporteras i OECD-statistiken uppgå till ca 5 dagar per sjukförsäkrad och år, vilket är en klart lägre nivå än i t. ex. Sverige. Direkta jämförelser mellan länder försvåras dock av att kompensationen vid sjukdom i USA är en fråga för arbetsmarknadens parter. Olika villkor beträffande arbetsgivarinträde, karensdagar och ersättningsens andel av lönen påverkar sjukfrånvaron oavsett hälsotillstånd.

De fortsatta kostnadsökningarna inom den amerikanska sjukvården har också föranlett frågor om vad amerikanerna får ut av de extra resurser man satsar i jämförelse med andra västländer. En översikt av olika hälsoindikatorer ger inga tecken på en bättre folkhälsa.

USA är vad som benämns en förbundsstat av 50 delstater samt förbundsdistriktet Columbia (Washington D.C.). Rätten att fatta

lagliga beslut är uppdelad mellan den federala regeringen och delstatsmyndigheterna. Den federala regeringens ansvar omfattar främst utrikespolitik, internationell handel, försvaret, invandringen men även delar av den sociala sektorn. Delstaterna har ett stort inflytande på skolväsendet och vissa sociala sektorer där de regionala skillnaderna kan vara stora.

Ett av grunddragen i den amerikanska författningen från år 1789 är maktfördelningen enligt den konstitutionella beslutsprocessen. Makten fördelas på

- den verkställande makten, presidenten, väljs i allmänna val med en mandattid på fyra år
- den lagstiftande makten, kongressen, den dömande makten, Högsta Domstolen
- kongressen, senaten och representanthuset utses var för sig i allmänna val med en mandattid på sex resp. två år.

I representanthuset representeras delstaterna i proportion till invånarantalet, medan varje delstat har två platser i senaten. Delstaterna har egna författningar som är uppbyggda enligt den nationella konstitutionen.

Hälso- och sjukvårdsfrågor på federal nivå sorterar under Department of Health and Human Services (HHS) som beträffande budgetresurser endast överträffas av försvarsdepartementet. Departementet består av fem enheter varav två spelar framträdande roller. Det är the Public Health Service (PHS) som administrerar övergripande insatser inom missbrukarvården, mentalvården, barnhälsovården och prevention. Den andra enheten, The Health Care Financing Administration (HCFA), administrerar de offentliga sjukförsäkringarna Medicare och Medicaid.

Kongressen har även en egen administrativa enheter som tar fram underlag och information om hälso- och sjukvårdsfrågor: the General Accounting Office (GAO), the Congressional Budget Office (CBO) och the Office of Technology Assessment (OTA). I synnerhet OTA som tar fram underlag om kostnader och effekter om nya medicinska teknologier, har kommit att spela en central roll för kongressens agerande i sjukvårdsfrågor.

Vid sidan av de offentliga myndigheterna existerar andra intresseorganisationer inom sjukvården. Det är främst läkarnas sammanslutning AMA (American Medical Association) och

American Hospital Association. I synnerhet AMA har aktivt genom bl. a. lobbying försökt påverka sjukvårdspolitiken i USA. Det gäller t. ex. antagningen till den medicinska utbildningen. Organisationen svarar även för utgivning av vetenskapliga tidskrifter och böcker. Olika patientorganisationer (t. ex. The Cancer Foundation) har haft stor betydelse för satsningar inom medicinsk forskning. Intresseorganisationerna svarar också för en betydande del av statistiska uppgifter inom sjukvården.

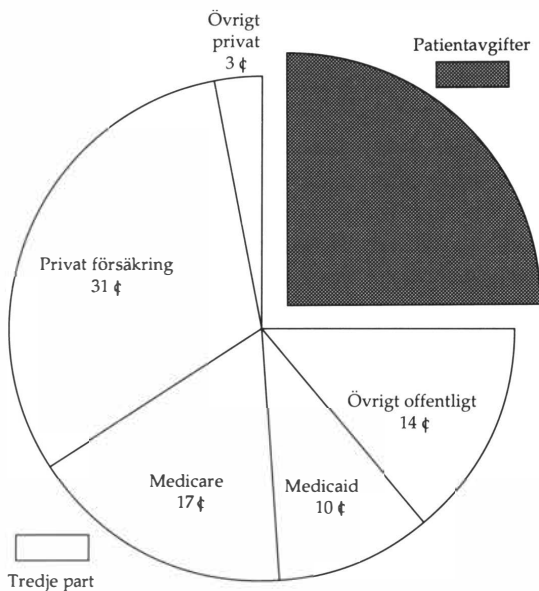
Ett av de bakomliggande syftena med utformningen av den amerikanska institutionen var att begränsa statsmaktens roll. Den enskildes personliga frihet och egendomsrätt har också i flera fall prioriterats före offentliga interventioner av olika skäl. Detta har helt klart även återspeglats inom hälso- och sjukvården. Under flera decennier har en politisk debatt förts om införandet av en nationell offentlig sjukförsäkring. Flera av det demokratiska partiets presidentkandidater har gått till val på dessa frågor med mindre framgångar. Kandidater som Humphrey och McGovern under 1960- och tidigt 1970-tal och senare Dukakis argumenterade för lösningar med ett ökat offentligt åtagande i finansiering av sjukvården.

Finansiering

Finansieringen av sjukvården i USA bygger sedan en längre tid på principen att individen själv står för betalningen av sjukvård via en privat försäkring eller genom direkt betalning. Den offentliga finansieringen i USA uppgår till ca 40 procent av de totala sjukvårdskostnaderna, vilket är klart lägre än för övriga OECD-länder. Olika försäkringar svarar för den privata finansieringen tillsammans med patientavgifterna som utgör ca 25 % av de totala kostnaderna (figur 1).

Fördelningen av olika finansieringskällor varierar dock mellan olika vårdformer. De direkta avgifterna är lägst inom sjukhusvården och högst inom sjukhemsvården. I ett längre perspektiv har dock patientavgifternas andel minskat inom alla vårdformer. Den offentliga finansieringen är störst inom sjukhusvård och sjukhemsvård, medan de privata försäkringarna är den största finansieringskällan för läkarvården (tabell 1).

FIGUR 1. Sjukvårdens finansiering år 1986 (cent per dollar spenderat i sjukvården).



Källa: Raffel & Raffel, 1989.

TABELL 1. Finansiering av olika vårdformer i USA år 1986 (andel inom parentes).

	Vårdform		
	Sjukhus	Läkare	Sjukhem
Totala kostnader	179,6 (100)	92,0 (100)	38,1 (100)
Direkta patientavgifter	16,8 (9,4)	26,2 (28,5)	19,4 (51,0)
Privata försäkringar och fonder	67,1 (37,3)	38,8 (42,3)	0,6 (1,5)
Offentlig ersättning	95,7 (53,3)	27,1 (29,4)	18,1 (47,5)
– Medicare	51,7 (28,8)	19,0 (20,6)	0,6 (1,6)
– Medicaid	15,8 (8,8)	3,9 (4,3)	15,8 (41,4)

Källa: Raffel & Raffel, 1989.

Även om finansieringen av sjukvård är en angelägenhet för individen har såväl offentliga myndigheter som olika intressegrupper inom sjukvårdssektorn agerat för ett utbyggt försäkringskydd för medborgarna. Inte minst från vårdproducenternas sida har intresset varit stort för att lösa finansieringsproblemen. Under 1940-talet tog läkarkåren i USA initiativ till försäkringsplanerna Blue Cross (sjukhusvård) och Blue Shield (läkarvård). Under 1950- och 1960-talen kom den federala regeringen att spela en allt aktivare roll som finansiär genom att subventionera sjukhusbyggande och ge bidrag till expansionen av medicinsk utbildning och forskning vid universiteten.

Under 1960-talet fördes en intensiv debatt om ett mera heltäckande finansieringssystem för sjukvården i USA. Flera intressegrupper agerade för att lösa finansieringen av främst sjukhusvården. De medborgare som av olika anledningar inte betalat sjukförsäkring eller direkta vårdavgifter var hänvisade till välgörenhet. Insatser i form av välgörenhet erhöles dels från olika frivilligorganisationer men även genom att sjukhusen erbjöd s. k. gratisplatser som subventionerades genom andra intäkter.

År 1965 fattade kongressen ett avgörande beslut för att ge ut-sätta grupper i samhället en grundläggande sjukförsäkring genom att etablera Medicare- och Medicaid-programmen. Med beslutet tog den federala regeringen huvudansvaret för finansieringen av sjukvård för de äldre och de fattiga. Medicare-programmet, en renodlad federal försäkring, täcker utgifterna för de äldres sjukvård, framförallt kostnader för behandling på akut-sjukhus (Medicare Part A). Försäkringen täcker den slutna vården vid sjukhus upp till 90 dagar. Därefter uttas patientavgifter per vård dag. Kostnader för långvård och tandvård är ej inkluderade i försäkringen. För läkartjänster erbjuds de äldre att teckna en subventionerad försäkring (Medicare Part B), vilket ca 97 % utnyttjar. Premierna för försäkringen uppgick år 1988 till \$ 24,80 per månad (= 1 800 SEK/år). Försäkringen täcker 80 % av läkarnas arvode medan resterande 20 % täcks av patientavgifter, vilka totalt under ett år begränsas av ett högkostnadsskydd. För patienter med långvariga kroniska sjukdomar kan dock utgifterna för premier och avgifter bli betydande. Medicare-programmet har senare utvidgats till att även omfatta vård för yngre medborgare med kroniska sjukdomar, t. ex. dialysbehandling vid njursjukdomar.

Medicaid-systemet är ett gemensamt program för den federala regeringen och de olika delstaterna och täcker vårdutgifterna för låginkomsttagare och grupper med höga vårdutgifter. Det är således dels grupper med handikapp (omsorgspatienter, blinda m. m.), dels grupper med inkomster som inte är tillräckliga för att täcka sjukförsäkringspremier. Varje delstat anger på egen hand inkomstgränser för att omfattas av Medicaid. Det är dock endast hälften av de invånare som ligger under federalt existensminimum, som omfattas av programmet.

Kostnadstäckningen i programmet varierar mellan delstaterna beträffande omfattning, normer och de inkomstgränser som ger rätt till förmånerna. I samtliga fall täcks dock kostnaderna för vård vid akutsjukhus och läkartjänster. Även äldre som inte har råd att betala tilläggsförsäkringen i Medicare-programmet (Part B) ersätts via Medicaid. Det gäller även kostnader för långvård av äldre som saknar finansiella resurser att betala.

Den yrkesverksamma delen av befolkningen svarar som tidigare själva för sitt försäkringsskydd med individuella försäkringar. Dessa är dock indirekt subventionerade genom att regeringen beviljat ett skatteavdrag med 50 % för försäkringspremierna upp till ett visst belopp. Under de senare decennierna har det blivit allt vanligare att sjukförsäkringen blivit en del av löneförmånen. En bidragande orsak har varit skattebefrielse av gruppförsäkringar som arbetsgivarna ger anställda som en löneförmån. I synnerhet den sistnämnda subventionen har kritiserats för att ha konkurrens-hämmande effekter genom att de försäkringsbolag, som lyckas sluta avtal med de stora arbetsgivarna, gynnas. Genom dessa subventioneringar har sjukvårdens finansiering till stor del blivit en angelägenhet för företag och organisationer. Dessa har kommit att bli en allt starkare intressegrupp som på senare tid agerat för att bromsa kostnadsutvecklingen inom sjukvården. År 1984 bestod t. ex. 10 % av priset på Chryslers billigaste bilmodell av sjukvårdskostnader. Eftersom det blivit allt vanligare att sjukförsäkringen är en arbetsgivarförmån förekommer stora skillnader mellan yrkesgrupper. Det är främst de anställda i privata storföretag och i offentliga myndigheter som förhandlat till sig bra förmåner.

De privata försäkringarna har traditionellt gett försäkringstagarna ett fritt val av vårdgivare. Vårdproducenterna, sjukhus,

läkare etc. har sedan ersatts för utförda diagnostiska och behandlande åtgärder enligt fee-for-service-principen (FFS). Ersättnings-systemet har därmed gett vårdgivarna incitament att ge patienten mesta möjliga vård. Försäkringsbolagens olika åtgärder för kontroll och granskning av medicinska insatser och vårdutnyttjandet har varit mindre framgångsrika.

Ett alternativ till de traditionella försäkringarna, som fått en allt större betydelse, är sjukförsäkringar baserade på kapitationsprincipen. Försäkringspremien kan ses som ett abonnemangssystem där individen eller familjen ingår som medlem i en Health Maintenance Organization (HMO) eller en Preferred Provider Organization (PPO). Läkarna i en traditionell HMO är i regel anställda. Det innebär att försäkringen och vårdgivarna är integrerade genom ett gemensamt ägande. I en PPO har försäkringen kontrakt med olika läkare vars arbetssätt följs upp och granskas. Medlemsskapet i en HMO eller PPO berättigar den anslutna medlemmen till vård via de producenter HMO/PPO-enheten har anställda respektive kontrakt med. Det innebär således vissa restriktioner i patientens val av vårdgivare. Försäkringen utövar en kontroll av vårdgivarnas kostnader via olika kontraktsvillkor.

Försäkringsformen är ingen ny företeelse inom den amerikanska sjukvården. Vissa HMOs har existerat sedan 1940-talet. Det förekommer dock stora geografiska skillnader. Det är främst på den amerikanska västkusten som anslutningen till HMO/PPO är stor. I takt med de kraftigt stigande sjukvårdskostnaderna har organisationsformen fått ökad anslutning genom att kunna erbjuda lägre premier. Deras marknadsandel har under de senaste 20 åren ökat från ca 1–2 % år 1970 till ca 15 % år 1990. Även från de offentliga försäkringsprogrammen, Medicare och Medicaid, har intresset för kapitation som ersättningsinstrument ökat. Försök pågår där förmånstagare i programmen erhåller en behovsbaserad *voucher* (förmånskupong) för att sedan välja anslutning till en HMO eller PPO.

Trots det offentliga försäkringssystemet för de äldre och de fattiga existerar grupper som idag är oförsäkrade. Enligt de senaste uppgifterna har de oförsäkrade vuxit i andel och uppgår f. n. till ca 13 % av befolkningen. Det rör sig om låginkomsttagare, arbetslösa, m. fl. som inte är tillräckligt fattiga för att omfattas

av Medicaid. Även studenter och grupper som ofta byter jobb saknar ofta ett fullgott försäkringsskydd. En grupp med bristande försäkringsskydd är anställda vid mindre företag som inte kan erbjuda heltäckande försäkringar.

TABELL 2. Individer med respektive utan försäkring fördelade på ålder, USA år 1987.

<i>Försäkring</i>	<i>Totalt</i>	<i>0-15</i>	<i>15-17</i>	<i>18-24</i>	<i>25-34</i>	<i>35-64</i>	<i>65+</i>
Hela befolkn.	241,2	52,7	10,8	26,1	43,0	80,1	28,5
Privat/offentl. försäkring	210,0	45,9	9,2	20,0	35,8	70,9	28,3
-andel med förs.	87,1	87,1	85,5	76,7	83,2	88,5	99,1
Ej försäkring	31,1	6,8	1,6	6,1	7,2	9,2	0,3
-andel utan förs.	12,9	12,9	14,5	23,3	16,8	11,5	0,9

Källa: Moyer, 1989.

Som framgår av tabell 2 är det till stor del de unga som saknar försäkringsskydd. Samma studie visar att ca en tredjedel av de oförsäkrade är familjer med en inkomst under den officiella nivån för existensminimum. Hälften av de oförsäkrade har inkomster högre än 150 % av nivån som lever under existensminimum. Även om andelen oförsäkrade med låg inkomst ökar finns således även oförsäkrade bland andra grupper (ibid.).

Olika lösningar på problemet med oförsäkrade har diskuterats. Ett förslag är att ge arbetsgivarna skyldighet att erbjuda alla anställda en minimi-försäkring. Ett annat förslag är att grupper med låga inkomster, men som inte är tillräckligt fattiga för att omfattas av Medicaid, ändå ska kunna erbjudas vård till en mindre avgift.

Sjukhusvård

Sjukhusen i USA har kommit att ha en central roll i sjukvårdssystemet, trots att flertalet läkare på sjukhusen inte är anställda. Sjukhussektorn svarar år 1986 för ca 40 % av de totala sjukvårdskostnaderna. Sjukhuskostnaderna har under flera decennier ökat snabbare än andra delsektorer. Under senare år har dock ökningen avmattats.

Ägandeformerna varierar alltifrån offentligt ägda sjukhus till

rent vinstdrivande kedjor med sjukhus. Den största gruppen är dock de privata icke-vinstdrivande sjukhusen som svarar för drygt hälften av all sjukhusvård. De offentliga (federala och delstatliga) och privata vinstdrivande sjukhusens andel är ca 35 respektive ca 10 % (se tabell 3).

TABELL 3. Antal sjukhus, vårdplatser, belägningsgrad och vårdtid vid sjukhus i USA år 1986.

	<i>Antal sjukhus</i>	<i>Vård- platser</i>	<i>Belägnings- procent</i>	<i>Vård- tid</i>
<i>Totalt</i>	6 841	1 290 000	68,7	—
Federala sjukhus	342	111 000	74,1	—
Icke-federala sjukhus	5 728	982 000	64,2	7,1
— privata icke- vinstdrivande	3 338	690 000	66,8	7,2
— privata vinst- drivande	835	107 000	50,7	6,1
— delstatliga och andra offentliga	1 556	185 000	62,6	7,4
Övriga*	771	197 000	—	—

Källa: Raffel & Raffel, 1989.

* Federala och privata specialistsjukhus inom bl.a. psykiatri

Under senare år har en sammanslagning av sjukhusen till stora kedjeföretag ägt rum. Dessa drivs i ökad utsträckning som vinstdrivande företag, vars marknadsandel har ökat. Även om de offentliga myndigheterna i liten utsträckning äger sjukhus har de en viktig roll som kontroll- och regleringsmyndigheter. Sjukhusen i USA erhöll dessutom offentliga medel under främst 1950- och 1960-talen för investeringar i utrustning och byggnader.

The Hill-Burton Act från 1946 var ett viktigt instrument i ett större reformpaket för den federala regeringen att styra expansionen inom sjukhussektorn. En central målsättning var att utjämna variationerna i vårdplatser per capita mellan delstaterna. Planeringen av sjukhusens etablering svarar annars delstaterna för. Variationer mellan såväl som inom delstaterna var vägledande för insatserna. Senare kom subventionerna till sjukhusen att ifrågasättas alltmer. Ett lågt kapacitetsutnyttjande har tolkats

som överkapacitet på sjukhusvård.

En typ av offentlig kontroll som främst delstaterna använt sig av är kravet på Certificate of Need (CON), en reglering av inträdet på sjukhusmarknaden samt viss kontroll av investeringar i nya medicinska teknologier och verksamhetsområden. Genom att koppla dessa krav till rätten att erhålla ersättning från Medicare- och Medicaid-programmen var målsättningen att kontrollera kostnadsökningarna. CON-programmet har dock inte visat sig effektivt, då sjukhusen kompenserat en begränsning t. ex. av antalet vårdplatser med att öka insatserna per vårdplats. I flera delstater har granskningen slopats under 1980-talet. CON-programmet är ett exempel på svårigheterna med offentlig styrning och reglering i ett system med flera finansieringskällor och vårdgivare.

Kostnadsökningarna inom sjukhusvården under 1970-talet skapade en oro bland såväl privata som offentliga försäkringsgivare. I synnerhet prognoserna för utgifterna i det statliga Medicare-programmet visade på kraftiga ökningar. Vid HCFA (Health Care Financing Administration) startades ett projekt för att utveckla ett ersättningssystem för sjukhusen där kostnaderna kunde begränsas och förutses. I oktober 1983 infördes så ett nytt prospektivt ersättningssystem för sjukhusens Medicare-patienter med en fast ersättning för varje vårdtillfälle och diagnos. Som grund användes ett klassificeringssystem med Diagnos Relaterade Grupper (DRG) som utvecklats vid Yale-universitetet. I systemet har sjukhusens produktion klassificerats i 470 DRG-grupper baserade på huvuddiagnos, operationskod, förekomst av bidiagnos/komplikation, patientens ålder samt i förekommande fall utskrivningsstatus.

Ersättningen till sjukhusen baseras på kostnadsvikter för varje DRG, vilka multipliceras med ett dollartal som årligen räknas upp med hänsyn till inflationen. I tabell 4 redovisas ett antal DRG. Det nya ersättningssystemet ändrade radikalt incitamenten för sjukhusen. Det tidigare systemet gav incitament att överdriva behandlingen av patienten medan den prospektiva ersättningen har en återhållande effekt på insatser under vårdepisoden. För att kontrollera om sjukhusen försökte manipulera systemet eller reducera kvaliteten på vården inrättades även fristående granskningsorganisationer, s. k. Peer Review Organizations (PRO). Dessa har medicinsk kompetens och rättigheter att granska jour-

TABELL 4. Exempel på ett antal DRG samt vikter.

DRG-nummer	Benämning	DRG-vikt	Medianvård-tid (dagar)	Outlier*-(dagar)
33	Hjärnskakning 0–17 år	0,2483	1,6	5
161	Ljumsckbräck 69+ år	0,7068	5,7	14
162	Ljumsckbräck 18-69 år	0,5854	4,8	12
302	Njurtrans- plantation	6,6322	24,1	44

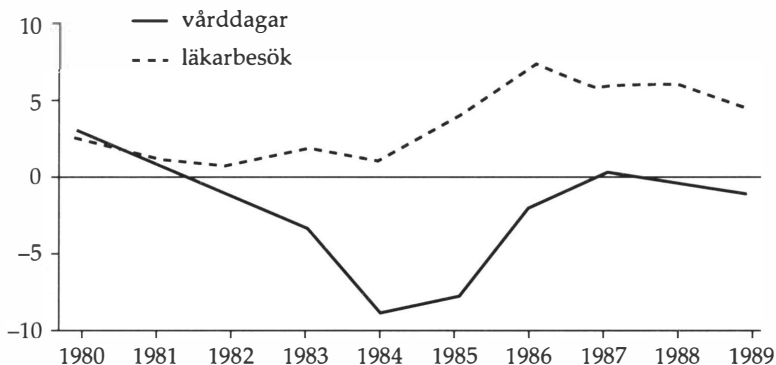
* För patienter med extrem lång vårdtid (outliers) kan sjukhusen erhålla extra ersättning.

naldatala m. m. vid sjukhusen. Effekterna av insatserna från PRO har dock bedömts som ringa. Endast tre procent av anmärkningarna från PRO leder till någon typ av sanktion. Det är emellertid troligt att granskningarna har en viss förebyggande effekt som inte framgår i statistiken över anmärkningar.

Effekterna av den prospektiva ersättningen är främst en reducerad vårdtid per sjukhusvistelse. De genomsnittliga vårdtiderna har sjunkit rakt över alla diagnosgrupper. Under de tre första åren med systemet sjönk den genomsnittliga vårdtiden för Medicare-förmånstagare med 17 %. Motsvarande reduktion för medborgare under 65 år var under samma period 5,1 % (Guterman et.al., 1988). För medicinsk service har effekterna inte varit lika starka. Däremot har en del av den slutna vården förflyttats till sjukhusens öppenvård, som fortfarande ersätts enligt FFS-principen. Totalt har antalet sjukvårdsplatser och vård dagar minskat under perioden med prospektiv ersättning medan antalet besök vid sjukhusen ökat. Den årliga procentuella förändringen av vårdplatser och läkarbesök framgår av figur 2.

Det är dock vanskligt att tillföra hela förändringen till införandet av den prospektiva ersättningen då den ökade polikliniseringen pågått under flera år. Överhuvudtaget tycks sjukhusen ha klarat omställningen utan befarade konsekvenser som drastiska nedskärningar och nedläggningar. Tvärtom har vinstmarginalerna i flera fall ökat markant. Ett problem med det prospektiva

FIGUR 2. Procentuell förändring av antalet vård dagar och besök vid sjukhus åren 1980–1989.



Källa: Donham et al., 1990.

ersättningssystemet är att det måste revideras och uppdateras i takt med tillkomsten av nya medicinska behandlingar.

Under 1980-talet har den amerikanska sjukvården genomgått en strukturförändring där de vinstdrivande sjukvårdsföretagen har ökat sin marknadsandel. Pattison & Katz (1983) jämförde de ekonomiska resultaten mellan privatägda vinstdrivande och icke-vinstdrivande sjukhus i Kalifornien och fann att nettointäkterna per vård dag eller per intagen var högre inom den vinstdrivande sektorn. Man fann emellertid även att den totala kostnaden per vård dag var högre inom den vinstdrivande sektorn. Ett högre utnyttjande av medicinsk service samt högre prispålägg anges som förklaring till såväl de högre intäkterna som de större kostnaderna.

Liknande resultat presenteras av Watt et al. (1986) som jämförde ekonomiska resultat mellan 80 matchade par av privatägda vinstdrivande respektive icke-vinstdrivande sjukhus. Matchningen utfördes med avseende på geografiskt läge, storlek, utbud av service samt medelvårdtid. Även här fann man att nettointäkterna var signifikant högre hos de vinstdrivande sjukhusen, vilket i huvudsak förklarades av högre avgifter för utnyttjande av medicinsk service. Inga avgörande skillnader beträffande patientsammansättning eller kostnad per patient noterades. Däremot hade den vinstdrivande sektorn högre administrativa kostnader, färre antal anställda per utnyttjad vårdplats, högre lön per

anställd samt större andel kapitalkostnad i jämförelse med icke-vinstdrivande sjukhus.

De bättre ekonomiska resultaten hos privata, vinstdrivande sjukhus förklaras således i högre grad av högre intäkter än av att produktionen utförs mer effektivt. Det har även anförts i debatten att de privata vårdgivarnas vinst är illusorisk och förklaras med att de har möjlighet att utestänga svårare patientfall. Fenomenet med s. k. cream-skimming kan förklaras med att privata sjukhus i större utsträckning än offentliga utestänger oförsäkrade patienter samt att man väljer att behandla lättare fall. Bays (1977) studerade patientsammansättningen vid 41 korttidssjukhus i Kalifornien och fann att vinstdrivande sjukhus i hög grad specialiserade sig på mindre komplicerade fall.

De vinstdrivande företagens framväxt föranledde the National Academy of Sciences i USA att i en översikt studera konsekvenserna av den ökade kommersialiseringen av den amerikanska sjukvården. Projektet inleddes år 1983 under ledning av akademiens Institute of Medicine som, efter att ha granskat jämförande studier, genomfört offentliga förhör samt gjort egna studier, konstaterade att privatägda sjukhus inte utför sjukvårdsproduktionen effektivare utan främst uppnår de bättre ekonomiska resultaten genom att generera högre intäkter. Vidare redovisas att i delstater där de vinstdrivande företagen har en hög marknadsandel (30–40 %) behandlas en lägre andel oförsäkrade patienter. Beträffande vårdkvaliteten konstaterades inga påvisbara skillnader (Gray & McNerney, 1986).

Resultaten från studierna bör bedömas utifrån den omgivande miljö i vilken sjukhusen är verksamma. Det är inte förvånande att de vinstdrivande sjukhusen är mer framgångsrika på att generera intäkter i en miljö med relativt passiva försäkringsgivare med små möjligheter att kontrollera ersättningen. I studierna behandlas inte heller de dynamiska effekterna av omstruktureringen och konkurrensen inom sjukhussektorn. Dessa är naturligtvis svåra att bedöma, men det är möjligt att de långsiktiga effekterna visar andra resultat. Studierna visar dock att en effektiv konkurrens inte uppstår automatiskt utan förutsätter effektiva regleringar och kompetenta köpare av sjukhusvård. Under senare år har dock försäkringsgivarna agerat mera aktivt gentemot sjukhusen (se avsnitt Ledning och styrning).

Läkarvård

Den ensampraktiserande privatläkaren har traditionellt utgjort ryggraden i den amerikanska sjukvården. Även om sjukhussektorns andel vuxit har läkargruppen fortfarande en avgörande roll i olika beslut inom sjukvården. Huvudparten av läkarna är privatpraktiker med egen mottagning och rätt att lägga in patienter på sjukhus. Andelen fast anställda läkare vid sjukhusen är internationellt sett låg. De flesta finns i medicinska serviceenheter som röntgen, laboratorier, patologi m. m. Läkarkostnadernas andel av de totala sjukvårdskostnaderna har varit relativt stabil och uppgick år 1987 till 23 %. Under 1980-talet har dock läkarkostnaderna ökat mer än andra kostnadsslag. En förändring i finansieringen av läkarna har inträffat under senare år. Patientavgifternas andel av läkarnas intäkter har minskat från 45,4 % år 1970 till 27,8 % år 1985, främst beroende på ökningen av antalet försäkringar som omfattar läkarvård.

Flertalet läkare är specialister. Allmänläkarna utgör endast 13,5 procent av de praktiserande läkarna (år 1985). Utvecklingen visar att den största tillväxten sker bland specialistläkarna. Generellt har specialister en bättre status än allmänläkare. Förtroendet för läkarna bland allmänheten är kopplat till skicklighet inom ett visst område. En specialist har också inläggningsrätt till sjukhus vilket är ett viktigt konkurrensmedel. Ytterligare en faktor som gynnar specialistläkarna är ersättningsprinciperna där antal åtgärder premieras och där preventiva insatser ersätts lågt eller inte alls. Myndigheterna har också små möjligheter att styra inriktningen på läkarnas utbildning. Den högre statusen bland specialister avspeglas även i löneskillnader. Tabell 5 visar aktiviteten hos olika specialister.

Som framgår av tabell 5 är den årliga arbetsinsatsen per läkare betydligt högre i USA än i Sverige. En svensk läkare arbetar i genomsnitt 40 timmar i veckan under 42 veckor per år. Av tabellen framgår också att inkomsterna varierar kraftigt mellan olika specialiteter.

Primärvårdens funktion handhas således av såväl allmänläkare som specialister. Genom att läkarna har inskrivningsrätt av patienter påverkar de således även sjukhuskostnaderna. Arrangemanget med läkare som är fristående från sjukhusen har betrak-

TABELL 5. Skillnader i aktivitet hos olika specialiteter, USA åren 1982 och 1986.

	Arbetade veckor per år	Arbetade timmar per vecka	Besök per vecka	Besökstid (minuter)	Årlig netto- inkomst (tusen USD)
<i>Allmänläkare</i>					
1982	46,9	57,8	162,0	22,9	72,2
1986	48,5	57,7	138,2	17,9	77,9
<i>Medicin</i>					
1982	46,8	58,4	122,4	18,9	78,9
1986	47,9	59,6	118,3	18,2	93,2
<i>Kirurgi</i>					
1982	46,7	57,2	118,4	21,2	116,8
1986	47,5	59,2	107,0	20,4	146,8
<i>Övriga spec.</i>					
1982	46,5	55,4	138,9	13,3	93,9
1986	46,9	54,5	113,8	12,5	117,8

Källa: Christianson, 1990.

tats som ett integrationsproblem för sjukhusen. Studier av hur organisationsstrukturen påverkar kostnaderna är dock inte konsistenta. Shortell, Becker & Neuhauser (1976) fann att en integrering av läkarna i sjukhusens ledningsstruktur innebar ett ökat kostnadsmedvetande och lägre produktionskostnader. I en senare studie av Alexander & Morrissey (1988) noteras högre kostnad per vårdtillfälle för sjukhus med administrativt engagerade läkare. Över huvud taget har läkarna varit obenägna att ingå i större institutioner och offentliga myndigheter.

Den relativt oberoende ställningen vid den egna praktiken har betraktats som viktig för läkarnas autonomi. Ensampraktiken innebär dock en tung börda för många läkare. Förändringar i familje- och sociala strukturen och ett ökat intresse för egen fritid har legat bakom utvecklingen mot allt fler grupp-mottagningar där flera läkare slår sig samman och delar på administrativa uppgifter, jourtjänstgöring, laboratorieresurser m.m. År 1969 arbetade ca 16 % av läkarna i grupp-mottagningar mot ca 25 % år 1980. Allt fler läkare arbetar i eller erhåller sina intäkter via en HMO eller PPO. Enbart HMOs svarade år 1986 för 36 % av de totala läkarintäkterna. Ande-

len läkare med HMO/PPO-kontrakt ökade från 11 % år 1983 till 38 % år 1986 (Christianson, 1990). Från att ha intagit en skeptisk attityd till HMO/PPO-organisationerna har läkarna i takt med framgången för kapitationssystemet idag accepterat modellen.

Alltmer har läkarna i USA upptäckt fördelen med att arbeta i större institutioner vilket tidigare mötts med stor skepsis och även motarbetats av läkarnas egna organisationer (bl. a. AMA).

Ett hot mot läkarnas verksamhet under senare år är ökningen av åtal mot läkare för felbehandling. S. k. malpractice claims har ökat drastiskt och idag räknar man med att en tredjedel av läkarna råkar ut för åtal någon gång under karriären. Utvecklingen för olika specialiteter framgår av tabell 6.

TABELL 6. Utvecklingen av åtal för felbehandling efter medicinsk specialitet.

Samtliga	Årliga åtal per 100 läkare		
	Före 1981	1981–1984	Efter 1985
	3,2	8,2	10,1
– Allmänläkare	3,3	6,1	5,5
– Intermedicin	1,9	6,4	6,3
– Kirurgi	4,1	11,9	16,5
– Barnmedicin	2,3	4,4	7,6
– Obstetrik/gynekologi	7,1	20,6	26,6
– Radiologi	2,4	7,1	12,9
– Psykiatri	0,6	3,1	2,4
– Anestesiologi	3,0	7,2	6,5

Källa: Raffel & Raffel, 1989.

Som framgår av tabellen varierar åtalsfrekvensen kraftigt mellan specialiteterna. Det är inom gynekologi/obstetrik och kirurgi som andelen åtalade läkare är störst. En annorlunda lagstiftning och praxis än i andra länder samt god tillgång på jurister i USA har nämnts som förklaringar till utvecklingen. Från läkarnas sida har utvecklingen inneburit en form av defensivt utförande av läkaryrket, vilket medfört öknings i antalet tester och undersökningar för att kunna gardera sig mot eventuella åtal. Många läkare skyddar sig också mot eventuella skadestånd genom att teckna extraförsäkringar.

Kostnadsutveckling och kostnadskontroll

Sjukvårdskostnaderna har ökat kraftigare i USA än i den övriga västvärlden. Fram till början av 1980-talet var utvecklingen i USA i linje med den internationella utvecklingen. När sjukvårdskostnadernas andel av BNP började närma sig tio procent infördes i flertalet västländer olika kostnadskontrollerande åtgärder. Utvecklingen under 1980-talet visar också att man lyckades stabilisera sjukvårdens andel av de totala samhällsresurserna. Även i USA präglades perioden av en rad olika försök att dämpa kostnadsökningarna. Den pluralistiska finansieringen innebär dock svårigheter att införa en effektiv kostnadskontroll.

USA är det enda landet i världen där sjukvårdskostnadernas andel av BNP uppgår till mer än 10 % i USA (10,9 % år 1987). Kostnadsökningarna har fortsatt för såväl de offentliga försäkringsprogrammen som för de privata försäkringarna. Fördelningen av sjukvårdskostnaderna mellan olika delsektorer framgår av tabell 7.

TABELL 7. Sjukvårdskostnadernas fördelning mellan delsektorer i USA 1982–87.

<i>Delsektor</i>	1982	1983	1984	1985	1986	1987
<i>Totala utgifter</i> (inkl forskn/byggn)	323,6	357,2	388,5	419,0	455,7	500,3
<i>Hälso- och sjukvård</i>	309,4	341,8	372,7	403,4	439,3	483,2
– Sjukhusvård	135,2	146,8	156,1	166,7	178,4	194,7
– Läkartjänster	61,8	68,4	74,4	81,4	91,6	102,7
– Tandvård	19,5	21,7	24,6	27,1	29,6	32,8
– Övr.prof.tjänster	8,0	9,3	10,8	12,4	14,1	16,2
– Läkemedel etc.	22,1	24,5	26,5	28,5	31,3	34,0
– Hjälpmedel etc.	5,8	6,2	7,0	7,8	8,7	9,5
– Sjukhem	26,7	29,4	31,6	34,7	37,4	40,6
– Övriga tjänster	7,4	8,3	9,0	9,8	10,7	12,0
– Adm.kostnader	13,5	17,1	21,7	22,6	23,9	25,9
– Offentlig service	9,3	9,9	11,0	12,5	13,8	14,7
<i>Forskning och byggnation</i>	14,3	15,4	15,8	15,6	16,4	17,1
– Forskning	5,9	6,2	6,9	7,5	8,3	8,8
– Byggnation	8,4	9,2	8,9	8,1	8,0	8,3

Källa: Levit & Freeland, 1988.

Under 1980-talet noteras den största ökningen inom gruppen övriga professionella tjänster, vilket avspeglar tillväxt inom bl. a. hemsjukvård. Även i USA börjar den växande andelen äldre att avspegla sig i förändringen av sjukvårdstjänster. Kostnadsökningarna är idag större inom sjukhemssektorn än för sjukhusen. Sjukhusens kostnadsökningar var störst i början av decenniet men har sedan reducerats, vilket delvis kan härledas till införandet av det prospektiva ersättningssystemet.

Läkemedelskostnadernas andel ligger på en i internationell jämförelse relativt låg nivå. År 1987 svarade läkemedlen för ca 7 % av de totala kostnaderna, vilket motsvarar den svenska nivå. Uttryckt i kostnad per capita är läkemedelskonsumtionen något över OECD-genomsnittet. År 1987 konsumerades läkemedel för 139 USD per person i USA (i Sverige 92 USD, OECD 117 USD).

Att den höga kostnadsnivån till stor del förklaras av en hög vårdintensitet avspeglas också i andelen sysselsatta inom vården. Ca 5 % av den yrkesverksamma befolkningen arbetar i sjukvården, vilket är en klart lägre andel än i t. ex. Sverige.

Kostnadsökningarna i den amerikanska sjukvården visar inga tecken på att avta. Prognoser pekar mot att 15 % av BNP kommer att konsumeras inom sjukvården år 2000. Flertalet försäkringsgivare har dock startat med åtgärder för att kontrollera vårdutnyttjandet inspirerade av framgången hos HMOs/PPOs.

Kostnadsökningarna har föranlett olika försäkringsgivare att introducera kostnadskontrollerande åtgärder. Det offentliga Medicare-programmet satsade på prospektiv ersättning med viss framgång. Olika typer av priskontroll har införts av andra offentliga myndigheter (främst delstaterna) och privata försäkringsbolag utan större effekter på totalkostnaden. HMOs och PPOs har genom kontroll, urval och granskning av vårdgivare lyckats hålla en lägre kostnadsnivå. Däremot uppvisar man inte en lägre ökningstakt i kostnadsutvecklingen. I tabell 8 redovisas resultaten av en undersökning där villkoren för olika sjukförsäkringar betalade av arbetsgivarna framgår.

Metoderna för att kontrollera vårdutnyttjandet kan ske med självrisker eller genom att försäkringarna reglerar vårdgivarna. Som framgår av tabellen är det endast 28 % av yrkesverksamma med en försäkring sponsrad av arbetsgivarna som har s. k. oreglerade försäkringar. Även de traditionella försäkringsbolagen har

TABELL 8. Fördelning av kostnader för individer med sjukförsäkring via arbetsgivaren, år 1988.

Genomsnittlig	Traditionell försäkring		PPO		HMO	
	Regl.	Oregl.	Ej urval	urval	IPA	Grupp
<i>premie-kostnad</i>						
– individuell	\$100	\$91	\$103	\$103	\$88	\$93
– familj	210	201	233	233	226	203
<i>Andel av premien betald av arb.giv.</i>						
– individuell	89 %	91 %	88 %	88 %	88 %	94 %
– familj	73	76	66	66	76	76
<i>Självrisk</i>						
0 %	6 %	7 %	4 %	23 %	*	*
10 %	4	2	1	43	*	*
20 %	75	85	61	21	*	*
30 %	0	1	11	1	*	*
Annan	15	6	15	12	*	*
<i>Högekostnadsskydd</i>						
\$500 e. mindre	17 %	20 %	26 %	26 %	**	**
\$501–1 000	41	28	27	27	**	**
\$1 001–2 000	28	31	23	23	**	**
\$2 001 el. mer	7	12	15	15	**	**
Ingen gräns	4	8	6	6	**	**
Annan	3	1	3	3	**	**
<i>Anslutning</i>	43 %	28 %	11 %		18 %	

Källa: Gabel et al., 1989.

* vanligtvis \$5 till \$20 per besök, inga avgifter för slutna vård.

** vanligtvis inga eller låga patientavgifter.

genom att ställa villkor om vårdinsatser en viss kontroll av vårdgivarna. Arbetsgivarnas andel av premien skiljer sig inte mellan försäkringarna. Storleken på självrisken är högre för försäkringar där valet av producent är relativt fritt. För PPO-medlemmar som utnyttjar anslutna producenter samt för HMO är självrisken låg eller lika med noll. Kostnadskontrollen under senare år har alltmer baserats på en kontroll av vårdproducenterna.

Vårdutnyttjande och kvalitetskontroll

De höga sjukvårdskostnaderna i USA innebär inte att vårdutnyttjandet volymmässigt är högre än i andra länder. Antalet vård dagar per individ är lägre än i t. ex. både Sverige och Kanada. Antalet vårdtillfällen per invånare är på samma nivå som i Kanada och lägre än i Sverige. Även besöksfrekvensen skiljer sig inte anmärkningsvärt från andra länder. Genom att flertalet läkare har sin praktik utanför sjukhusen spelar den öppna vården en central roll. Detta förstärks av att många ingrepp utförs polikliniskt. Korta vårdtider ger också en mindre andel slutenvård än i t. ex. Sverige. Det är därmed troligt att de höga kostnaderna förklaras av att innehållet i prestationerna, främst vid sjukhusen, är mera omfattande i USA. Antalet åtgärder under en sjukhusvistelse eller ett besök är sannolikt fler än i t. ex. Sverige.

Beträffande operationsfrekvens har USA en relativt sett hög nivå. För rutiningrepp på halsmandlar (tonsillektomier), gallsten, hysterektomier har man en nivå som av medicinsk expertis bedömts vara för hög. Detta har tillskrivits utformningen av ersättningssystem baserade på prestationer, men även kulturella skillnader med andra länder har nämnts som förklaring. Nya operationsmetoder introduceras snabbt i USA. Operationsfrekvenserna för coronary-by-pass-kirurgi och starr-operationer är dubbelt så höga som i övriga OECD-länder.

Kvalitetskontroll har diskuterats alltmer i takt med att ersättningsinstrumenten kommit att användas mer ändamålsenligt. Faran för att vårdgivarna ska undgå kostnadskontroll genom att reducera vårdkvaliteten har uppmärksamrats. Inrättandet av de s. k. PROs som gransknings-organisationer av den prospektiva ersättningen motiverades till en del av nödvändigheten att kontrollera vårdkvaliteten.

Kongressens egen utredningsenhet för utvärdering av medicinsk teknologi, OTA, genomför allsidiga utvärderingar av kostnader och effekter för teknologier med stor spridning.

En viss säkerhetsventil för god vårdkvalitet är patientens möjlighet att begära skadestånd av läkare vid felbehandling. Det är dock inte självklart att den ökade vårdintensiteten med fler tester och undersökningar som blivit följden av skadeståndsmålen resulterar i en kvalitativ god vård. Från flera håll hävdas att skade-

ståndsmålen har urartat och att orimliga belopp betalats ut. Fler-talet läkare tecknar idag extra-försäkringar för att skydda sig mot skadestånd, vilket i sin tur belastar försäkringstagarna i form av högre premier.

Äldreomsorg

Med den växande andelen äldre har det bristande försäkrings-skyddet för olika typer av äldreomsorg blivit uppenbart i USA. Försäkringsskyddet omfattar i regel inte långvård, sjukhem och hemsjukvård. Dessa insatser betalas av individen själv eller be-drivs av frivilligorganisationer. Lokalt har vissa delstater och kommuner egna offentliga program inom äldreomsorgen, dock i mindre skala. En stor del av vårdinsatserna för de äldre med sjukdom och handikapp ligger således på familjen och anhöriga.

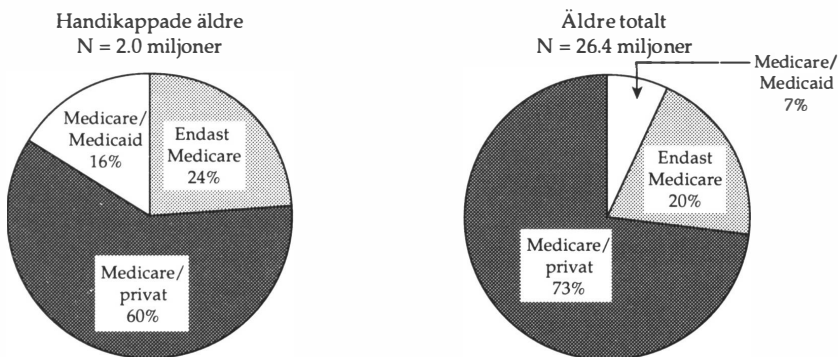
Sedan mitten av 1970-talet ingår dock viss hemsjukvård i Me-dicare-programmet. Huvudsyftet med att låta Medicare täcka de-lar av hemsjukvården var att avlasta den slutna akutsjukvården. Tidigare begränsades utnyttjandet av denna service av restriktio-ner som att patienten skulle ha varit inlagd ett visst antal dagar på sjukhus för att erhålla förmånen. Efter 1980 har dessa restrikt-ioner avlägsnats och idag krävs endast att den hemsjukvård patienten erhåller utgår från en bedömning av läkare samt utförs av utbildade sjuksköterskor. Vårdformen är tänkt att vara temporär efter utskrivning från sjukhus och inte avsedd för kro-niskt sjuka. Denna typ av hemsjukvård ökat kraftigt under 1980-talet (tabell 10).

TABELL 10. Vårdutnyttjande och kostnader för hemsjukvård i Medicare-programmet, åren 1974–1986.

År	<i>Antal individer</i>	<i>Per 1 000 Medi- care-ansluten</i>	<i>Antal besök</i>	<i>Besök per individ</i>	<i>Totalkostnad USD</i>
1974	392,7	16	8 070	21	147 499
1980	957,4	34	22 428	23	770 703
1983	1351,2	40	36 844	27	1 657 024
1986	1600,2	50	38 359	24	2 190 238

Källa: Ruther & Helbing, 1988.

FIGUR 3. Fördelning av försäkringsskydd för äldre med handikapp och samtliga medborgare över 65 år.



Källa: Rowland, 1989.

Hemsjukvården inom Medicare-programmet finansieras till hälften med patientavgifter och till hälften med offentlig ersättning. Andelen individer som utnyttjar förmånen stiger helt naturligt med åldern. I den äldsta åldersgruppen (85+ år) utnyttjar ca 1 % av de anslutna förmånen.

År 1984 uppgick antalet invånare över 65 år till 26,4 miljoner. Av dessa betraktas 2,0 miljoner ha ett kroniskt handikapp som kräver någon form av omsorg. Olika undersökningar tyder på att dessa har såväl lägre inkomster som sämre försäkringsskydd än de äldre i genomsnitt (figur 3).

Som framgår av figuren är det fler av de handikappade som erhåller skydd genom Medicaid-programmet. De handikappade har i mindre utsträckning kompletterat Medicare med någon privat försäkring.

Avsaknaden av försäkringsskydd för äldreomsorgen medför att kroniskt sjuka är beroende av egna inkomster samt insatser av anhöriga och frivillighetsorganisationer. För dem med mycket låga inkomster utgör dock Medicaid-programmet en finansieringskälla. Vad som talar emot en total offentlig finansiering av äldreomsorgen är att de äldres inkomster i framtiden kommer att öka i snabbare takt än skatteintäkterna med nuvarande skattetryck i USA. I flera delstater pågår dock en uppbyggnad av s. k.

community care, där delstater och kommuner med offentliga medel erbjuder viss äldreomsorg. Även från privata investerare inom sjukvårdssektorn har ett stigande intresse för de äldres vårdbehov noterats. Från flera intressenter ses det stigande vårdbehovet hos de äldre när det gäller sjukhemsvård, hemsjukvård, transporter m. m. som en expansiv marknad.

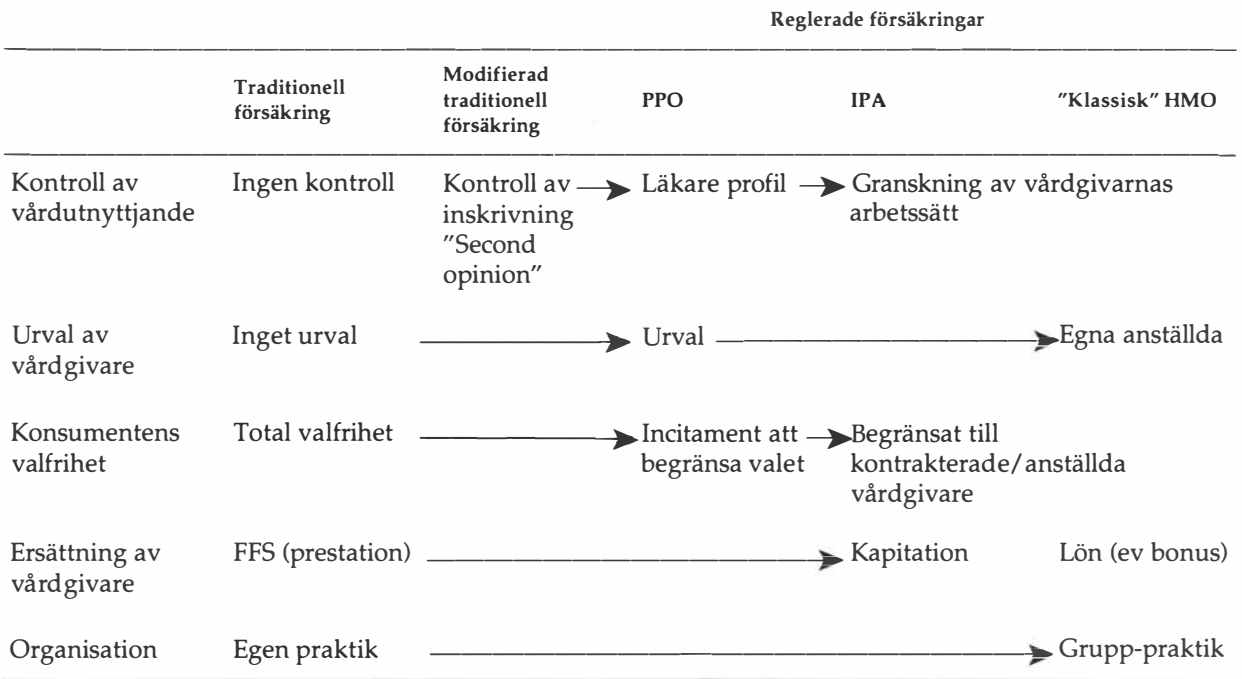
Ledning och styrning

Även om den amerikanska sjukvården vid en internationell jämförelse framstår som oreglerad är det en av de mest reglerade sektorerna i det amerikanska samhället. Den pluralistiska strukturen på såväl finansieringssidan som på produktionssidan medför förhandlingar mellan många parter. De offentliga regleringarna är dels universella som t. ex. läkemedelskontroll, legitimationstvång och regler för sjukhusens utrustning. Även delstaternas försök till priskontroll har i vissa fall omfattat alla vårdgivare. Dessutom har de offentliga försäkringssystemen, Medicare och Medicaid, genom förhandlingar med producenter ställt krav för att ersättningen ska utgå. Liknande krav har även alltmer kommit att ställas från de privata försäkringsbolagen. Mest aktiva i styrningen av vårdproducenterna har HMOs/PPOs varit. Genom att integrera försäkringsfunktionen med vårdproduktionen har kontrollen kunnat utföras effektivare som för HMOs. PPOs har mera satsat på att välja fristående vårdgivare vars agerande senare granskas. Figur 4 visar olika strategier vid olika försäkringslösningar.

Allt fler försäkringsgivare har introducerat någon form av kontroll av vårdutnyttjande och valet av vårdgivare. Ersättningsystemet är vanligtvis öppet hos traditionella försäkringsgivare medan HMOs sätter en ram via kapitationsersättningen. Som framgår av figuren har emellertid de traditionella försäkringsgivarna introducerat en viss kontroll av vårdutnyttjandet och valet av vårdgivare. Hos HMOs är kontrollen av läkarna mest formaliserad genom anställningsvillkor. Konsumentens valfrihet är också mest begränsad i HMOs.

Konkurrensen mellan olika HMOs/PPOs och även traditionella

FIGUR 4. Försäkringsarrangemang inom den amerikanska sjukvården.



Källa: Efter Hale & Hunter, 1988.

försäkringar har skapat nya uppgifter för administrationen inom vården. På ett betydligt kraftfullare sätt än tidigare utsätts nu främst läkarnas arbete för granskning. Informationssystem där kostnaderna kan länkas till olika behandlingar och relateras till effekterna har byggts upp. Från läkarkåren har detta mötts med rädsla för att den kliniska friheten ska bli kringskuren men samtidigt med förståelse för att sjukvårdskostnaderna inte kan fortsätta att öka i samma takt som tidigare.

En form av privatisering av driftansvaret, som vunnit ökad popularitet i USA, är kontraktstyrning. Ett kontrakterat driftansvar eller (contract management) innebär att den dagliga skötseln av sjukhuset utförs av ett privat företag medan ägandeformen bibehålls. Antalet sjukhus med kontrakterat driftansvar har ökat dramatiskt i USA från 14 sjukhus år 1969 till 497 sjukhus år 1980 (Alexander & Lewis, 1984).

Wheeler et al. (1982) studerade den finansiella ställningen hos tio sjukhus före och efter införandet av kontrakterat driftansvar. I studien framgår att vinstresultatet och sjukhusens finansiella ställning förbättrades. Det är däremot oklart hur förbättringarna åstadkommits. Författarna anger kontroll av kostnadsökningarna samt ökning av intäkterna som troliga förklaringar.

Kralewski et. al. (1984) studerade 20 matchade par av icke-vinstdrivande sjukhus, där varje par bestod av ett sjukhus med kontrakterat driftansvar och ett sjukhus med traditionell (in-house) drift. Matchningen utfördes med avseende på storlek, geografiskt läge, befolkningsstorlek, genomsnittlig inkomst i regionen, ägandeform samt förekomst av undervisning vid sjukhuset. Sjukhusen studerades under sex år, tre år före införandet av kontraktsdrift samt de tre påföljande åren. Resultaten från studien visade att såväl vinsten som avkastningen av de totala tillgångarna förbättrades vid sjukhus med kontrakterat driftansvar jämfört med sjukhus med traditionell drift. Av studien framgår även att förutom dessa skillnader var prishöjning av service den enda variabel som uppvisade en signifikant skillnad mellan de båda organisationsformerna. Andra variabler som personalsammansättning, lönekostnader, medelvårdtid och antal intagna patienter uppvisade inga signifikanta skillnader. Enligt författarna ger studien inga bevis för att kontrakterat driftansvar effektiviserar produktionen.

Rondall & Lambert (1984) genomförde en matchad jämförelse

mellan två grupper av offentligt ägda sjukhus. I den ena gruppen var driftansvaret utlagt på privata vinstdrivande företag, medan sjukhusen i den andra gruppen hade ett traditionellt driftansvar. Vid sjukhus med kontrakterat driftansvar var kostnadsökningen per vård dag lägre. Kostnaden per vård dag var dock signifikant högre för den senare gruppen året innan förändringen av driftansvaret ägde rum.

De olika formerna för ett kontrakterat driftansvar ska ses som en del av omstruktureringen av den amerikanska sjukvården mot en specialisering av managementfunktionen. Den hårdnande konkurrensen inom främst sjukhussektorn, genom mindre slutenvårdsutnyttjande och kontroll från försäkringsgivare, har tvingat fram förändringar i driften av sjukhusen. Tidigare, när sjukhusen i stort sett var tillförsäkrade intäkter som täckte de kostnader man kunde redovisa, fanns inte tillräckliga incitament att kontrollera de interna kostnaderna. Från såväl försäkringsgivare som vårdgivare finns idag ett allt större intresse att rationalisera verksamheten. Det är dock inte troligt att de förändringar som pågår automatiskt kommer att generera en samhällsekonomiskt effektiv sjukvård. För att en effektiv konkurrens ska uppstå på såväl försäkringssidan som producentsidan måste de offentliga regleringarna anpassas. Det handlar om att avveckla vissa konkurrenshämmande regleringar, men samtidigt att införa andra typer av regleringar.

Slutsatser och lärdomar

Hälso- och sjukvården i USA har traditionellt setts som en angelägenhet för den enskilde individen. Det är dock uppenbart att försäkringsmarknaden inte lyckats ge ett fullgott skydd för grupper med låga inkomster och för de äldre. Den offentliga andelen av finansieringen har ökat markant. Fortfarande svarar, emellertid den yrkesverksamma delen av befolkningen för sina försäkringar. Två stora och fortfarande olösta problem är den stora andelen oförsäkrade samt hur den förväntade ökningen av de äldres vårdbehov ska finansieras.

Den pluralistiska finansieringen har varit ett problem för att hålla de totala kostnaderna nere. Olika försäkringsgivare börjar

nu att ta ett fastare grepp om sjukvårdskostnaderna. Med införandet av den prospektiva ersättningen till sjukhusen i det federala Medicare-programmet började den tidigare kostnadsdrivande prestationsersättningen att ifrågasättas.

Även på produktionssidan sker stora strukturförändringar. I ett allt hårdare konkurrens klimat har vårdgivarna slagit sig samman i större kedjeföretag. Sjukhusen som tidigare var fristående ingår allt oftare i större vinstdrivande företag. Även läkarna har börjat överge positionen som fristående praktiker och tar allt oftare anställning i en HMO, ett sjukhus eller en gruppraktik.

Det är naturligtvis rimligt att fråga sig om övriga länder har något att lära av ett land som spenderar nästan 12 % av sin BNP på sjukvård och som dessutom inte kan erbjuda alla medborgare en tillgång på god sjukvård. Det handlar då snarare om att plocka russin ur kakan, bestående av nya uppslag om hur sjukvården kan finansieras och organiseras. Den amerikanska sjukvården befinner sig idag i en omstrukturering där olika arrangemang av försäkrings- och produktionslösningar ställs mot varandra. Även om man inte kan räkna med att konkurrensen kommer att utse en rättmätig vinnare, så kommer den forskning och de studier av olika arrangemang som pågår att bidra med kunskap om för- och nackdelar med olika system.

Studier av HMOs/PPOs och det prospektiva ersättningssystemet baserat på DRG kan ge värdefull information om vilka problem som kan förväntas uppkomma i de svenska landsting som baserat omstruktureringar av sina egna verksamheter på dessa modeller.

Att spekulera om hur den amerikanska sjukvården ska utvecklas i framtiden är vanskligt. Från flera debattörer i den amerikanska sjukvårdsdebatten framhålls att eftersom en överkonsumtion existerar inom vissa verksamhetsområden och för vissa grupper samtidigt som en stor del av befolkningen saknar ett tillräckligt försäkringsskydd är någon form av omfördelning nödvändig. Införandet av en nationell sjukvårdsförsäkring finns fortfarande på dagordningen. Det finns dock stora politiska hinder att lotsa igenom ett sådant förslag i kongressen och Vita huset. De offentliga insatserna idag är närmast inriktade på att genom förändringar av regleringar och offentliga finansieringssystem få till stånd en effektiv konkurrens på såväl försäkringssidan som på producentsidan.

Referenser

- Alexander, J. & Lewis, B., *Hospital Contract Management: A Descriptive Profile*. Health Services Research, vol 9:461–477, 1984.
- Alexander, J. A. & Morrissey, M.A., *Hospital-Physician Integration and Hospital Costs*. Inquiry, 25:388-401, 1988.
- Bays, C., 1977: *Case-Mix Differences between Nonprofit and For-Profit Hospitals*. Inquiry, vol. 14:17–21, 1977.
- Christianson, J., *A Supply-Side View of American Medicine: Structure, Conduct, and Performance Since 1970*. I: Libecap, G.: *Advances in the Study of Entrepreneurship, Innovation, and Economic Growth*, vol. 4:15–84, 1990.
- Donham, C., Maple, B. & Singer, N., *Health Care Indicators*. Health Care Financing Review, vol. 11:169–196, 1990.
- Gabel, J., Di Carlo, S., Flink, S. & de Lissovoy, G., *Datawatch: Employer-Sponsored Health Insurance In America*. Health Affairs, vol. 8:116–128, 1989.
- Gray, B. & McNeerney, W., *For-Profit Enterprise in Health Care*. New England Journal of Medicine, vol. 314:1523–1528, 1986.
- Guterman, S., Eggers, P., Riley, G., Greene, T. & Terrell, S., *The first 3 years of Medicare prospective payment: An overview*. Health Care Financing Review, vol. 9:67–77, 1988.
- Hale, J. & Hunter, M., *From HMO Movement to Managed Care Industry: The Future of HMOs in a Volatile Health Care Market*. Excelsior, MN: Interstudy, 1988.
- Kralewski, J., Dowd, B., Pitt, L. & Biggs, E., *Effects of Contract Management on Hospital Performance*. Health Services Research, vol. 19:479–498, 1984.
- Levit, K. & Freeland, M., *DataWatch: National Medical Care Spending*. Health Affairs, vol. 7:124–136, 1988.
- Moyer, E., *A Revised Look At The Number Of Uninsured Americans*. Health Affairs, vol. 8:102–110, 1989.
- Pattison, R. & Katz, H., *Investor-Owned and Not-For-Profit Hospitals: A Comparison Based on California Data*. New England Journal of Medicine, vol. 309:347–353, 1983.
- Raffel, M & Raffel, N., *The U.S. Health System – Origins and Functions*. New York: John Wiley & Sons, 1989.
- Rondall, T. & Lambert, W., *The Private Management of Public Hospitals*. Health Services Research, vol 19:519–544, 1984.
- Rowland, D., *Measuring The Elderly's Need for Home Care*. Health Affairs, vol. 8:39–51, 1989.
- Ruther, M. & Helbing, C., *Use and cost of home health agency services under Medicare*. Health Care Financing Review, vol. 10:105–108, 1988.

- Shortell, S.M., Becher, S.W. & Neuhauser, D., *The Effects of Management Practices on Hospital Efficiency and Quality of Care*. In Shortell, S.M. & Brown, M (eds.): *Organizational Research in Hospitals*. Chicago: Blue Cross Association, 1976.
- Watt, M., Derzon, R., Renn, S. et. al., *The Comparative Economic Performance of Investor-Owned Chain and Not-For-Profit Hospital*. *New England Journal of Medicine*, vol. 314:89–96, 1986.
- Wheeler, J., Zuckerman, H. & Aderholt, J., *How Management Contracts Can Affect Hospital Finances*. *Inquiry*, vol. 19:160–166, 1982.

7. *Hälso- och sjukvården i Japan*

Ove Anbäcken

Introduktion

Historisk bakgrund

Rötterna till Japans hälso- och sjukvård sträcker sig till dess religiösa bakgrund, Shintoismen, som är en närmast animistisk religion med starka inslag av strävan efter renhet och skydd mot orenhet, främst i yttre bemärkelse. På 300-talet introducerades kinesisk medicin, som blev dominerande intill senare delen av 1800-talet. Shintoismen sammanlänkad med kinesisk tradition och filosofi påverkar Japan även idag. Grundstenarna i den kinesiska medicinen är balansen av de två motsatserna, Yin och Yang, och harmoniseringen av de fem elementen i kroppen och dess organ. Den har ett helhetsperspektiv som föredrar icke-radikala ingrepp i kroppen. Örtmedicinerna bildar en viktig bas för terapin, vilket också påverkar läkarens praktiska verksamhet. Läkarens yrke är sedan länge farmaceutiskt inriktat. Denna historiska bakgrund påverkar i hög grad dagens sjukvård.

Japan har en av de industrialiserade ländernas etniskt mest homogena befolkningar. Det talas enbart ett gemensamt språk och en gemensam kultur odlas. Kulturen beskrivs ibland som vertikal med många beroendeförhållanden som länkar i varandra och som förstärks av både språkliga symboler och beteendemönster. Det lilla gruppens betydelse samt lojaliteten med och ansvarstagandet för både arbetsplats och landet beskrivs ofta som typiska japanska företeelser. Den koreanska minoritet som finns i landet är starkt undertryckt, vilket snarast förstärker in-

trycket av den i övrigt homogena kulturen.

Landet är indelat i 8 huvudregioner och 47 prefekturer. 11 städer har fler än en miljon invånare. Tokyo-området består av ett sammanhängande stadsområde omfattande 10–15 miljoner människor beroende var man sätter gränsen. Osaka-området har en liknande omfattning. Samtliga prefekturerna liksom de lokala myndigheterna har avdelningar för hälso- och sjukvårdsplanering samt sjukvårdskontroll.

Två gånger under modern tid har Japan genomgått omstörtande förändringar. Det första tillfället var Meiji-restaureringen 1868, då Japan trädde fram ur en långsiktig isolering från omvärlden. Man upptäckte att västländernas politiska system kunde användas för att åstadkomma styrka, stabilitet och framgång. En kontrollerad demokratisering inleddes och en ny konstitution utvecklades. Det viktigaste var att framför allt ge ett sken av demokratisering även om den reella makten utövades av en elitgrupp kontrollerad av kejsaren. Rösträtt hade endast de som betalade en för den tiden icke oansenlig summa i skatt. Parlamentet, Diet, bestod av underhuset med valda representanter. Överhuset bestod av feodaltherrar, representanter utsedda av kejsaren samt några av de mest välbärgade. Systemet med ett över- och underhus i Diet existerar fortfarande.

Den andra omfattande förändringen i modern tid var 1945 då andra världskriget förlorades och landet ockuperades av USA. 1947 trädde en ny konstitution i kraft. Det parlamentariska systemet bygger i stor utsträckning på den brittiska modellen. Det liberal-demokratiska partiet (konservativt) har dominerat det politiska livet under efterkrigstiden. Båda dessa historiska händelser medförde genomgripande förändringar av både social, politisk och ekonomisk natur. .

Välfärdssamhället

Det finns en intern kritik i Japan som säger att landet knappast kan kalla sig för en välfärdsstat. Man framhåller ofta i detta sammanhang hur viktigt det är att man lär sig från andra länder. Inte minst nämns Sveriges sociala skyddsnät, som ett exempel värt att studera. Hälso- och sjukvården karaktäriseras av ett socialförsäkringssystem som täcker samtliga invånare, frihet för läkare att

starta privat praktik, ett finansieringssystem som bygger på ersättning för givna tjänster och en hög tillgänglighet och valmöjlighet för patienten. Bedömningen att Japan har mycket att lära av andra länder avslöjar mer en djupt rotad kulturell företeelse i Japan än rationell saklighet. Begreppen *japanisering* och *västernisering* (Japanization and Westernization) kan användas för att beskriva den mycket vanliga process av imitation och transformation, som förekommer på otaliga områden i det japanska samhället. Så även inom lagstiftning och välfärdsområdet. Man studerar noga ett annat lands idéer och problemlösningar, väljer ut en typlösning, t. ex. från ett annat lands hälso- och sjukvård, transformerar och implementerar sedan denna lösning eller idé till japanska förhållanden.

1922 fick Japan sin första sjukförsäkringslag, men den trädde inte i kraft förrän fem år senare. Lagen var ett resultat av en lång process av diskussioner och politisk oro. Socialiströrelsen hade framgång i landet och det politiska och ekonomiska etablissemanget såg sig motvilligt tvingat att förebygga en ur deras synvinkel okontrollerbar politisk situation. Motvilligheten i lagstiftningen avspeglas i den långa tiden mellan beslut och verkställighet. Här spelade också jordbävningen i Tokyo 1923 en roll. Arbetare på större arbetsplatser blev obligatoriskt försäkrade medan små arbetsplatser fick gå in i försäkringssystemet frivilligt. Privata företag med mer än 300 anställda tilläts bygga upp sina egna sjukförsäkringar. Försäkringssystemet utvecklades och 1961 omfattades alla invånare av systemet. Japan var första icke västliga nation som introducerade social- försäkring på 1920-talet och som nådde en universell anslutning av befolkningen 1961.

Redan från begynnelsen uppmuntrades mångfalden i försäkringssystemet och mångfald, splittring och segmentering av socialförsäkringssystemet i Japan har fortsatt. De privat organiserade försäkringssammanslutningarna är nu cirka 1 700 till antalet. De ger varje år ett avsevärt överskott av sin verksamhet. 1985 var överskottet totalt 300 miljarder yen (12 miljarder SEK, Kawakita, 1989). Dessa försäkringsorganisationer har enbart den aktiva arbetskraften och deras familjer som försäkrade. Inom ett par år efter pensionering förs man över till National Health Insurance, NHI, som är den allmänna försäkringskassan (mer om detta under rubriken Finansiering).

Befolkningsutveckling

Den japanska befolkningen är och har varit i snabb tillväxt. Vid sekelskiftet var befolkningssiffran cirka 45 miljoner, 1940 hade den ökat till 70 miljoner för att sedan dess nära nog ha fördubblats. 1990 är befolkningens storlek 123 miljoner. Det gör Japan till det sjunde folkrikaste landet i världen. Födelsealen låg högt under första hälften av 1900-talet, nästan dubbla antalet födda, d. v. s. omkring 30 per 1 000 invånare jämfört med Sverige, Storbritannien och USA, som hade ca 15 per 1 000 invånare. Traditionens betydelse kan illustreras i födelsealen. År 1966 var Hinoeuma, vildhästens år. Då föds enligt traditionen flickor som omöjligt kan tämjäs av någon man. En sådan kvinna blir inte bortgift. Antalet födda barn gick detta år ner mycket kraftigt till under 14 per 1 000 invånare.

TABELL 1. Befolkningsutveckling i tre åldersgrupper (i % av totala invånarantal).

År	Totalt	0–14 år	15–64 år	65– år
1920	100	36,5	58,3	5,3
1930	100	36,6	58,7	4,8
1940	100	36,7	58,5	4,8
1950	100	35,4	59,7	4,9
1960	100	30,0	64,2	5,7
1970	100	23,9	69,0	7,1
1980	100	23,5	67,3	9,1
1990	100	18,6	69,4	11,9
2000	100	18,0	65,8	16,3*
2010	100	18,6	61,4	20,0*
2020	100	16,5	59,9	23,6*

Källa: Social Insurance Agency, Japanese Government, 1989.

* Prognos.

Den förväntade medellivslängden vid födelsen är hög i Japan. År 1985 var den 74,84 år för män och 80,46 år för kvinnor, motsvarande siffror för Sverige var 73,84 resp 79,89 år. Båda dessa länder ligger bland de högsta i världen. Åldersfördelningen hos den japanska befolkning är under stark förändring. En låg andel äld-

re kommer på några årtionden enligt prognoserna att övergå till en hög andel äldre jämfört med andra länder. Bidragande till det är den låga mortaliteten och de låga födelsetalen. Japan har under de senaste årtiondena legat på mellan 6 och 7 dödsfall per 1 000 invånare, medan motsvarande siffra för Sverige, Storbritannien och Frankrike har legat på mellan 10 och 11 per 1 000 invånare. USA's mortalitet har sedan 70-talet legat på under 9 per 1 000 invånare. Den yngre andelen av Japans befolkning har minskat procentuellt under större delen av 1900-talet, med en högsta andel på 36,7 % i början av 1940-talet, en lägsta på 18,6 % 1990 och en prognos för år 2020 på 16,5 %. Befolkningen 65 år och äldre ökar från 4,8 % på 1930–40 talet till en prognos på 23,6 % år 2020 (se tabell 1).

Sjukdomspanoramat

Den ökande medellivslängden hos befolkningen, ändrade kostvanor och livsstil medför ett ändrat sjukdomspanorama. Från att infektionssjukdomar, särskilt tuberkulos, varit den ledande döds-

TABELL 2 Dödsorsak för olika sjukdomsgrupper i Japan 1955–1988 jämfört med Sverige 1987. Antalet avlidna per 100 000 invånare.

<i>Dödsorsak</i>	<i>År 1955</i>	<i>1965</i>	<i>1975</i>	<i>1985</i>	<i>1988</i>	<i>Sverige 1987</i>
Malign cancer	87,4	108,4	122,6	156,1	168,4	235,4
Cerebrovaskulära sjukdomar	13,1	175,8	156,7	112,2	105,5	115,5
Hjärt-kärlsjukdom	60,9	77,0	89,2	117,3	129,4	363,8
Andningsorganens sjukdomar	48,3	37,3	33,7	42,7	51,6	86,9
Olyckshändelse	37,3	40,9	30,3	24,6	24,8	32,0
varav motortrafik					11,1	9,8
Själv mord	25,2	14,7	18,0	19,4	18,7	18,3
Kron. leversjukdom						
inkl. Cirros	8,6	10,0	13,6	14,3	13,9	7,9
Ålderssvaghet	67,1	50,0	26,9	23,1	21,6	
Tuberkulos	52,3	22,8	9,5	3,9	3,2	1,3

Källa: Social Insurance Agency, 1989 och SCB, 1990.

orsaken fram till mitten av 1900-talet har de s. k. välfärdssjukdomarna tagit över som den främsta dödsorsaken. Trots detta är prevalensen av tuberkulos, kolera och andra infektionssjukdomar relativt högre än i andra industrinationer. Jämfört med Sverige är hjärt-kärlsjukdomar som dödsorsak betydligt mindre frekvent i Japan. Cerebrovasculära sjukdomar var den främsta dödsorsaken på 60- och 70-talen medan olika former av cancer övertog denna plats på åttiotalet. Hjärtsjukdomar och cerebrovasculära sjukdomar tävlar om andra och tredje plats som dödsorsak.

Finansiering

Sjukförsäkringssystemet

Det tyska socialförsäkringssystemet fick tjäna som modell för det japanska systemet då det byggdes upp under tidigt 1900-tal. Systemet introducerades under en kraftig industrialiseringsperiod och det skulle ge arbetare i mindre och medelstora företag ett grundskydd. De större företagen hade redan skapat interna företagsbaserade system liksom hälso- och sjukvårdsresurser. Från slutet av 1920-talet till 1960 utvecklades och kompletterades socialförsäkringen till att täcka samtliga invånare och till att bli ett något så när enhetligt system inkluderande hälso- och sjukvård, barn- och mödravård, pensioner och arbetsskadeersättning. I grova drag kan man dela in försäkringsprogrammen i två kategorier. Den ena kategorin täcker de anställda i företag och offentliga organisationer samt deras anhöriga, vilket motsvarar cirka 75 miljoner människor. Den andra kategorin benämns National Health Insurance, NHI, vilken ger försäkringsskydd för arbetslösa, pensionärer, anställda i småföretag, egenföretagare, bönder, dvs. i huvudsak människor med osäkrare ekonomisk situation och högre hälsorisk än de som omfattas av det förstnämnda försäkringsprogrammet. 45 miljoner japaner är försäkrade i NHI. NHI finansieras till cirka 45 % av anslag från stat, prefekturer och kommuner. De anställdas försäkringsorganisationer bidrar sedan 1982 till en del av kostnaderna.

De anställdas försäkringsprogram kan ytterligare delas in i tre grupper: de privata försäkringsorganisationerna (anställda i större företag), de som administreras av myndigheterna (anställda i medelstora och mindre företag) samt de offentliganställda inkl. lärare. Företag med minst 700 anställda har oftast en försäkringsorganisation, ken kumiai, för sina anställda. Antalet försäkringsorganisationer involverade i detta säkerhetsnät är stort. De har likartade regler när det gäller vilka medicinska åtgärder som täcks samt hur betalningssystem organiseras. De uppvisar emellertid skillnader beträffande försäkringstagarnas egenbetalning, kontantförmåner, finansiering, bidrag från offentliga medel, administrativa system, etc. Försäkringsprogrammen får inte drivas med vinstintresse (non-profit-organizations).

Olika villkor

Försäkringsvillkoren är inte lika för de olika grupperna. De som täcks av NHI har sämst villkor, medan de som tillhör de större företagen, typ Sony, Yamaha, Mitsubishi, har de bättre villkoren. Samtliga system täcker de flesta normala medicinska behandlingar som konsultationer, medicin, kirurgiska ingrepp, sjukhusvård och -omvårdnad, samt sjukvårdstransporter. Preventiv hälsovård, liksom hälsokontroller och normalt barnafödande faller mestadels utanför försäkringsförmånerna.

De månatliga premierna som betalas av individen är olika för olika system och är vanligtvis proportionella mot lönen. En faktor som påverkar är också familjens storlek samt om man är anställd vid ett större företag. De offentliga arbetsgivarna betalar hälften av premierna medan de privata företagen (särskilt de större) mestadels betalar över hälften av premierna.

Det normala förhållandet är att lön betalas av arbetsgivaren också vid sjukdom (även långvarig, upp till ett par år). Detta medför ett tryck på arbetstagaren att inte anmäla sig som sjuk utan att uppenbara sjukdomssymptom föreligger. Många tar också ut (av sin korta) semester under sjukdomstiden. Troligen leder detta också till ett behov av läkarutlåtande, som stöd för eventuell frånvaro från arbetet, även vid mindre allvarliga åkomor. Vid långtidssjukdom mister man bonuslönen, som kan

motsvara mellan 2–3 månadslöner per år. Reglerna för ovanstående ersättningar varierar mellan företag och försäkringsorganisationer.

Egenbetalning

Diskussionen om rättvisaspekterna i det japanska socialförsäkringssystemet har inte varit särskilt framträdande. På senare tid har Hälso- och sjukvårdsministeriet, Koseisho, givit signaler om att de olika grupperna av försäkringstagare skall ha lika villkor. Egenbetalningar är emellertid inte relaterade till inkomst. Patienternas betalning vid vård och behandling har sjunkit gradvis från 40 % 1955 med en ytterligare kraftig sänkning av andelen 1973 då fri hälso- och sjukvård introducerades för äldre ner till nästan 10 % av kostnaderna för hälso- och sjukvård. På 1980-talet har egenbetalningen ökat och utgjorde 1982 12,5 % av utgifterna. På 1990-talet, föreslår Koseisho, skall egenbetalningen höjas till 20 % och göras lika inom alla försäkringssystem.

För närvarande är det även i fråga om egenbetalningen förmanligare att vara försäkrad i de större arbetsgivarnas organisationer. De anställda som tillhör dessa försäkringsorganisationer betalar 10 % av kostnaden i samband med konsumtion av alla typer av hälso- och sjukvård, deras anhöriga betalar 20 % för sjukhusvård och 30 % för öppenvård. De som tillhör NHI betalar 30 % som egenbetalning för all hälso- och sjukvårdsservice. Idag är det ett tak för den totala månatliga egenbetalningen från en försäkringstagare på ca 60 000 yen (2 400 SEK) och hälften för låginkomsttagare.

Den genomsnittliga årliga försäkringspremien 1982 till National Health Insurance var 101 000 yen per hushåll (drygt 4 500 SEK). Motsvarande belopp för försäkringssystemen knutna till de större företagen var cirka 120 000 yen (5 000 SEK). Det skall beaktas att avgifterna är inkomstrelaterade och att de större företagen oftast betalar betydligt högre löner än småföretagen. De anställdas (inkl. offentliganställdas) försäkringsorganisationer får ta ut en månadspremie i intervallet 6,5 till 11,9 % av lönen. Procenttalet och fördelningen mellan arbetsgivare och den försäkrade fastställs av respektive försäkringsorganisation. I ge-

nomsnitt betalar arbetsgivaren 4,6 % och den anställda 3,5 % av lönesumman i försäkringspremie (Iglehart, 1988). Det statliga bidraget till de olika försäkringarna varierar väsentligt. Bidraget till NHI är 45 % av försäkringsutbetalningarna samt hela den administrativa kostnaden. Det statliga bidraget till övriga försäkringsorganisationer skall i huvudsak täcka administrativa kostnader (Powell & Anesaki, 1990; Iglehart, 1988).

TABELL 3. Några av de dominerande försäkringsorganisationernas olika villkor.

	<i>Genomsnittlig årlig premie per hushåll</i>	<i>Egenbetal- ning för anställd</i>	<i>Egenbetal- ning för anhörig</i>
National Health Insurance, NHI	101 000 Yen Avgifterna är inkomstrelaterade	30 %	30 %
Företagens försäkringsorganisationer	120 000 Yen 6,5+11,9 % av lönen Arbetsgivaren betalar 4,6 %, anställda 3,5 % av lönen i snitt	10 %	slutenvård 20 % öppenvård 30 %
Offentligadministrerad försäkring	8,9 % av lönen, arbetsgivare och anställda betalar 50 % var	10 %	20 resp 30% enligt ovan

Sjukhusvård

Det första sjukhuset i Japan med västerländsk sjukvård startade 1557. Det var en portugisisk jesuit-missionär, som startade det. Det fick några systerinstitutioner, men fram till Meiji-restaurationen fanns det inte annat än kristna missionssjukhus i Japan. Det utländska inflytandet bröts 1636 genom förbud att resa till eller från Japan. Under mitten av 1800-talet organiserades några militärsjukhus starkt influerade av tysk armémedicinsk organisation. Efter Meiji-restaurationen omformades de till undervisningssjukhus för västerländsk medicin (Powell & Anesaki, 1990).

Man kan hävda att ingen systematisk planering av sjukhus och

öppenvård har skett i Japan. Japan har utvecklat sitt eget sjukhusbegrepp. Även om utrustning, byggnader och teknologi har genomgått totala förändringar, liksom i västvärlden, finns det en underliggande kulturell likhet med gamla tiders sjukvård. Sjukhusen karaktäriseras av privat ägande, litet antal bäddar per enhet, men fler bäddar per 100 000 invånare jämfört med andra länder. De små sjukhusen har svårt att åstadkomma skalfördelar, inte minst eftersom samarbete mellan sjukhusen är sällsynt. Japan har längst medelvårdtid i världen, och en mycket ojämn geografisk fördelning av sjukvårdsresurser. Överetablering förekommer i vissa områden och motsatsen i andra. Detta har föranlett Koseisho att instruera prefekturerna att sätta upp restriktioner för etablering inom vissa områden.

Hög medelvårdtid och låg beläggning leder till låg frekvens av behandlade patienter per sjukhusbädd. I Japan behandlas sju patienter per år i medeltal, medan Sverige har 16, England 25 och Tyskland 16 patienter per år och bädd. (OECD, 1985).

TABELL 4. Medelvård i slutenvård för vissa sjukdomar 1970–1984. Antal dagar.

<i>Diagnos</i>	<i>År 1970</i>	<i>1980</i>	<i>1984</i>
Infektionssjukdomar	204	118	48
Endokrina & ämnesomsättningssjukdomar	63	52	61
Psykiska störningar	288	333	305
Nervsystemets och sinnesorganens sjukdomar	78	86	46
Cirkulationsorganens sjukdomar	71	100	84
Andningsorganens sjukdomar	24	26	23
0Matsmältningsorganens sjukdomar	28	33	33

Källor: Powell & Anesaki, 1990.

Enbart beträffande normalt barnafödande och aborter har medelvårdtiden i likhet med rådande praxis i andra industriländer. Planerad korttidsvård, poliklinisk kirurgi och fem-dagarsöppna avdelningar är mycket ovanliga företeelser i Japan. Som framgår av tabell 4 ovan uppvisas ingen entydigt minskande trend i medelvårdtid. I jämförelse med Sverige och de flesta övriga västländer är medelvårdtiden mellan 2 till 6 gånger längre i Japan för jämförbara diagnoser. Jämfört med USA är skillnaden ännu stör-

re. Orsaker till skillnaden torde kunna tillskrivas både kulturella olikheter och ekonomiska incitament (Iglehart, 1988 och SCB, 1990).

Sjukvårdslagen från 1948 skiljer på två huvudtyper av sluten vård: sjukhus och (öppenvårds-)kliniker. Klinikerna, som till över 90 % är privatägda, är huvudsakligen inriktade på öppen-vård men kan enligt reglerna ha upp till 19 bäddar. 80 % av sjukhusen är privatägda, hälften av dem ägs av en enskild person. De privata sjukhusen har 65 % av sjukhusbäddarna och mer än hälften av dem har mindre än 100 bäddar. De sjukhus som ägs och drivs av centralmyndigheter, 410 till antalet, har genomsnittligt flest antal bäddar per sjukhus, cirka 400 bäddar. Hälso- och sjukvårdsministeriet har också inrättat sjukhus för vissa sjukdomsgrupper t. ex. tuberkulos, strålningsskadade (från Hiroshima och Nagasaki), samt speciella infektionssjukdomar.

Personal

Personaltätheten på japanska sjukhus är låg i jämförelse med andra länder. Medeltalet personal per sjukhusbädd är 0,8 personer jämfört med Sveriges 1,85. Offentligt ägda sjukhus har högre täthet av sjuksköterskor än de privata, drygt 40 per 100 bäddar respektive knappt 30 per 100 bäddar. Fördelningen av legitimerade sjuksköterskor, undersköterskor och sjukvårdsbiträden skiljer sig också mellan offentligt ägda sjukhus och privata. De offentligt ägda sjukhusen, som ofta är specialistsjukhus, har en större andel legitimerade sjuksköterskor, 65–80 % av vårdpersonalen. De privata sjukhusen hade 1982 42 % undersköterskor och 35 % legitimerade sjuksköterskor. 1988 var antalet läkare över 200 000 i Japan. 2,1 % av läkarna var ägare till sjukhus. The Medical Service Law kräver att både sjukhusets styrelse och dess administration leds av legitimerade läkare. Samma lag förhindrar sjukhus från att drivas som aktiebolag. (Powell & Anesaki, 1990, MHW, 1988 och Kokusei-sha, 1990/91)

Patienten kan anställa och ta med sig egen servicepersonal och förväntas ha egna sängkläder eller åtminstone betala för denna service på vissa sjukhus. De anhöriga har en stor roll att spela i mathållning, omvårdnad och annan service. Det tas för givet att

familjen tar aktiv del i vården. Då familjen bor långt från vårdinrättningen eller har förhinder att medverka i vården, är det vanligt att en hjälp (typ vårdbiträde) anställs av familjen för att sköta omvårdnad. Det är också vanligt att patienten väljer en dyrare omvårdnad eller miljö, t. ex. privat rum, och själv betalar mellanskillnaden. Vid de särskilt eftertraktade privata universitetssjukhusen kan denna extrakostnad uppgå till 1 000–2 000 kronor per dygn. Efterfrågan är ändå stor.

Teknisk utrustning

Sjukhusen i Japan är ofta tekniskt välutrustade men spartanskt inredda. Väntsalarna liknar ibland en järnvägsstation av medelgod svensk standard. Byggnaderna kan vara mycket nedslitna. Detta gäller t. ex. flera prestigefyllda universitetssjukhus som Tokyo-universitetets sjukhus och Japans största privata universitetssjukhus, Keio sjukhuset i Tokyo.

Nästan en tredjedel av sjukhusen har CT scanners (datoriserad tomograf för skiktade röntgenbilder), och en klar majoritet, d. v. s. även småsjukhusen, har ultraljuds-utrustning, gastric fiber scope (flexibelt glasfiberskop för mag/tarmundersökning), och elektronisk encephalograf utrustning (för röntgenfotografering av hjärnan), se tabell 5.

Introduktionen av CT scanners var delvis en handelspolitisk åtgärd för att släta över en irritation över den ojämna handelsbalansen mellan England och USA å ena sidan och Japan å andra sidan. 1975 installerades den första scannern i Japan. Samma år beställde finansministeriet (!) ytterligare utrustningar. Sju år senare hade Japan det högsta antalet scanners i världen relativt befolkningsstorleken. Sedan slutet av 1970-talet dominerar Japan även tillverkningen (Powell & Anesaki, 1990).

En av de mest avancerade behandlingformerna är dialysbehandling av patienter med njursvikt. Ett finansiellt stödprogram för sådana patienter startade 1972. Tidigare hade patienternas egenbetalning varit mycket hög. Förändringen resulterade i att antalet patienter som behandlas med haemodialys ökade. 1986 uppgick antalet till 73 500, vilket är det största relativa antalet i världen. Ökningen mellan 1985 och 1986 var 11 %.

TABELL 5. Medicinsk utrustning i sjukhus och läkarpraktik, Japan 1987.

	<i>Totalt antal på sjukhus*</i>	<i>% som har utrustning ***</i>	<i>Totalt antal på läkar- praktik**</i>	<i>% som har utrust- ning</i>
CT scanner (head)	944	9,5	230	0,3
CT scanner (body)	3 244	30,7	156	0,2
NMR-CT (MRI)	119	1,2	—	—
Ultraljud imager	14 420	73,5	22 435	26,3
Gastric fiberscope	15 824	66,1	12 466	12,0
Electroencephalograph	7 468	60,9	3 098	3,8
Renal dialysis	21 456	17,1	12 804	0,9
Linac	384	3,9	—	—
Intensive care unit	1 772	18,0	—	—
Cardiac care unit	570	5,8	—	—
Electrocardiograf	****	96,1	65 632	67,9
Diagnostic X-ray	****	96,4	53 398	62,1

Källa: Ikegami, 1989.

* Totala antalet är 9 841.

** Totala antalet är 79 134.

*** Vissa sjukhus och läkarpraktiker (clinics) har mer än ett exemplar av utrustningen.

**** Var inte med i 1987 års undersökning, %-talen är från 1978.

Njurtransplantationer är inte särskilt vanliga i Japan. Totala antalet personer som mottagit en ny njure var knappt 4 000 vid slutet av 1985. Utvecklingen av transplantationer i Japan hindras bl. a. av att hjärndödsbegreppet ännu ej accepterats. Efter 20 års debatt deklarerade Japan Medical Association att man accepterade hjärndöd som dödsorsak. Vägen till förändrad lagstiftning verkar emellertid fortfarande lång, eftersom allmänna opinionen fortfarande ställer sig tveksam till både hjärndöd och organtransplantation. (The Japanese Society for Rehabilitation of the Disabled, 1988 och Powell & Anesaki, 1990.)

Ersättningssystem

Sjukhusens ersättningssystem bygger på de åtgärder som vidtagits (fee-for-service). Sjukhuset upprättar en avräkning för varje patient och använder då en tariff som kallas Point-Fee-Schedule. Varje enhet av medicinsk behandling har tilldelats ett visst antal

poäng. Värdet för varje poäng är förnärvarande 10 yen (cirka 45 öre). Detta värde fastställs av regeringen efter förhandlingar med Japan Medical Association. Poängen har förändrats obetydligt under de senaste decennierna. Debiteringen för varje patient kalkyleras genom att antalet behandlingenheter multipliceras med poängen (och avgiften). Sjukhusen ersätts därefter per patient och service med avdrag för patientens egenbetalning, som mestadels erlagts kontant i samband med vården. Sjukhusens ersättningskrav ifrågasätts så gott som aldrig av försäkringsorganisationernas samordningsorgan, som sköter utbetalningarna.

TABELL 6. Utdrag ur Point-fee-schedule.

<i>Consultation Fee</i>	<i>Points</i>		<i>Points</i>
a) First Consultation Fee	160	Meal Fee per day	137
		addition for standard meal	47
b) Re-consultation Fee	38 or 42	Medical Administration Fee	
<i>Admission Fee</i>		a) Hospital	
		i 0–1 week per day	454
a) Room charge per day	127	ii –2 weeks per day	440
addition for standard bed	14	iii –3 weeks per day	288
addition for patient wear	5	iv –2 months per day	210
addition for special room	200	v –3 months per day	198
b) Nurse Fee		vi –6 months per day	144
Hospital per day	118	vii –12 months per day	115
Clinic per day	88	viii –1,5 year per day	97
addition for standard nurse		ix over –1,5 year per day	95
i designed facilities	41–291		
ii Severe patient	400		

Källa: National Health Administration in Japan – Volume III och japanska orginallistan för Point-Fee 1991.

1 poäng motsvarar 10 yen = cirka 0,45 SEK.

Point-Fee listan innehåller 13 avdelningar, som t. ex. läkarkonsultation, hemsjukvård, laboratorietester, röntgendiagnostik, rehabiliteringsvård, psykiatri och sjukhusvård. I tabell 6 ges några exempel från listan. Under flera rubriker finns det tilläggs-poäng. Undersökningar och behandlingar av barn under 6 resp. 2 år ger t. ex. tilläggs-poäng. Det blir även tillägg för konsultationer på övertid, hembesök vid vinterväglag samt vid akuta situationer, etc. Som framgår av tabellen ger slutenvård poäng enligt en fal-

lande skala över tiden. De första två veckornas sjukhusvård ger betydligt mer betalt till sjukhuset än dagsbetalningen vid längre vårdtid. Detta har dock tydligen ännu inte verkat som tillräckligt starkt incitament för att märkbart förkorta medelvårdtiderna (se tabell 4).

Läkarvård

Öppen vård

Läkaryrket är ett högstatusyrke i Japan. Det är också ett högavlönat arbete, som mestadels innehas av män även om det kvinnliga inslaget ökar snabbt. För att starta en hälso- och sjukvårdsorganisation (sjukhus, klinik el. dyl.) eller t. o. m. administrera en sådan krävs läkarexamen. Antalet läkare överskred 200 000 för första gången 1988, vilket innebär 164,2 läkare per 100 000 invånare. I Sverige var antalet läkare 264 per 100 000 invånare 1985. Den geografiska fördelningen av läkare i Japan är ojämn. Det finns en överetablering i storstäderna medan regioner, främst de nordöstra, med ett underskott av läkare, har ned till 100 doktorer per 100 000 invånare. Av de 200 000 läkarna arbetar 75 000 i öppenvårdspraktik, de flesta av dem (90 %) som ägare till sin egen praktik (Kokusei-sha, 1990/91). 35 % ägde och drev egen praktik. 18,5 % (37 000 personer) var anställda vid undervisningssjukhus.

Patient-läkarrelationen

Relationen mellan läkare och patient är motsägelsefull i Japan. Å ena sidan har läkare stor auktoritet; å andra sidan finns det en halvt oprofessionell inställning bland läkare att patienten skall ha det han vill (behandling eller medicin) även om det inte helt stämmer med läkarens uppfattning. Relationen mellan läkare och patient handlar mycket om ömsesidig tillit. Många läkare anser inte att man skall tala för mycket med patienten. Det är t. ex. inte ovanligt att cancersjuka patienter kan bära sin sjukdom i årtal och t. o. m. dö i den utan att ha fått veta vad man led av.

Det finns en ordlös kommunikation s. k. belly talk (hara gei) som tillsammans med finkänsligheten i det japanska språket bildar ett doktor/patientspråk. Skulle patienten ställa direkta frågor om behandling och diagnos kan det uppfattas som att ifrågasätta läkarens kunskap, auktoritet och omdöme. Mötet med läkaren varar normalt enbart 2–3 minuter. Ofta följer flera återbesök på den första konsultationen, bl. a. för att patienten skall få påfyllning av medicin. I medeltal besöker japanen sin läkare 15 gånger om året jämfört med amerikanens omkring 5 besök och svenskens 3–4 besök per år (Powell & Anesaki, 1990; Iglehart, 1988). (Mer intressant att läsa om detta finns i Ohnuki-Tierney, 1984.)

Läkarna och läkemedelsdistributionen

Läkarna förskriver läkemedel från sitt eget apotek eller förråd och kan därmed i nuvarande ersättningssystem till sin vanliga ersättning förvänta en 20 % vinst på läkemedel. Mer än en tredjedel av totala sjukvårdskostnaderna hänförs till läkemedel. I det offentligt administrerade socialförsäkringssystemet stod läkemedel 1980 för 38,2 % av sjukvårdskostnaderna och ser man enbart till kostnader knutna till öppenvårdskliniker blir motsvarande siffra 44 % av totala sjukvårdskostnaderna.

Patienternas valmöjlighet

Den som vänder sig till en sjukvårdsinrättning har bara att visa sitt försäkringskort och har därmed tillträde till vilken vårdinrättning som helst som han eller hon föredrar. I princip är samtliga sjukvårdsorganisationer anslutna till sjukförsäkringssystemet. De enda organisationer som kan vara undantagna är de populära inrättningar som sysslar med traditionell kinesisk medicin. Det finns en stark tilltro till denna behandlingsform i Japan, men den är endast delvis ersatt av försäkringssystemet. Sedan 1976 har ett drygt hundratal örtmediciner godkänts som läkemedel. De är därmed även godkända i försäkringssystemet. Avdelningar för orientalisk medicin finns på en del sjukhus, även de offentligt ägda sjukhusen. För att vara legitimerad tillämpare av traditio-

nell medicin (kampo) krävs genomgången utbildning och träningsprogram samt godkännande av prefekturen. Det finns ungefär 120 000 tillämpare av traditionella terapier i Japan, t. ex. akupunktörer, moxibutionister (besläktat med akupunktur, men med små brinnande koppar vid nålens ände), fingertoppsterapeuter (shiatsu-shi), judo-ortopeder (judo-sefukushi) och chiropraktiker. Utöver denna grupp betraktas också massage som en seriös traditionell behandlingsform (Powell & Anesaki, 1990).

Ersättningssystemets byråkrati

Pappersexercisen är omfattande på grund av de många olika försäkringssystemen. Japan Medical Association (JMA) har försökt få igenom ett enhetligt ersättningssystem, men är i huvudsak nöjd med fördelarna och frihetsgraderna med ett ersättningssystem som bygger på de åtgärder som vidtagits (fee-for-service). Tveksamheten från JMA's sida har gällt skalorna i poängsystemet och att vissa åtgärder inte ger underlag för ersättning. Den mera allvarliga kritiken från JMA riktas mot det segmenterade och splittrade systemet. Det krävs mycket administrativt arbete och kunskap för att fylla i alla blanketter och sköta faktureringen. JMA liksom sjukhusen är också kritiska till att ersättningen är densamma oavsett om läkaren är nyutexaminerad eller har erfarenhet och specialistutbildning. Patienternas egenbetalning är helt relaterad till Point-Fee-systemet. Läkare som är anslutna till försäkringssystemet (så gott som alla är det) måste hålla sig till enhetstaxorna. Som framgår av tabell 6 ovan ger en ordinär konsultation inga större inkomster. Point-Fee-systemet ger incitament till att göra något mer av varje undersökning. Några extra prover eller mer ingående undersökning ger extra poäng. Återbesök är ett måste liksom att få någon medicin med sig hem. Detta förväntar sig även patienten.

Centraliseringen av ersättningsutbetalningarna genom att skapa the Social Insurance Medical Care Fee Payment Fund har underlättat något men inte undanröjt problemen kring ersättningssystemet. Den stora mängden ersättningsärenden, över 500 miljoner behandlades 1980, och behovet av en systematisk konstroll var ytterligare motiv för att bilda fonden.

TABELL 7. Antal ärenden med ersättningsanspråk från the Social Insurance Medical Care Fee Payment Fund, 1950–1983.

År	Totalt antal Ärenden i miljoner
1950	40
1960	163
1970	327
1980	595
1983	511

Källa: Powell & Anesaki, 1990.

Kostnadsutveckling och kostnadskontroll

De totala utgifterna för sjukvård uppgick 1984 till cirka 5 000 kr per capita, vilket var lika med 6,3 % av nationalinkomsten. Detta avviker från andra länder med hög nationalinkomst, men siffrorna är svåra att jämföra. Det uppskattas att den officiella statistiken i Japan missar personliga utgifter inom hälso- och sjukvårdsområdet, som inte täcks av socialförsäkringen (typ hälsokontroller, traditionell medicinsk behandling, viss mödravård, viss extraservice inom sjukhus som kostnaden för en och två-bäddsrum), motsvarande ytterligare 3–4 %. En mer korrekt siffra för de totala utgifterna för hälso- och sjukvård relaterat till nationalinkomsten skulle ligga på 9 till 10 %. På senare år har regeringar i olika länder och med olika politisk färg kämpat med kostnadskontrollen och -utvecklingen inom hälso- och sjukvården. Den starka ekonomiska tillväxten i Japan gav ett ekonomiskt klimat som gynnade tillväxt av den offentliga sektorn. En sådan utveckling skedde på 60-talet, men på en betydligt lägre nivå än i västeuropeiska länder. Skattetrycket ligger 40 till 50 % lägre än i jämförbara länder, bortsett från USA, som ändå ligger klart högre än Japan. Omfattningen av socialförsäkringssystemet relaterat till nationalinkomsten visar upp större differenser mellan industriländerna. Japan ligger här på ungefär samma nivå som Storbritannien och USA men under hälften av Sveriges och f. d. Västtysklands nivå, samt på enbart cirka 35 % av Frankrikes

nivå. Det låga skattetrycket och utgifterna för socialförsäkrings-skyddet anses ha två huvudskäl: a) en låg andel äldre i befolkningen, b) ett sent och svagt utvecklat pensionssystem.

Utgifterna för sjukvård i Japan har ökat snabbare än den ekonomiska tillväxten på senare tid. Det finns fyra huvudorsaker till detta:

- Det accelererande antalet äldre i landet.
- Förändring av sjukdomspanoramat, med bl. a. en ökad dominans för kroniska sjukdomar.
- En stark utveckling av medicinsk teknologi och nya mediciner och behandlingsformer.
- Allmänhetens högre förväntningar och kunskaper, som medför ökad konsumtion av hälso- och sjukvårdsresurser.

Medvetenheten om behovet av kontroll av kostnadsutvecklingen inom hälso- och sjukvårdsområdet har kommit sent i japansk politik. Sedan i början av 1980-talet har man från regeringens håll på allvar börjat försöka aktivt kontrollera kostnaderna. Samtidigt finns det en stor pessimism över möjligheterna att kunna stabilisera eller frysa utvecklingen. Den demografiska utvecklingen anses göra det omöjligt att hejda en fortsatt stark expansion av sjukvårdssektorn. I hög utsträckning betalas sjukhus och kliniker helt enligt sina ersättningsanspråk. I enbart 1 % av alla ersättningsärenden förvägras sjukvårdsleverantören betalning. I den mån poängsystemet ger dålig utdelning eller viss behandling faller utanför ersättningssystemet har sjukhusen lärt sig att styra faktureringen så att man "tar igen på gungorna vad man förlorat på karusellen". För att täcka en del av de ökande kostnaderna för de äldres sjukvård måste sedan 1982 de anställdas försäkringsorganisationer bidra till NHI. Motivet för detta är att de som pensioneras från företagen förs över till NHI, vilket naturligtvis leder till helt olika villkor för försäkringsorganisationerna. Från denna tid bidrar också kommuner och prefekturer till NHI. År 1983 till 1986 skedde som en följd en mycket svag ökning av de statliga utgifterna för sjukvård från 4 450 miljarder yen till 4 460 miljarder yen, medan de anställdas försäkringsorganisationer ökade utbetalningarna från 7 640 miljarder till 9 320 miljarder yen (Iglehart, 1988).

Patienternas egenavgift

Patienternas direkta egenbetalning i samband med vårdkonsumtionen har gradvis höjts under senare tid och man siktar till att nå en egenbetalningsdel på 20 %. Denna egenbetalning skall ske både i öppen och slutenvård. Som en följd av denna målsättning utvecklar nu försäkringsbolagen en försäkring som är anpassad för att täcka egenavgiften. Mellan 1970 och 1984 har fördelningen av utbetalningar från socialförsäkringen mellan sjukvårdsersättningar och pensioner förändrats. 1970 utgjorde enbart 24 % av pensioner medan motsvarande siffra för 1984 var 46 %. Sjukvårdsersättningarna har under samma period minskat från att vara nästan 60 % av utbetalningarna till att utgöra 40 % 1984.

TABELL 8. Trender i socialförsäkringens utbetalningar 1970–1984. Utbetalningar (miljarder yen).

År	Sjukvård %	Pensioner %	Övrigt %	Totalt	Nationalinkomsten
1970	2 076 58,9	856 24,3	592 16,8	3 524	60 875
1975	5 688 48,7	3 932 33,7	2 053 17,6	11 673	123 184
1980	10 658 43,3	10 471 42,6	3 475 14,1	24 604	194 036
1982	12 298 41,1	13 389 44,7	4 239 14,2	29 926	211 828
1984	13 431 40,0	15 557 46,3	4 589 13,7	33 577	239 757

Källa: Powell & Anesaki, 1990.

En faktor som bidragit till lägre kostnader för sjukvård i Japan är traditionen att familjen skall ta hand om de behövande, särskilt den äldre generationen. Under senare år har emellertid en högre grad av inskrivning på sjukhus uppmärksamrats. Sedan 1960 har antalet patientinskrivningar på sjukhus fördubblats. Antalet bäddar har också ökat med 150 % på 30 år. Denna ändring från öppenvård till slutenvård, förstärkt av de traditionellt långa vårdtiderna, pressar upp kostnaderna.

Högteknologi och prevention

Sjukhusens investeringar i högteknologisk utrustning har planat ut vilket delvis tillskrivs regeringens och prefekturernas informella påtryckningar. En del av den dämpade investeringstakten hänförs troligen även till en naturlig mättnad på marknaden. Det saknas emellertid verktyg att styra över den starkt sjukhusdominerade hälso- och sjukvården till primärvården och till hälsocentrens preventiva verksamhet. 1987 uppskattades utgifterna för hälsovård och prevention till ca 600 mdr yen, jämfört med totala hälso- och sjukvårdsutgifter på knappt 800 mdr yen samt total offentlig konsumtion omfattande ca 120 mdr yen samma år (Ikegami, 1989). Hälsovård och prevention omfattar således ca 8 % av totala utgifterna för hälso- och sjukvård i Japan. Den öppna primärvården i Sverige motsvarar 11 % av bruttokostnaderna för hälso- och sjukvården. (Verksamheterna är sannolikt inte helt jämförbara.)

Vårdutnyttjande och kvalitetskontroll

Sjukhusens öppenvårdsavdelningar är ofta överfyllda under morgontimmarna. Tidsbeställning existerar sällan. Patienten måste anmäla sig och sedan vänta i kö på sin tur. Genomströmningen på dessa öppenvårdsavdelningar är mycket hög. På de välrenommerade universitetssjukhusens öppenvårdsmottagningar kan patienttillströmningen ligga på mellan 2 500 och 4 000 patienter per dag (Kawakita, 1989). Det är en svag tendens att sjukhusen ökar öppenvårdsverksamheten mer än slutenvården. Inom de i huvudsak privata läkarpraktikerna är tendensen den motsatta. Kostnaderna för slutenvård ökar i något snabbare takt än mottagningsverksamheten trots den fallande ersättningen vid längre vårdtid (se tabell 6).

TABELL 9. Kostnader för sluten- och öppenvårdpatienter (i miljarder yen).

	1962	1975	1983
Totala kostnader	612	6 478	14 544
Sjukhus, slutenvård	207	2 264	5 569
Sjukhus, öppenvård	88	1 036	2 881
Läkarpraktik, slutenvård	272	279	561
Läkarpraktik, öppen	215	2 332	4 188

Källa: Social Insurance Agency, 1989.

Vård dagar och läkarbesök

I utnyttjande av slutenvård finns det två faktorer som skiljer Japan från de flesta andra länder: relativt lågt antal inskrivningar i slutenvård samt en mycket hög medelvårdtid i slutenvård. OECD-data visar en inskrivningsgrad på 6,7 % av öppenvårdspatienter i Japan jämfört med Frankrike 11,8 % och Sverige 19,2 % under 1983.

Denna låga inskrivningsnivå tillskrivs delvis hälso- och sjukvårdens uppbyggnad med många små öppenvårdskliniker, som i huvudsak ägnar sig åt korttidsvård. För att definieras som klinik skall man ha högst 19 vårdplatser och normalt inte skriva in patienter längre än 48 timmar. Antalet bäddar per capita i Japan borde medföra en högre inskrivningssiffra. Det visar internationella jämförelser. I fallet Japan utgör här den kulturella faktorn ett starkare incitament än tillgängligheten av bäddar per capita. Däremot, när man väl blivit inskriven, är medelvårdtiden på sjukhus extremt lång jämfört med andra länder.

Även om statistiska jämförelser inte bygger på perfekt material har Japans medelvårdtid, 1983 på 49,1 dagar, en helt annan omfattning än jämförbara OECD-länder. Här påverkar förhållandet läkare och patient inskrivningstidens längd. När en patient väl är inskriven har och tar läkaren fullständigt ansvar för patientens återställda hälsa. Det betraktas då ofta som mer bekvämt för både patient och läkare att patienten stannar på sjukhuset tills full hälsa återvunnits. Detta förhållande förstärks av att arbetsplatsen slutar ha förväntningar på en patient som är inskriven på

sjukhus. Då går man in i en ny relation där den sjuke möts med omsorg och får presenter.

Utvärderingar

Patienterna kan visa med sin efterfrågan om man accepterar ett visst bemötande och en viss vårdkvalitet. Möjligheten att välja läkare, mottagning eller sjukhus utnyttjas. Däremot sker så gott som inga utvärderingar där patienten tillfrågas av sjukvårdsorganisationen om tillfredsställelsen med vården.

Prefekturernas årliga kontroll utgör också en form av utvärdering. I huvudsak är innehållet i den kontrollen begränsad till kvantitativa och fysiskt mätbara egenskaper hos vårdorganisationen.

Äldreomsorg

En åldrande befolkning

Den ökande andelen äldre bland Japans befolkning började märkas av under 1970-talet. Mellan 1950 och 1990 ökade andelen äldre (65 år och äldre) i befolkningen från 5 till 12 %. De senaste prognoserna visar att andelen äldre kommer att vara 20 % år 2010. Jämfört med många andra länder sker denna utveckling på mycket kort tid i Japan. I Sverige tog ökningen från 10 till 18 % äldre av befolkningen 40 år. Motsvarande utveckling i Japan väntas ta mellan 10 och 20 år (Anbäcken, 1990). Antalet äldre i de stora städerna beräknas bli tredubblat inom en 30-årsperiod (3,6 gånger i Tokyo-området). 1985 uppskattades antalet sängbundna äldre till 600 000 individer. Man beräknar att antalet sängbundna åldringar kommer att fördubblas till år 2000. Med sängbundna menas då personer som 24 timmar om dygnet vistas till sängs. Den gamle kan t. o. m. uppmuntras att ligga, som en slags rättighet till vila på ålderdomen. Det finns här en konflikt mellan traditionen på vårdhemmen och regeringens målsättning att de helt sängbundna skall minskas kraftigt. Den arbetsgrupp som

arbetat med befolkningsprognoserna föreslår att antalet rehabiliteringsenheter för äldre ökas från den nuvarande låga nivån 300 till 115 000 enheter (kliniker) på en 10-års period.

Av samtliga japaner som 1987 var 65 år och äldre var cirka 4,5 % patienter i slutenvård. Ytterligare 1,5 % var knutna till vårdhem eller ålderdomshem. Institutionaliseringsgraden har ökat kraftigt sedan 1970-talet.

600 000 personer med senil demens är utan vård i formell mening. Vården sköts av familjen eller av informell frivilligvård. Hälso- och sjukvårdsministeriet beräknar att antalet kommer att öka till 1,1 miljon år 2000 och till 1,85 miljoner år 2015 (Kokuseisha 1989/90).

Samtidigt som andelen äldre och medellivslängden ökar i befolkningen, ändras en del kulturella mönster som påverkar de äldres situation i Japan. Traditionen att älste sonens familj skall ta hand om de gamla föräldrarna håller på att brytas.

TABELL 10. Hushåll som inkluderar någon 65 år eller äldre. Storlek i % av totala antalet hushåll.

År	Total	Singel hushåll	Gifta par utan barn	Gifta par & singel Hushåll m. barn*	Tre gene- rationers hushåll	Övriga husåll
1972	100	8,1	11,3	11,4	55,8	13,3
1975	100	8,6	13,1	9,6	54,4	14,4
1980	100	10,7	16,2	10,5	50,1	12,5
1985	100	12,0	19,1	10,8	45,9	12,2

Källa: Sonoda, 1988.

* Barnen lever i eget hushåll.

En attitydförändring håller på att ske både hos den äldre och yngre generationen. En ökad andel äldre vill om möjligt sköta sig själv och en ökad andel yngre vill slippa bo tillsammans med och ta ett fullständigt ansvar för sina gamla föräldrar.

Detta förstärks av en ökad förvärvsfrekvens hos kvinnor. Japanska kvinnor närmar sig länder som Tyskland och England i förvärvsfrekvens medan länder som Italien och Spanien ligger betydligt lägre.

TABELL 11. Kvinnors förvärvsfrekvens i olika åldersgrupper i fyra länder.

	Ålder											
	20-24		25-49		50-54		55-59		60-64		65+	
	1960	1980	1960	1980	1960	1980	1960	1980	1960	1980	1960	1980
<i>Japan</i>												
kvinnor	69,3	71,1	53,2	54,5	54,5	58,6	48,6	50,7	39,9	38,8	21,0	16,2
<i>Sverige</i>												
kvinnor	57,2	71,3	36,8	78,1	35,5	77,8	31,5	66,4	21,3	41,4	4,6	2,6
<i>Italien</i>												
kvinnor	44,9	54,5	29,9	41,1	24,6	28,8	17,8	16,9	13,0	8,2	5,6	1,7
<i>Spanien</i>												
kvinnor	27,8	48,2	16,1	23,3	17,2	17,7	16,6	16,1	15,2	11,9	10,4	2,3

Källa: de Jouvenel, 1989.

De äldres egenbetalning

Gratis sjukvård för äldre från 1973 skapade en kraftig ökning i utnyttjandegrad av tillgänglig service och resurser utöver den ökning som motiverades av åldersgruppens tillväxt. På grund av ersättningssystem och läkemedelsdistribution via läkarna får japanska hälso- och sjukvårdssystemet en inriktning mot kurativ verksamhet snarare än preventiv. Detta fick skeva effekter inte minst i vården av äldre kroniskt sjuka. Det talades om "äldre-påsen", vilket var en standardpåse med läkemedel som tilldelades den gamle i samband med läkarbesöket, gratis för den äldre personen och med 20 % vinst för läkaren. Detta gav incitament till en överkonsumtion av läkemedel. Med anledning härav upphörde de fria läkemedlen för äldre 1983. I samma reform uppmuntrades också en ökad inriktning mot prevention och hälsovård för äldre. Varken dessa rekommendationer eller den ökade egenbetalningen för de äldre har ännu medfört någon dämpning i ökningstakten av de äldres hälso- och sjukvårdskonsumtion. Den äldre befolkningen reagerar tydligare på kostnadssänkningar. Detta illustreras av den kraftiga ökning av sjukvårdskonsumtionen som inträffade då den fria vården infördes för de äldre år 1973. Sjukvårdskostnaderna för de äldre, som utgjorde 10,8 % av de totala kostnaderna, steg med 55 % till följande år. 1986 utgjorde sjukvårdskostnaderna för de äldre 30,1 % av nationens totala utgifter för sjukvård (Iglehart, 1988).

TABELL 12. Utveckling av sjukvårdsutgifterna för äldre.

	<i>Sjukvårds- utgifter för 65 +</i>	<i>Ökning i % samma år</i>	<i>Sjukvårdsutgifter för 65 + Per capita *</i>	<i>% av bruttoavgift</i>
1973	4 289*		101**	10,9***
1974	6 652	55,1	148	12,4
1975	8 666	30,3	184	13,4
1980	21 269	14,9	360	17,8
1985	40 673	12,7	499	25,4
1987	48 309	8,9	549	26,7

Källa: Powell & Anesaki, 1990.

* 100 milj yen, motsv 4 milj SEK i växelkurs jan. 1991.

** 1000 yen, motsv 40 SEK.

*** % av totala utgifterna för sjukvård.

Enligt långsiktsprognoiser (av OECD och IMF) kommer offentliga utgifter för hälso- och sjukvård och särskilt för pensioner att öka väsentligt, särskilt i Japan, fram till år 2040. Detta antagande utgår från att hälso- och sjukvårdskonsumtionen inte kommer att öka i realtermer i någon åldersgrupp, att den ökade medellivslängden blir två år under hela perioden och att fertiliteten ökar gradvis till 2,1 år 2050. Då kommer hälso- och sjukvårdsutgifterna att öka från index 100 år 1980 till 117 i Sverige och till 146 i Japan.

TABELL 13. Befolkningsutvecklingens påverkan på utgifter för hälso- och sjukvård 1980–2040.

	1980	2000	2020	2040
Japan	100	135	151	146
Sverige	100	107	114	117
UK	100	104	108	121
USA	100	121	152	178

Källa: de Jouvenel, 1989.

Men prognoserna är t. o. m. värre om vi lägger den tendentiella ökningen av hälso- och sjukvårdskonsumtion till ovanstående utveckling. Det skulle ge anledning till extremt oroväckande tillväxttakt (Iglehart, 1988).

TABELL 14. Framtida utveckling av hälso- och sjukvårdsutgifter om realkonsumtionen per capita ökar i samma takt som under 1975–1984.

	1980	2040
Japan	100	1 725
Sverige	100	433
UK	100	262
USA	100	435

Källa: de Jouvenel, 1989.

Ledning och styrning

Högsta ansvariga organ inom hälso- och sjukvården i Japan är Ministry of Health & Welfare (Koseisho). Jämfört med svenska Socialdepartementet är Koseisho mycket stort. Där finns ett stort antal byråer och avdelningar. The Minister's Secretariat är ansvarigt för kommunikationen mellan parlamentet, the Diet, och Koseisho. Sekretariatet ansvarar också för publicering av material omkring hälso- och sjukvårdens administration och organisation. The Health Policy Bureau som organiserades så sent som 1984 ansvarar för övergripande policy inom prevention, hälsovård och rehabilitering. The Health Service Bureau administrerar de nationella (specialist-) sjukhusen och sanatorierna (TB). The Department of Health for the Aged, vars nyutnämnde chef är svensktalande och f. d. socialattaché i Stockholm, ansvarar för hälso- och sjukvården för äldre. Inom denna verksamhetsgren finns det flera specialister med sverigebäddade intressen inom Ministeriet. The Pharmaceutical Affairs Bureau handhar det mycket komplexa regelsystemet för tillverkning, import och försäljning av farmaceutiska produkter, inklusive kosmetika. The Health Insurance Bureau leder planering och organisationen av National Health Insurance, NHI. Det finns bl. a. också en Children and Families Bureau och ett Statistics and Information Department. Varje byrå eller avdelning har sina egna planerings- och utredningsfunktioner. Man har också resurser för forskning och utveckling inom sitt ansvarsområde.

Trots denna stora och mångfacetterade organisation har Koseisho få tvingande instrument för att implementera sina rekommendationer förutom via det svåradministrerade socialförsäkringssystemet. Lokala och regionala myndigheter tar självständigt ställning till rekommendationerna och beslutar om åtgärder. Koseisho finansierar så gott som aldrig några utvecklingsprojekt eller -program helt själv, utan den mesta delen av kostnaderna måste bäras av andra organisationer eller lokala myndigheter.

Japan Medical Association

Japan Medical Association (JMA) är en mycket kraftfull intresseorganisation. JMA har både regionala och lokala kontor som tillvaratar läkarkårens intressen. Under några årtionden i mitten av 1900-talet utgjorde JMA en inflytelserik maktfaktor. Inflytandet kan illustreras av ett rykte, som säger att det var omöjligt att tillsätta ministerposten i Koseisho utan att premiärministern först konsulterat JMAs mäktige president Taro Takemi. Takemi avgick 1982 efter att ha dominerat organisationen och policyfrågor inom hälso- och sjukvården i landet i 25 år. Först efter hans avgång kunde regeringen på allvar angripa den accelererande kostnadsutvecklingen.

Regionala och lokala myndigheters roll

The Health Centre Law, 1947, lade på prefekturer och kommuner att utveckla lokala hälsobyråer eller -avdelningar. Dessa skulle i sin tur bygga upp allmänna hälsocentraler med fri service till invånarna. 1985 fanns det 855 hälsocentraler, varav 650 etablerats av prefektkontoren och resten av primärkommunala myndigheter. Koseishos planer att ett nätverk av 4 000 hälsocentraler skulle startas före 1988 kunde inte genomföras bl. a. i brist på tydliga incitament. Japanska hälso- och sjukvården karaktäriseras fortfarande av en stark separation mellan organisation och planering av allmänna hälsovårdsprogram och den direkta sjukvården. Sporadiskt försöker man ibland samordna de två grenarna inom hälso- och sjukvården, men hittills utan att lyckas.

Från Koseisho är de långsiktiga policysignalerna till sjukhusen tvetydiga. En policy som drivs är att vård och omsorg skall utvecklas med privata investeringar. Lån med subventionerad ränta kan möjligen utgå i vissa fall. En annan signal är en viss irritation över denna samhällssektors kommersialisering. I viss mån oroas man även av en tendens till kommersialisering av äldreboende och äldreomsorg. The Silver Market är ett etablerat begrepp för affärsmöjligheterna knutna till den äldre generationen inom japansk industri och affärsvärld. De stora företagen har ofta en Division of Human Care som skall bevaka utveckling och affärsmöjligheter inom vård och omsorgssektorn.

Koseisho vill öka de privata sjukhusens ansvarstagande i den omgivande regionen. Sjukhusens ansvar får inte stanna vid sjukhusdörren. Man vill att sjukhusens administration skall utvecklas till att samordna hälsovårdsinsatser och prevention i det omgivande samhället. Än så länge finns inga kraftfulla styrinstrument att påverka sjukhusen i den riktningen.

Svagt utvecklat remissförfarande

Japans historiska arv påverkar samhället på flera sätt. Feodalsamhällets hierarkiska struktur slår igenom på alla nivåer. Inom sjukvårdsområdet finns en, för japanerna, tydlig hierarkisk ordning. Om det är officiellt eller inte är svårt att utröna, men en tydlig tio-i-topp lista över sjukhusens rangordning finns både nationellt, regionalt och lokalt. Universitetssjukhusen har också nätverk av personsamband till sjukhus och kliniker, vars läkare examinerats från universitetet. Dessa samband bygger mest på tradition och personliga anknytningar. De är starka inofficiellt, traditions- och relationsmässigt, men svaga på ett professionellt plan. Sjukhusen/klinikerna konkurrerar ju dessutom om patienterna. Remissförfarandet är således svagt utvecklat i Japan. Ledande företrädare för Koseisho anser att detta är ett viktigt område som måste utvecklas i framtiden för att få ett bättre utnyttjande av institutionernas kompetensnivå.

I ett tillägg till Medical Service Law, 1983, föreslogs att prefekturerna skulle utveckla regionala sjukvårdsplaner och att koordineringen och det strategiska utvecklingsarbetet på regional nivå

skulle skärpas. 1989 hade alla 47 prefekturer lyckats producera en plan, men tyngden låg fortfarande på sjukhus och antal bäddar i dessa planer. Sjukhusens självständiga ställning gentemot offentliga myndigheter har hittills gjort all formell samverkan mellan institutioner verkningslös.

Framtid

Om något förändras i Japan så sker det långsamt, om det någonsin sker, har någon sagt. Detta gäller även inom hälso- och sjukvården. Stora förändringar har naturligtvis skett. Landets alla 123 miljoner invånare har en socialförsäkring och har tillgång till sjukvård. Denna utveckling har skett under bara en mansålder. Samtidigt är Japan under ytan samma nation sedan generationer tillbaka.

Koseishos ambitioner för framtiden är höga. Man anger som mål att Japan skall vara ett dynamiskt välfärdssamhälle som ger ett aktivt bidrag till världssamfundet inom omsorg, hälso- och sjukvård. Trots patienternas valfrihet, den universella socialförsäkringen och den relativt goda tillgängligheten av sjukvårdsresurser är det helt klart familjen som är det yttersta säkerhetsnätet i Japan. En åldring som inte blir omhändertagen av egna barn måste vara beredd att betala avsevärda summor för att köpa sig ett tryggt boende med bra standard och god omsorg. En handikappad eller långtidssjuk lever i en socialt otrygg situation om han saknar egna pengar att betala sin omsorg. För den som har en trygg anställning och en god privatekonomisk situation, det har de flesta i Japan, är en kortvarig sjukdom inget problem. Då finns det gott om resurser tillgängliga. Medeljapanen har motsvarande cirka 500 000 SEK i sparkapital.

När man ser framåt och prövar vilka områden som är i behov av utveckling och vad som håller på att förändras är det fem områden som främst bör diskuteras:

- Personalen, dess utbildning och kompetensutveckling, samt värderingsförändringar.
- Sjukhusens nya roll som komponenter i ett nätverk inom hälso- och privatvårdsutveckling i samhället.

- Myndigheterna, d. v. s. prefekturer, kommuner och hel- eller halvstatliga organisationer, som går in i direkta vårdinsatser.
- Utveckling av vård och omsorg i hemmen sant offentliga myndigheters, privata organisationers och allmänhetens förändrade attityd till hemvård.
- Kvalitetstänkande och kvalitetssäkring inom vård och omsorg.

Personal

Medicinsk utbildning håller en ojämn standard i Japan. Särskilt i specialistutbildningen håller institutionerna olika nivå på utbildning, examination och forskning. Ingen gemensam nationell norm för utbildningen är fastställd. Affilieringssystemet, där undervisningssjukhus knyts, informellt men hårt, till en utbildningsinstitution får både positiva och negativa konsekvenser. Det leder till att personalförsörjningen tryggas för sjukhusen. Professorn fördelar de nytexaminerade till olika institutioner utan några kraftigare protester. Detta upplevs mestadels som en trygghet för kandidaten. En negativ konsekvens kan uppstå i det relativt slutna systemet. Genom att rekryteringen hela tiden sker från samma källa konserveras även negativa förhållanden.

De 43 statliga universiteten och högskolorna (Medical colleges), de 8 med städer som huvudman och de 29 privata universiteteten med medicinarutbildning ingår i en klar rangordning som alla inom fältet känner till. Tokyouniversitetet, eller Todai som det kallas, har en särställning jämförbar med Oxbridge, Harvard och Yale. Har man väl lyckats bli inskriven vid Todai är framtiden säkrad, nästan oavsett studieresultatet. Bland de privata universiteten ligger Keio och Waseda högst i rang. Det är mycket kostsamt att gå på universitet. Inträdesavgift och terminsavgifter kan verka avskräckande för en svensk betraktare. Årligen tas cirka 8 000 nya studenter in till medicinarutbildningar i landet. 30 % av dem har en förälder (far) som är medicinare.

Hälso- och sjukvårdens beroende av många små, oftast privat ägda sjukhus och privatpraktiker leder till problem för vidareutbildning och kompetensutveckling av personalen. Detta påverkar mest negativt inom primärvård och långtidsvård med låg teknisk intensitet.

Omvårdnadsteori och -utveckling har ingen framträdande plats i japansk sjukvård. Inom mer högteknologisk medicin utvecklas ett samarbete mellan medicinsk personal och producenter av utrustning, varvid den senare även kan se utbildning som en marknadsföringsåtgärd.

Ett annat problem är den vanliga blandningen av akutvårds- och kroniskt sjuka patienter inom sjukhusen. Denna blandning leder till ineffektivt utnyttjande av personalens kompetens.

Generellt saknas ofta en stark och systematisk kompetensuppbyggnad och en professionell anda eller vilja till livslång utbildning, vidareutbildning och kompetensutveckling inom sjukhusen.

Sjukhusens roll

Sjukhusen förväntas ta en ny och mera aktiv roll i samhället i framtiden. Hittills har regeringens politik präglats av *laissez-faire*. Det enda som varit intressant för kontrollmyndigheter när det gäller sjukhusets inre angelägenheter är sanitära förhållanden, hygien och ersättningen från försäkringssystemet. Ett av huvudproblemen gäller samverkan mellan olika nivåer inom sjukvården. Samarbetet mellan primär, sekundär och tertiär vård fungerar illa. Läkarnas tredubbla roll som doktor, administratör och affärsman leder till en tendens till att man vill behålla sin patient. Det finns svaga incitament för att sända patienten vidare till en annan vårdnivå så länge man får fullt betalt för honom. Inom socialförsäkringssystemet prövar man nu introduktionen av ersättning för remittering av patienter till annan vårdnivå.

Framtidsförhoppningarna från politiker och centralbyråkrater är att sjukhusen skall ta ett större samhällsansvar. Bland annat önskar man att sjukhusen skall utveckla program för utbildningsinsatser inom sin geografiska närhet, både till personal och allmänhet. Man skall vara en knut i ett nätverk där kunskap och information kommuniceras både till personal, patienter och allmänhet. Sjukhusen bör organisera hälsosymposier, ordna med (hälso-) klubbverksamhet, samt bli mer aktiva och starta aktionsprogram inom hälso- och primärvården.

Marknadsföring och reklam för en bestämd vårdinstitution är

förbjuden i lag (dock inte för läkemedel). Här finns en möjlighet för sjukhus att skapa goodwill om man tar på sig denna samhällsbefrämjande och utvecklande roll. Däri ligger också en möjlighet till att förhoppningen förverkligas.

Myndigheternas roll

Det sägs ibland att myndigheterna lämnat not-for-profit-ideologin (Kawakita). Med det menar man att man inte bara vill välkomna privata initiativ utan också tillåta vinstintressen inom vård och omsorg. Ännu är detta ingen allmän tendens, men kryphålen i lagstiftningen och möjliga nischer håller på att utnyttjas med makthavarnas goda minne. Dessa intressen styr dock enbart mot sektorer där det finns en potentiell inkomstbringande marknad.

Stödet till långtidssjuka, utvecklingsstörda, handikappade och psykiskt sjuka är dåligt. Det normala är att familjen får ta ansvar för sådana behov. Visserligen utgår socialbidrag för vissa kostnader, men det är en stark stigmatisering knuten till denna typ av bidrag. Offentliga myndigheter kommer troligen att mer aktivt uppmuntra och stödja frivilliga organisationers initiativ för svaga grupper i samhället. Flera projekt startar nu där privata initiativ och satsningar stöds av kommuner och prefekturer.

Hemtjänsten och hemsjukvården

Hemtjänst och hemsjukvård står inför en stor expansion i Japan. I en undersökning svarar över 50 % av hushållen att man är beredd att använda sig av hemtjänst om den erbjuds. Enbart 12,5 % av respondenterna sätter villkoret att tjänsten skall vara gratis. 35 % av dem som är över 60 år vill inte ha denna tjänst från någon utanför familjen. Motsvarande siffra för respondenter under 60 år är 22,7 % (MHW 1988). Detta visar att det som var omöjligt för några år sedan, att någon utanför familjen skulle ta ansvar för vård i hemmet, det är nu möjligt.

Ett problem för hemsjukvården och hemtjänsten är den låga bostadsstandarden. De flesta hushåll är utrustade med avance-

rad elektronik men är efter svenska mått mycket trånga. Fortfarande saknar också en del oftast äldre hushåll vettiga sanitära förhållanden.

Kvalitetsutveckling

Läkarförbundet har nyligen tagit initiativ till att utveckla manualer eller kvalitetskriterier för in- och utskrivningar på sjukhus samt för omvårdnadsstandards (Kawakita, 1990). Vägen till förändring är dock lång. Kvalitetscirkelarna inom industrin har inte nått motsvarande popularitet inom sjukvården. Vårdpersonalen blir en ganska passiv passup till läkarkollektivet. Behovet av ett ökat team-arbete, inte minst inom primärvården är stort. Sakta men säkert kommer troligen sjuksköterskorna att förstärka sin professionella ställning även i Japan.

Slutsatser och lärdomar

Vi skall här till sist granska några karaktäristika, frågor och problemområden hos hälso- och sjukvården i Japan som är speciellt intressanta för Sverige. Vi skall diskutera konsekvenserna av olika arbetsmodeller och kulturella skillnader samt de eventuella lärdomar för omvärlden som kan dras ur detta.

Först diskuteras de informella och frivilliga inslagen i hälso- och sjukvården. Det sistnämnda är ett område som saknas i någon omfattande organiserad form i Sverige, men som kan komma att bli viktigt i framtiden. Därefter kommenterar vi mortaliteten och morbiditeten och dess relation till systemet. Som ett tredje viktigt område, både för Japan och Sverige, skall vi beröra valfrihet, tillgänglighet och jämlikhetsaspekter kopplade till kvalitetsproblemen i den japanska hälso- och sjukvården. Till sist diskuterar vi kontrollen av kostnadsutvecklingen i Japan. Denna fråga är av globalt intresse.

Informellt och frivilligt arbete

Det frivilliga och informella inslaget i Japans hälso- och sjukvård är och har alltid varit stort. Det betraktas som helt naturligt att frivilligorganisationer och familjen tar ett väsentligt ansvar i vården. Det räknas som naturligt att en man i karriären som skall på en viktig läkarundersökning eller skall skrivas in på sjukhus tar med sig en kollega eller vän som stöd till det första besöket. Det har delvis blivit en motvikt till opersonlig professionalisering och teknifiering av vården.

Stödet till frivilliginsatser är ofta ekonomiskt marginellt. En frivillig hemtjänstorganisation kan t. ex. få bidrag till resekostnader eller man kan få förmånliga lån till investeringar. En konsekvens av att frivilligorganisationernas verksamhet uppmuntras och gärna glorifieras av myndigheter har blivit att många engageras. För den stora kadern av hemmafruar är det mer regel än undantag att göra en insats i en frivilligorganisation. Man brukar säga att grovt räknat minst 25 % av Japans befolkning deltar eller har deltagit i sådant arbete.

En annan konsekvens är en bred folklig medvetenhet och intresse för hälsa och sjukdom samt hälsobefrämjande åtgärder både på individuell och organisatorisk nivå. Den begränsade utvecklingen av professionalisering inom vårdområdet har troligen fått det breda engagemanget som konsekvens.

En lärdom som kan dras utifrån svenskt perspektiv är att frivilligarbete och informella insatser tycks vara ömsesidigt stöjande varandra. Beredskapen till organiserat frivilligarbete är stor även med relativt små finansiella offentliga bidrag i Japan.

Morbiditet och mortalitet

Mätt i spädbarnsdödlighet och förväntad medellivslängd vid födseln har Japan ett imponerande hälsotillstånd. Dock tyder vissa uppgifter på att spädbarnsdöd under de allra första levnadsveckorna inte ingår i statistiken. Spädbarnsdödligheten per 1 000 födda har gått ned från 124,1 år 1930, 30,7 1960, 7,5 1980 till 5,0 1987. Under samma period har förväntad medellivslängd ökat från 44,82 till 75,61 år för män och från 46,54 till 81,39 år för

kvinnor. Hur mycket av denna positiva utveckling som beror på utbyggd hälso- och sjukvårdsservice respektive hög levnadsstandard, inkomst och utbildningsnivå är omöjligt att säga. De olika faktorerna stöder och förstärker varandra.

Kostens betydelse diskuteras i detta sammanhang. Japanernas relativt låga intag av fett och salt samt en hög konsumtion av fisk, grönsaker och osaltat ris har troligen spelat en viss roll. En ökad västerländsk (amerikansk) påverkan på kostvanorna sker nu. TV-reklamen flödar av snabbmat och köttträtter på amerikanskt sätt. I viss mån tycks detta redan avspeglats i sjukdomspanoramata med en ökande andel s. k. välfärdssjukdomar. Hälsoinformation och -propaganda från myndigheters sida saknas. Till exempel har tandhälsans betydelse inte fått samma genomslag i Japan som i Sverige. På japanska daghem kan man dela ut godis som en extra uppmuntran. Information och propaganda om tandhälsa har en betydligt lägre profil, jämfört t. ex. med läkemedelsreklamen. Problemen med tandhälsa är uppenbara i alla åldrar.

Japanens hårda arbetstakt är en allmänt omvittnad företeelse. För en utomstående betraktare kan arbetsdagarnas längd, de långa restiderna till och från arbetet, den korta semestern och den hårda sociala kontrollen på arbetsplatsen verka avskräckande. I Japan finns det även en dödsorsak, åtminstone halvofficiell, som benämns "att arbeta ihjäl sig". Trots detta är kanske inställningen till arbetet även en hälsofaktor för japanen i gemen. Den positiva attityden till arbete i sig, till arbetsplatsen och -gruppen är en viktig faktor för välbefinnandet. Att komma sent hem från arbetet betraktas t. o. m. som en statussymbol. Man är då en viktig person. Man har även i Sverige kommit till liknande resultat från undersökningar om välbefinnande och arbetstrivsel.

Valfrihet, tillgänglighet och kvalitetsproblem

Det tredje typiska draget hos hälso- och sjukvården i Japan är hög grad av valfrihet för patienten och relativt god tillgänglighet. De små sjukhusen och klinikerna är typiska inslag i stadsbilden, tätare förekommande än hamburgerbarer. Tillgängligheten är dock geografiskt ojämn, dels i förhållandet mellan stad och

landsbygd, dels i förhållandet mellan etablerad bebyggelse och snabbtväxande storstadsområden. Landsbygd och snabbt växande storstadsområden, som t. ex. Chiba, med miljonbefolkning i Tokyo-området, kan ha en avsevärt lägre täthet av läkare än det normalt tätbebyggda landet. Komplicerade kommunikationer är också ett hinder som kan bli mycket stort för en sjuk människa. Kanske svårigheten med resan till läkarmottagningen kan leda till (längre) inskrivning i sluten vård.

Den höga frekvensen av läkarbesök och de långa köerna utanför mottagningar (särskilt de med gott renommé) leder till hög produktivitet mätt som antal besök per tidsenhet. Den privata dominansen och betalningssystemet ger incitament till en hög produktivitet. Ett typiskt läkarbesök är dock mycket kort och ordfattigt. Patienten går från besöket med ett antal piller, ibland okunnig men tillfredsställd. Patientens valfrihet skapar ökat behov av information. Den goda valfriheten skapar frustration och behov av utveckling av kommunikationen mellan läkare och patient. Detta är inte ett specifikt japanskt problem. En ökad valfrihet skapar, även i Sverige, ett behov av information om alternativen för att valmöjligheten skall bli meningsfull för sjukvårdskonsumenten.

Ytterligare ett område där en kvalitativ utveckling efterfrågas är separering av akut och kronisk sjukvård. Personalkompetens och sammansättning av personalgrupper blir lidande av en otydlig fördelning av patienterna. I viss mån saknar sjuksköterskegruppen yrkesmedvetenhet och professionellt tänkande. Sköterskans roll blir ofta enbart att assistera läkaren. Patienternas förnöjsamhet, bristen på utvärderingar av vårdens kvalitet och betalningssystemets konserverande kraft påskyndar dock inte en förändring.

Kontroll av kostnadsutvecklingen

Jämfört med västliga länder är Japans utgifter för hälso- och sjukvård små relaterat till nationalinkomsten. Det gäller även om kalkyleringsmetoden kan diskuteras och att befolkningen har en lägre andel äldre jämfört med t. ex. Sverige. Huvudskälet till att kostnaderna hålls nere sägs vara det enhetliga ersättningssyste-

met. När konsumentprisindex steg med 490 % och lönerna med 1 387 % ökade ersättningen per behandling (enligt poängsystemet) enbart med 276 % (Ikegami 1989). Det finns också en tendens att ersättningssystemet gynnar läkare i primärvården snarare än specialister i tertiär vård. Detta har delvis lett till lägre kostnader genom att öppenvård snarare än sjukhusvård har uppmuntrats. Dominansen av privata ägare till kliniker och sjukhus kan också vara en förklaringsfaktor. Arbetsfördelningen mellan olika professioner är inte lika rigid inom den privata vården. Den långa medelvårdtiden borde vare en kraftigt kostnads-höjande faktor. Delvis hävdas det att en av orsakerna till den långa medelvårdtiden är bristen på professionella sjuksköterskor. Den långa medelvårdtiden till totalt tillfrisknande kostar emellertid enbart 20–25 % av motsvarande kostnader i USA, som har en betydligt högre patientdagskostnad. Regeringens grepp om socialförsäkringssystemet och dess beredskap till förändringar är en viktig faktor som inger förhoppningar för den framtida utvecklingen när det gäller kontrollen av kostnadsutvecklingen i Japan. Möjligen kan man hysa vissa farhågor för svagare gruppers situation inom vård och omsorg.

Referenser

- Anbäck, E.-M., *Cultural Implications on Traditional and Modern Medicine in Japan*. 2nd Nordic Symposium on Japanese and Korean Studies, May 1990, University of Copenhagen.
- Ikegami, N., *The Japanese Health Care Financing and Delivery System: It's Experiences and Lessons for Other Nations*. International Symposium on Health Care Systems, Taipei, 1989.
- Iglehart, J.K., *Japan's medical care system*. The New England Journal of Medicine, Vol 319, p 807–812, No 12, Sept 1988.
- de Jouvenel, Hugues., *Europe's ageing population. Trends and challenges to 2025*. Futures (a co-publication), Guildford: Butterworth & Co., 1989.
- Kawakita, H., *Healthcare in Japan*. Japan-Hospitals. The Journal of the Japan Hospital Association. No 8, July 1989.
- MHW, *Health and Welfare Services in Japan*, Ministry of Health and Welfare, Tokyo 1988.
- MHW, *Point Fee System*, Ministry of Health and Welfare, Tokyo, 1991.
- Kokusei-sha, Co., *Nippon – a charted survey of Japan, 1990/91*, Tokyo, 1990.
- OECD, *Measuring Health Care 1960-1983: Expenditure Costs and Performance*. Social Policy Studies 2, Paris: OECD, 1985.
- Ohnuki-Tierney, E., *Illness and culture in contemporary Japan: an anthropological view*. Cambridge University Press, 1984.
- Social Insurance Agency, *Outline of Social Insurance in Japan*. Japanese Government, 1989.
- Powell, M. & Anesaki, M., *Health Care in Japan*. Routledge, London, 1990.
- The Japanese Society for Rehabilitation of the Disabled, *Rehabilitation in Japan*, 1988.
- SCB, *Hälsan i Sverige. Hälsostatistisk Årsbok 1990*, Statistiska Centralbyrån 1990.
- Sonoda, K., *Health and Illness in Changing Japanese Society*. University of Tokyo Press, Tokyo, 1988.

8. *Svensk hälso- och sjukvård i internationellt perspektiv*

Bengt Jönsson

Olika typer av hälso- och sjukvårdssystem

Som framgått av tidigare kapitel finns det stora olikheter mellan länderna när det gäller hälso- och sjukvårdens finansiering, organisation och styrning. Innan vi går in på en närmare analys av konsekvenserna av detta kan det vara på sin plats att försöka se om det är möjligt att göra en klassificering av de olika systemen. En naturlig grund för en sådan klassificering skulle kunna vara finansieringen. Vi kan då skilja mellan:

- Försäkringsfinansierade system
- Skattefinansierade system
- Planekonomiska system.

Denna uppdelning är inte fullständig och gränserna mellan de olika systemen är inte helt klara. Det finns olika typer av försäkringar, t. ex. privata och offentliga, och i praktiken förekommer skatte- och försäkringsfinansiering parallellt i de flesta länder, även Sverige. Uppdelningen kan dock användas för att åskådliggöra att olika länder står inför olika problem när det gäller reformering av hälso- och sjukvården.

Låt oss börja med de planekonomiska systemen, så som vi framför allt känner dem från de östeuropeiska länderna. Hälso- och sjukvården i dessa länder återspeglar det ekonomiska systemet i stort, och de problem man står inför är en återspeglning av problemen att övergå från planekonomi till marknadsekonomi. Den grundläggande principen för hälso- och sjukvården i dessa länder har varit att alla har rätt till fri sjukvård och att det är statens uppgift att svara för att detta uppfylles. Sjukvården har

dock aldrig varit en prioriterad sektor i dessa länder som exempelvis i västliga s. k. välfärdsstater. Det är svårt att beräkna exakt hur mycket resurser som används inom sjukvården, men tillgängliga uppskattningar pekar på 3–4 % av bruttonationalprodukten. En förklaring till denna låga andel är de låga lönerna för sjukvårdsanställda. Det är inte ovanligt att en läkare tjänar mindre än en industriarbetare. Detta ger svårigheter att rekrytera kvalificerad personal och läkaryrket domineras av kvinnor.

Ett annat särdrag hos sjukvården hos de planekonomiska systemen har varit att sjukvården åt den förvärvsarbetande befolkningen, speciellt arbetarna i den tunga industrin, har prioriterats framför t. ex. vård åt de äldre och handikappade. Investeringsaspekten på hälso- och sjukvården, att bidra till produktionen, har således stått i förgrunden. Detta innebär också att sjukvården främst finansierats som en del i produktionskostnaden och att rätten till sjukvård därmed varit knuten till anställningen.

Även om sjukvården varit gratis, har det funnits en betydande privat vårdsektor i planekonomierna. Inom denna sektor har finansieringen helt skett genom direkta betalningar från patienterna. Orsaken till att denna sektor blivit så stor beror främst på att den offentliga vården inte fungerat eller varit av låg kvalitet. Storleken av den privat finansierade och privat producerade vården är svår att skatta men har troligtvis uppgått till mellan 15 och 30 % av de totala sjukvårdskostnaderna. I detta avseende liknar således planekonomierna de underutvecklade länderna. Till detta skall läggas en okänd omfattning av svarta eller grå marknader inom den offentliga sjukvården.

De planekonomiska hälso- och sjukvårdssystemen står inför många stora problem, och helt avgörande för möjligheterna att utveckla sjukvården är takten i den allmänna ekonomiska utvecklingen. Vi kan urskilja fyra huvudmål för framtiden:

1. att bryta den nedgång i hälsostatus som skett över tiden till följd av miljöförstöring, alkoholkonsumtion, rökning m. m. För detta fordras i första hand insatser utanför sjukvården
2. att ändra prioriteringarna så att sjukvården för alla medborgare, inklusive barn och äldre, prioriteras; detta fordrar en omfördelning från andra områden, t. ex. militära utgifter
3. att skapa en mekanism för att finansiera sjukvården genom skatter och eller försäkringar

4. att omorganisera sjukvården och skapa incitament för att åstadkomma effektivitet i sjukvårdsproduktionen.

Kostnadsutveckling och kostnadskontroll

För de försäkrings- respektive skattefinansierade sjukvårdssystemen i de västerländska marknadsekonomierna utgör kontroll och begränsning av kostnaderna ett viktigt mål. Låt oss se på hur olika länder har uppnått detta mål. (Jämförelser med Tyskland avser i det följande Västtyskland.)

TABELL 1. Sjukvårdsutgifternas andel av bruttonationalprodukten (BNP) 1960–87.

Land	Real BNP/capita år 1987. Index	Totala utgifter				Offentliga	
		1960	1975	1980	1987	1960	1987
USA	100	5,2	8,4	9,2	11,2	1,3	4,6
Kanada	94	5,5	7,3	7,4	8,6	2,4	6,5
Schweiz	87	3,3	7,1	7,3	7,7	2,0	5,2
Island	85	5,9	5,9	6,4	7,8	2,3	6,9
Norge	84	3,3	6,7	6,6	7,5	2,6	7,4
Sverige	75	4,7	8,0	9,5	9,2	3,4	8,2
Australien	73	5,1	7,4	7,2	7,1	2,4	5,1
Japan	73	3,0	5,6	6,6	6,8	1,6	5,0
Västtyskland	73	4,7	7,8	7,9	8,2	3,2	6,3
Danmark	72	3,6	6,5	6,8	6,0	3,2	5,2
Finland	70	4,2	6,2	6,3	7,4	2,3	5,8
Frankrike	70	4,3	6,8	7,5	8,6	2,5	6,7
Storbritannien	68	3,9	5,5	5,7	6,1	3,3	5,3
Nederländerna	67	3,9	7,7	8,2	8,5	1,3	6,6
Italien	67	3,9	6,7	6,8	6,9	3,2	5,4
Italien	67	3,9	6,7	6,8	6,9	3,2	5,4
Belgien	66	3,4	5,8	6,6	7,2	2,1	5,5
Österrike	63	4,4	7,1	7,9	8,4	2,9	5,7
Nya Zeeland	58	4,4	6,4	7,2	6,9	3,6	5,7
Spanien	47	2,3	5,1	5,9	6,0	1,2	4,3
Irland	41	4,0	7,7	8,5	7,4	3,0	6,4
Grekland	35	2,9	4,1	4,3	5,3	1,7	4,0
Portugal	32	..	6,4	5,9	6,4	0,9	3,9
Ovägt OECD medelvärde		4,1	6,7	7,1	7,3	2,4	5,6

Källa: OECD, 1990.

Tabell 1 visar att sjukvårdsutgifternas andel av BNP har ökat kraftigt i alla OECD-länderna under perioden 1960–1987. Det framgår också att sjukvårdsutgifternas ökningstakt har bromsats i alla industriländer efter 1975. För vissa länder, däribland Sverige, kan vi t. o. m. notera en sjunkande andel av BNP som går till sjukvården. Detta är dock tillfälliga variationer. Långsiktigt ökar sjukvårdsutgifternas andel av BNP. Andelen offentligt finansierad sjukvård ökar också, från 60 % 1960 till nästan 80 % idag.

Sjukvårdens andel av BNP har ungefär fördubblats i Sverige mellan 1960 och 1987 från 4,7 % till 9,2 %. Sverige hade 1987 näst högst sjukvårdsutgiftsandel av samtliga industriländer och den högsta andelen offentliga sjukvårdsutgifter. Högst andel sjuk-

TABELL 2. Totala sjukvårdsutgifterna som andel av BNP i länder med skattefinansierade respektive försäkringsfinansierade sjukvårdssystem.

<i>Skattefinansierade system</i>	<i>1970</i>	<i>1980</i>	<i>1987</i>
<i>Skattefinansierade system</i>			
Danmark	6,1	6,8	6,0
Finland	5,7	6,5	7,4
Sverige	7,2	9,5	9,2
Norge	5,0	6,6	7,5
Island	5,3	6,4	7,8
Storbritannien	4,5	5,8	6,0
Spanien	4,1	5,9	6,0
Portugal	—	5,9	6,4
Italien	5,2	6,7	7,2
Irland	5,6	8,5	7,4
Grekland	4,0	4,3	5,3
<i>Genomsnitt (ovägt)</i>	<i>5,3</i>	<i>6,7</i>	<i>6,9</i>
<i>Försäkringsfinansierade system</i>			
Västtyskland	5,5	7,9	8,1
Nederländerna	6,0	8,2	8,5
Frankrike	5,8	7,6	8,5
Belgien	4,0	6,6	7,2
Schweiz	5,2	7,3	7,7
Österrike	5,4	7,9	8,4
Luxemburg	4,1	6,8	7,5
<i>Genomsnitt (ovägt)</i>	<i>5,1</i>	<i>7,5</i>	<i>8,0</i>

Källa: Egna beräkningar, baserade på OECD, 1990.

vårdsutgifter av BNP hade USA på 11,2 %. Nivåmässigt har Sverige legat högre än genomsnittet för OECD-länderna under hela perioden. Vi kan dock se att Sverige inte ligger riktigt lika högt över OECD-genomsnittet 1987 som 1980 då Sveriges andel var som störst. Sjukvårdsutgifternas andel av BNP i Sverige var 34 % högre än genomsnittet 1980, men 23 % högre 1987.

Tabell 2 visar kostnadsutvecklingen i skatte- respektive försäkringsfinansierade system i Europa. Vi ser att kostnaderna är något högre i försäkringsfinansierade system. Om vi jämför de nordiska länderna med andra länder som har skattefinansierade (i motsats till försäkringsbaserade) sjukvårdssystem, framgår att sjukvårdsutgifternas andel utvecklat sig ungefär lika i de nordiska länderna och i de utomnordiska länderna, men att denna andels nivå har legat högre i de nordiska länderna. Detta förklaras av att de nordiska länderna är rikare än övriga länder med skattefinansierade systemen.

Om vi jämför de nordiska länderna med länder där man har försäkringsbaserade system, som i genomsnitt är rikare än länder där man har skattefinansierade system, kan vi se att sjukvårdens andel av BNP i de nordiska länderna förändrats som övriga länder, och att nivån på denna andel är ungefär densamma. Detta tyder även på att orsaken till att sjukvårdens andel är lägre i genomsnitt för skattefinansierade system än för försäkringsbaserade system inte är att de skattefinansierade systemen är billigare, utan att länder med skattefinansiering i genomsnitt har en lägre inkomstnivå.

Tabell 3 visar andelen offentlig finansiering i skatte- respektive försäkringsfinansierade sjukvårdssystem. Där framgår att andelen offentlig finansiering är något högre i de skattefinansierade systemen, men skillnaden är liten. Även i de försäkringsfinansierade systemen i Europa svarar offentlig finansiering för tre fjärdedelar av sjukvårdskostnaderna. USA utgör här ett undantag. Där finansieras endast ungefär hälften av sjukvårdskostnaderna av det offentliga.

Vi kan också se att ökningen av andelen offentlig finansiering har avstannat, och det finns en tendens till att andelen sjunker under 1980-talet i båda typerna av system. Siffrorna skall dock tolkas med försiktighet på grund av att mätfel inte kan uteslutas.

En förutsättning för att vi skall kunna besvara frågor om våra

TABELL 3. Andelen offentlig finansiering i skatte- respektive försäkringsbaserade hälso- och sjukvårdssystem.

	1970	1980	1987
<i>Skattefinansierade system</i>			
Danmark	86	85	86
Finland	74	79	79
Sverige	86	92	91
Norge	92	98	98
Island	83	89	89
Storbritannien	87	90	86
Spanien	55	74	71
Portugal	—	72	61
Italien	86	84	79
Irland	78	92	87
Grekland	53	82	75
<i>Genomsnitt (ovägt)</i>	78	84	82
<i>Försäkringsfinansierade system</i>			
Tyskland	74	79	78
Nederländerna	84	76	74
Frankrike	75	79	75
Belgien	87	82	77
Schweiz	64	68	68
Österrike	63	69	67
Luxemburg	—	93	92
<i>Genomsnitt (ovägt)</i>	75	78	76

Källa: Egna beräkningar, baserade på OECD, 1990.

sjukvårdsutgifters storlek i jämförelse med andra länder är att vi har tillgång till jämförbara internationella data. Trots ett omfattande arbete för att få till stånd internationella överenskommelser om vad som skall ingå i begreppet sjukvårdsutgifter är siffror från olika länder inte helt jämförbara. Avgränsningen av sjukvårdssektorn följer konventionerna i respektive lands sätt att räkna. Skillnader föreligger mellan länder främst vad gäller avgränsningen mellan sjukvård och socialvård. Exempelvis finns i den danska sjukvårdsstatistiken inte den kommunala sjukhemsvården medtagen medan denna finns med i den svenska statistiken.

Tabell 4 visar utvecklingen av sjukvårdsutgifternas andel av BNP i de nordiska länderna där vi har korrigerat den svenska statistiken så att vi tar bort den sjukvård som ges i de primärkommunala sjukhemmen, d. v. s. huvudsakligen långvård för äldre.

TABELL 4. Sjukvårdsutgifternas andel av bruttonationalprodukten (BNP) i de nordiska länderna 1970–1987.

	1970	1975	1980	1985	1987
Danmark	6,1	6,5	6,8	6,2	6,0
Finland	5,7	6,3	6,5	7,2	7,4
Island	5,3	6,2	6,4	7,3	7,8
Norge	5,0	6,7	6,6	6,4	7,5
Sverige	7,2	8,0	9,5	9,4	9,2
Sverige*	6,3	7,0	8,4	8,3	7,9

Källa: Egna beräkningar.

* Exklusive sjukhem.

Det framgår av tabellen att den svenska andelen av BNP faller från 9,2 % med sjukhem till 7,9 % 1987 utan sjukhem. Sjukvårdsutgiftsandelens andelen är fortfarande något högre än i de övriga nordiska länderna. Men dessa skillnader är relativt små om man bortser från skillnaden mellan Sverige och Danmark. Utan sjukhemmen är de svenska utgifternas andel cirka 32 % högre än i Danmark. Om vi istället lägger till kostnaderna för de kommunala sjukhemmen (plejehem) i Danmark ökar den danska andelen till 7,3 % år 1987. En ofrånkomlig slutsats är att bland de nordiska länderna har Danmark de lägsta och Sverige de högsta relativa sjukvårdsutgifterna.

Sjukvårdsutgifterna per person i internationell jämförelse

Ett annat sätt än att jämföra andelar är att räkna ut sjukvårdsutgifterna per person. För att vi skall kunna jämföra sjukvårdsutgifterna per person i olika länder måste utgifterna anges i samma valuta. Vanligtvis görs detta i USA-dollar. Detta medför att växelkursen får ett avgörande inflytande. År 1980 hade Sverige de högsta sjukvårdsutgifterna per invånare, 1 423 dollar. Växelkursen var då cirka 4,23 kronor per dollar. Om man istället använt växelkursen efter den svenska devalveringen hösten 1982 (cirka 7,30 kronor per dollar) skulle sjukvårdsutgifterna uppgå till cirka

823 dollar per person och Sverige falla från första till nionde plats i rangordningen. Detta räkneexempel visar hur känsliga jämförelser är för svängningar på valutamarknaden.

Ett ytterligare problem är att växelkursen inte tar hänsyn till skillnader i den relativa prisstrukturen mellan olika länder. Växelkursen påverkas enbart av s. k. handelsvaror och inte av tjänster (och varor) som produceras och konsumeras inom olika länder. Eftersom arbetskraft vanligen är relativt sett billigare än kapital i fattigare länder, kan det förväntas att arbetsintensiv tjänsteproduktion som t. ex. sjukvård är relativt billigare i fattigare länder. Växelkursen kommer därför att dels överskatta sjukvårds-

TABELL 5. Sjukvårdsutgifterna som andel av bruttonationalprodukten (BNP) och per person: valda länder, 1986. USD.

<i>Land</i>	<i>Real BNP index</i>	<i>Sjukvårdsutgifterna per person konverterade med:</i>		<i>Växelkurs</i>
		<i>Procent av BNP</i>	<i>Köpkrafts-paritet för BNP</i>	
USA	100	10,9	1 886	1 886
Schweiz	88	7,6	1 162	1 573
Norge	86	6,8	1 021	1 144
Island	82	7,5	1 063	1 192
Luxemburg	80	7,0	962	928
Danmark	75	6,0	777	962
Sverige	75	9,1	1 193	1 429
Västtyskland	73	8,1	1 031	1 183
Frankrike	71	8,7	1 068	1 142
Finland	70	7,4	900	1 069
Nederländerna	68	8,3	983	1 002
Belgien	66	7,2	825	883
Italien	66	6,6	764	702
Österrike	64	8,3	929	1 023
Storbritannien	57	6,1	706	594
Spanien	46	6,1	486	358
Irland	41	7,8	550	553
Grekland	36	5,3	331	212
Portugal	33	5,5	310	158
<i>Variationskoefficient*</i>			40	47

Källa: Jönsson, 1990, kompletterad med beräkning av variationskoefficienten.

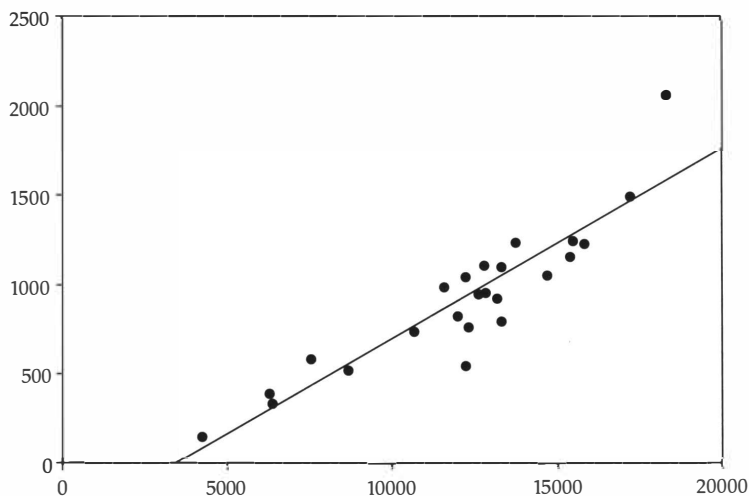
* Variationskoefficient = (standardavvikelse/medelvärde) × 100.

utgifterna i rika länder och underskatta sjukvårdsutgifterna i fattiga länder, dels överskatta spridningen av sjukvårdsutgifterna i olika länder. Köpkraftspariteter har därför utvecklats, bl. a. av OECD, för att eliminera skillnaderna i prisnivå mellan olika länder.

I Tabell 5 redovisas sjukvårdsutgifterna per person 1986 omräknade med både växelkurs och köpkraftspariteter (för BNP). Länderna är rangordnade efter real BNP.

Av tabellen framgår att valet av valutaomräkningsindex har stor betydelse för beräkningen av sjukvårdens absoluta och relativa storlek. Sjukvårdsutgifterna i Sverige år 1986 omräknade med köpkraftspariteter var 1 193 dollar per person, men 1 429 dollar med växelkursen. Sjukvårdsutgifterna per capita omräknade med köpkraftspariteter var även lägre för övriga nordiska länder. Stora skillnader kan observeras för de flesta länder. Av de nitton länderna behåller endast 7 länder samma rang från högsta till lägsta sjukvårdsutgifterna mellan växelkurs- och köpkraftsomräkningen. Variationskoefficienten visar att spridningen av sjukvårdsutgifterna per person mellan länder minskar efter omräkning med köpkraftspariteter.

FIGUR 1. Sambandet mellan sjukvårdsutgifterna per person och BNP per person i OECD länderna 1987.



Av figur 1 framgår att det finns ett starkt samband mellan BNP och sjukvårdsutgifterna per person. I en enkel regressionsanalys förklaras skillnaderna i sjukvårdsutgifterna mellan länder nästan helt av BNP (se Gerdtham, 1991, för en översikt).

Om vi korregerar för skillnader i BNP per person kan vi se vilka länder som har höga respektive låga sjukvårdsutgifter. En sådan beräkning redovisas i tabell 6.

TABELL 6: Faktiska och förväntade sjukvårdsutgifter per person 1986 i USA dollar (köpkraftspariteten) samt 95 % konfidensintervall.

<i>Land</i>	<i>Faktiska</i>	<i>Förvänt</i>	<i>Skillnad</i>	<i>Lägre gräns</i>	<i>Övre gräns</i>
Danmark	777	997	-220	791	1 258
Finland	900	909	-9	722	1 143
Island	1 063	1 122	-59	886	1 421
Norge	1 021	1 198	-177	943	1 521
Sverige	1 193	1 003	+190	795	1 265
Österrike	929	810	+119	644	1 018
Belgien	825	844	-19	671	1 061
Frankrike	1 068	918	+150	730	1 156
Västtyskland	1 031	963	+68	765	1 213
Grekland	331	363	-32	277	477
Irland	550	431	+119	334	557
Italien	764	842	-78	670	1 059
Luxemburg	962	1 081	-119	856	1 367
Nederländerna	983	873	+120	694	1 098
Portugal	310	321	-11	241	426
Spanien	486	516	-30	405	659
Schweiz	1 162	1 230	-68	967	1 563
Storbritannien	706	850	-144	676	1 069
USA	1 886	1 472	+414	1 145	1 894

Källa: Jönsson, 1990.

För beräkningen ovan har en logaritmisk (ln) funktion använts. Regressionsekvationen är:

$$\ln(\text{utgifter per person}) = -5,99 + 1,36\ln(\text{BNP per person})$$

t-värde $(-5,6) (11,9)$ $R^2 = 0,89$

I en logaritmisk funktion kan koefficienten framför BNP per person tolkas direkt som sjukvårdens inkomstelasticitet. Den konstanta elasticiteten är 1,36, vilket betyder att en ökning av BNP

per person med 1 % ökar sjukvårdsutgifterna per person med 1,36 %. Både elasticiteten och konstanten är signifikanta. Av tabellen framgår att sjukvårdsutgifterna i Sverige är knappt 20 % högre än förväntat. Detta ligger inom ett 95 % konfidensintervall. Även för övriga nordiska länder, utom Danmark, ligger utgifterna per person inom det 95 % konfidensintervallet. De låga utgifterna för Danmark kan delvis förklaras med underrapportering av utgifterna för sjukhemsvård. Som synes är det framför allt USA som har högre än förväntade utgifter.

Resurser och vårdutnyttjande

Det är svårt att göra direkta jämförelser av resursinsatsen inom olika länders sjukvård. Uppgifter om andelen sysselsatta av det totala antalet sysselsatta kan ge en indikation på insatsen av arbetskraft. Med detta mått har Sverige den högsta resursinsatsen, vilket framgår av tabell 7.

TABELL 7. Sjukvårdens andel av den totala sysselsättningen, antalet läkare per 10 000 innevånare och läkarnas genomsnittsinkomst omräknad till köpkraftsparitet.

Land	Andel av	Läkare per 10 000		Läkarinkomst
	sysselsättningen 1986	1960	1987	
Sverige	7,8 %	10	27	26 000
Storbritannien	5,0 %	—	14	40 000
Kanada	5,1 %	11	22	80 000
Tyskland	5,5 %	14	28	80 000
Nederländerna	7,2 %	11	24	—
Schweiz	5,5 %	9	15	87 000
USA	5,2 %	14	23	120 000
Japan	3,0 %	10	16	43 000
OECD	6,0 %	11	21	52 000

Källa: OECD, 1990.

Uppgifter om andelen sysselsatta inom sjukvården får dock tolkas med försiktighet. En stor andel deltidssysselsatta inom sjukvården skulle t. ex. kunna förklara den höga svenska siffran. Så är dock knappast fallet. Enligt nationalräkenskaperna svarade sjukvården i Sverige för 9,8 % av totala antalet sysselsatta och

8,8 % av det totala antalet arbetade timmar år 1988. Siffran är således hög vilket mått som än används, och deltidarbete är förekommande också inom andra länders sjukvård.

En resursinsats som är lättare att direkt jämföra är antalet läkare. Som framgår av tabell 7 har Sverige fler läkare än alla andra länder med undantag för Tyskland. Sverige har sedan 1960 utvecklats från ett land med relativt få läkare till ett med relativt många. Den genomsnittliga läkarlönen är dock markant lägre i Sverige än i de andra länderna. Denna relativa lön gäller troligtvis också för flera andra yrkeskategorier inom sjukvården och förklarar varför Sverige, trots en stor insats av arbetskraft, inte har anmärkningsvärt höga sjukvårdskostnader.

När det gäller vårdutnyttjandet ligger Sverige högt vad gäller sjukhusvård. Det höga antalet vård dagar per innevånare förklaras delvis med att sjukhemsvården ingår i den svenska statistiken, men kan vara exkluderad i andra länder. Det är oklart hur stor jämförbarheten är. Men vi ser att också antalet vårdtillfällen, som endast i liten utsträckning påverkas av sjukhemsvården, är högt i Sverige jämfört med nästan alla andra länder som redovisas i tabell 8. Det är otvivelaktigt så att Sverige har en hög andel av vårdresurserna i den slutna vården.

TABELL 8. Antal vård dagar, vårdtillfällen och läkarbesök per innevånare 1986.

<i>Land</i>	<i>Vård- dagar</i>	<i>Vård- tillfällen</i>	<i>Besök</i>
Sverige	4,2	20	2,7
Storbritannien	2,1	16	4,5
Kanada	2,0	15	6,4
Nederländerna	3,8	11	3,5
Tyskland	3,5	21	11,5
Schweiz	3,0	13	6,1
USA	1,7	15	5,3

Källa: OECD, 1990.

Ser vi däremot till den öppna läkarvården, så är antalet läkarbesök per innevånare lägst i Sverige. Detta trots att vi har flest läkare tillsammans med Tyskland. Bakom detta ligger naturligtvis flera faktorer, varav en är att läkarna i Sverige saknar de incitament till att ha många besök som finns i t. ex. Tyskland och Schweiz.

Introduktion av ny medicinsk teknologi

En viktig aspekt på ett hälso- och sjukvårdssystem är dess förmåga att kontrollera introduktionen och spridningen av ny medicinsk teknologi. Detta innebär bl. a. en förmåga att snabbt ta till sig ny och betydelsefull teknologi och att omfördela resurser till detta. Målet kan således inte vara att hindra introduktionen för att hålla kostnaderna nere. Å andra sidan är det viktigt att inte låta ny, dyrbar teknologi expandera på områden där värdet är oklart och där det finns skäl förmoda att värdet inte står i proportion till kostnaderna.

Eftersom kunskapen om ny medicinsk teknologi sprids snabbt blir resultatet att ungefär samma teknologier används i olika länder. Omfattningen av användningen kan dock skilja sig åt, t. ex. på grund av att spridningsförloppet är olika.

Ett exempel på hur ny medicinsk teknologi introduceras och sprids utgör dialys och transplantation för behandling av kronisk njursvikt. Detta framgår av tabell 9.

TABELL 9. Antal patienter under behandling för kronisk njursvikt 1970–86 per miljon invånare.

Land	1970	1975	1980	1985	1986
Tyskland	18	88	208	305	333
Nederländerna	36	90	186	289	318
Sverige	54	85	178	319	283
Schweiz	49	136	260	383	405
Storbritannien	23	62	128	216	242
USA	25	106	272	393	—

Källa: Jönsson, 1990.

Av tabellen framgår att Sverige tillsammans med Schweiz var snabbast med att ta till sig denna nya livräddande teknologi. Utvecklingen därefter visar att Schweiz behållit tätpositionen medan Sverige ligger på samma nivå som de övriga länder med undantag av Storbritannien som har en väsentligt mindre andel behandlade patienter.

Av intresse är också hur stor andel av patienterna som behandlas med transplantation, eftersom denna behandling ger patien-

terna en högre livskvalitet till en lägre kostnad. Här intog Sverige 1986 en tätplats med 55 %, tillsammans med Storbritannien som hade 50 % av patienterna med fungerande transplantat. Denna andel är väsentligt lägre i Tyskland, Schweiz och USA.

Ett i tiden mer näraliggande exempel på introduktion av ny medicinsk teknologi utgör extrakorporeal stötvågslitotripsi för behandling av i första hand njursten. Denna teknologi utvecklades i Tyskland som också toppar listan över antalet utrustningar per miljon invånare 1989.

TABELL 10. Antal utrustningar för extrakorporeal stötvågslitotripsi. Maj 1989.

<i>Land</i>	<i>Totalt</i>	<i>Per miljon invånare</i>
Tyskland	57	0,93
USA	225	0,88
Sverige	5	0,60
Nederländerna	8	0,55
Storbritannien	12	0,21

Källa: Jönsson, 1989.

Vi ser att Sverige ligger i mitten och att Storbritannien som vanligt har en mer avvaktande inställning till ny medicinsk teknologi.

Introduktionen och spridningen av ny medicinsk teknologi bestäms av en mängd faktorer, varav sjukvårdens organisation och finansiering är en av de viktigare. Genom internationella jämförelser kan vi få kunskap om betydelsen av denna faktor i relation till andra faktorer. Sådan information är viktig i den sjukvårdspolitiska diskussionen om vårdens kostnader och kvalitet.

Svenska sjukvårdsproblem och reformer i internationell belysning

Det är möjligt att utnyttja andra länders erfarenheter för att få kunskap om effekterna av olika tänkbara eller planerade reformer inom sjukvården. Låt oss se på sjukvården i Kanada,

Schweiz och Tyskland utifrån några frågor som är aktuella i svensk sjukvårdsdebatt. Beskrivningen är översiktlig och syftar enbart till att peka på vilka typer av lärdomar vi kan hämta från andra länder. För ytterligare och fördjupad kunskap, se de enskilda länder-kapitlen.

Konsumentens valfrihet

I Kanada är den offentliga sjukförsäkringen obligatorisk. Privata försäkringar är i lag förbjudna för de insatser som täcks av den offentliga försäkringen.

I Schweiz finns ingen obligatorisk sjukförsäkring. I stället har man ett system där nästan hela befolkningen frivilligt är ansluten till någon av de halvprivata sjukförsäkringarna. Det finns dessutom en obligatorisk invalidförsäkring och arbetsskadeförsäkring. Det är möjligt att köpa en privat sjukförsäkring som komplement. Den privata försäkringen ger främst möjlighet att välja vilken sjukhusläkare eller specialist man vill bli behandlad av.

I Tyskland är anslutning till en erkänd sjukförsäkring obligatorisk för personer med en inkomst upp till en viss gräns, för närvarande ca 17 500 kronor per månad. För de som kommer över denna gräns står valet fritt emellan att vara kvar i sjukförsäkringen eller att gå ur. Av de som går ur väljer de flesta att skaffa sig en privat sjukförsäkring.

Det finns ca 1 200 sjukförsäkringar men valfriheten är begränsad. Nära hälften av de försäkrade tillhör någon av de 270 allmänna sjukförsäkringarna som är regionalt organiserade. Det finns knappast någon konkurrens mellan sjukförsäkringarna.

Den enskilde har full frihet att gå till vilken privatpraktiserande läkare han vill. Läkarpbesök är kostnadsfria för alla som är anslutna till en sjukförsäkring (92 % av befolkningen). Antalet läkarpbesök i sjukvården är 11,5 per capita och år. Den internationellt sett höga siffran härrör sig till största delen från läkarpbesök i öppenvården. Det kan finnas flera anledningar till den höga konsumtionen. Den främsta är antagligen det faktum att läkarna avlönas efter prestation (fee-for-service). Detta i kombination med den höga läkartätheten gör att den totala konsumtionen blir

hög. Dessutom saknar patienterna incitament att hålla igen den egna konsumtionen eftersom det inte finns några egenavgifter i öppenvården. Att Sverige har en så pass låg siffra som 2,7 (se tabell 8) förklaras delvis av att besök hos distriktssköterskor inte inkluderas i denna statistik. Även om dessa siffror skulle inkluderas för Sverige, kvarstår dock att antalet besök i Tyskland är väsentligt fler.

I Kanada, Tyskland och Schweiz bedrivs primärvården av individuella läkare som arbetar enligt principen fee-for-service. Konsumenten väljer fritt vilken läkare han vill anlita. I Kanada har dessutom läkaren tillstånd att behandla patienten på sjukhuset. Det finns därför en kontinuitet från den öppna till den slutna vården. Det innebär naturligtvis också att patienten och läkaren i samråd bestämmer vilket sjukhus man vill anlita. Även i Schweiz råder ett fritt val av sjukhus. För patienter med enbart offentlig försäkring är dock valet begränsat till sjukhus inom den egna kantonen. För patienter med privat försäkring kan man välja vilket sjukhus som helst i landet.

Vi kan alltså konstatera att patientens valfrihet är större i både Kanada, Tyskland och Schweiz än i Sverige. Utöver de individuella välfärdskonsekvenserna av detta har valfriheten naturligtvis betydelse för fördelningen av resurser. Det stimulerar till konkurrens såväl mellan läkare som mellan sjukhus. Däremot kan man konstatera att det knappast finns någon konkurrens när det gäller valet av försäkring i Tyskland och Schweiz.

Patientavgifter och privata försäkringar

Patientavgifter förekommer inte i Kanada, utom när det gäller tandvård och läkemedel. Däremot är det möjligt att med egna pengar eller privat försäkring köpa privat rum på sjukhus. Sådana privata försäkringar är relativt vanliga. De är tillåtna eftersom de täcker endast sådana saker som den offentliga försäkringen ej betalar. I Schweiz är patientavgiften 50 SFr i den öppna vården. Denna patientavgift på ca 200 kronor täcker alla läkarens åtgärder under en tremånadersperiod. För ett helt år är således patientavgiften maximerad till ca 800 kronor. Den ersättningen täcker också vissa listade läkemedel. Den påminner därför om vårt hög-

kostnadsskydd. Om kostnaderna överstiger 500 SFr per kvartal ökar patientavgiften men den får aldrig överstiga 10 %. För slutten vård finns inga patientavgifter. Däremot finansieras en betydande del av den slutna vården och den öppna specialistvården vid sjukhus av privata försäkringar. Totalt svarar egenavgifter och privata försäkringar för ca 30 % av finansieringen inom sjukvården i Schweiz.

Egenavgifterna är relativt låga i Tyskland. Ett besök hos läkare är kostnadsfritt, medan varje dygn på sjukhus kostar 10 DM (37 kronor) (1991). Detta gäller dock bara de första fjorton dagarna, därefter kostar det ingenting. Läkemedel kostar 3 DM (11 kronor) per recept oavsett egentlig kostnad. Det finns dock en tydlig tendens att höja egenavgifterna för att öka kostnadsmedvetandet hos patienterna.

De som istället för att vara anslutna till en sjukkasse väljer att teckna en privat försäkring kan själv välja vilka villkor som skall gälla. Exempelvis kan man genom att acceptera egenavgifter få ner premierna. Dessutom finns det olika typer av bonussystem där man får tillbaka en del av avgiften om man inte utnyttjat försäkringen under året.

Läkarnas ställning

I Kanada, Tyskland och Schweiz är läkarna motorn i hälso- och sjukvårdssystemet. I den öppna vården ersätts läkarna enligt principen fee-for-service, vilket ger starka incitament att ha många besök och vidta många åtgärder. Det krävs därför ingen övervakning eller styrning av läkarnas arbete i den öppna vården för att åstadkomma en hög produktivitet. Läkarna svarar också själva inom sig för jourverksamheten. I Schweiz är detta ett åliggande för privatläkarna i öppen vård. I Kanada är också läkarna privata entreprenörer i relation till sjukhuset. De ersätts separat och är med undantag av vissa underläkare inte anställda av sjukhuset. I Schweiz är läkarna anställda av sjukhuset med fast lön. De har dock möjligheter att ta privatpatienter, d. v. s. patienter som betalar för sig antingen med egna medel eller med privat försäkring. För dessa patienter delar läkaren och sjukhuset intäkterna enligt en fastställd fördelningsnorm. Det finns därför en

betydande flexibilitet i systemet även på sjukhusnivån. Det är troligtvis en av de väsentligaste förklaringarna till att det endast i begränsad omfattning förekommer problem med exempelvis köer till viktiga elektiva operationer på det sätt som vi sett i Sverige.

De privatpraktiserande läkarna i det tyska systemet har i princip ensamrätt på öppenvård och avgör remittering till sjukhus. Andelen privatpraktiker har dock minskat och i dagens läge är sjukhusläkarna fler till antalet. Varje ingrepp som läkaren gör ger ett visst antal poäng och varje poäng är värd en viss summa. Den totala poängsumman utgör sedan grunden för den ersättning som betalas ut av den delstatliga läkarföreningen, som i sin tur finansieras av sjukförsäkrarna. Den genomsnittliga inkomsten för en privatpraktiker är ca 160 000 DM (nära 600 000 kronor). Läkarnas relativa löneläge har dock försämrats de senaste decennierna. År 1971 tjänade en läkare 6,5 gånger så mycket som en genomsnittlig inkomsttagare, i dag är denna faktor 3,5.

Genom läkarnas centrala roll i sjukvården är det också naturligt att sjukvårdspolitiken i stor utsträckning kommit att fokuseras kring just läkarnas incitament och beteende. En stor stridsfråga i Kanada har varit läkarnas försök att ta ut patientavgifter (overbilling) när man varit missnöjd med den taxa som förhandlats fram eller bestämts av provinsregeringen. I Schweiz har problemet främst varit att kunna hålla kostnaderna under kontroll. Trots att man hittills varit relativt framgångsrik har man laborerat med olika experiment att reducera incitamenten för läkarna. En konsekvens av läkarnas starka ställning, långa arbetstider och höga produktivitet är naturligtvis att läkarnas inkomster är mycket höga.

Styrning av sjukhusen

Sjukhusen i Kanada bedrivs som självständiga företag och har status av egen juridisk person. De flesta drivs av privata stiftelser och andra icke vinstinriktade organisationer. Privata vinstdrivande och federala sjukhus svarar endast för 4 % av samtliga vårdplatser. I Schweiz är ca 80 % av sjukhusen offentligt ägda och offentligt administrerade av kantonregeringen. Dock finns som tidigare nämnts privata vårdplatser inom offentliga sjukhus.

Bland de 20 % av sjukhusen som är privatägda förekommer ett antal sjukhus som drivs i vinstsyfte. Sjukhuset måste ha sin budget godkänd av kantonregeringen. Såväl Kanada som Schweiz har väsentligt flera sjukhus i relation till invånarantalet än Sverige. Det innebär att flertalet sjukhus är små. Även i Kanada fastställs en årlig budget för sjukhuset. Provinsregeringen fördjupar sig dock inte i detaljer och låter sjukhusen behålla eventuella överskott. Vid underskott kan sjukhusen genom att t. ex. påvisa större förändringar i efterfrågetrycket erhålla mer resurser. Resurser för investeringar i byggnader och ny medicinsk teknologi finansieras separat i en kapitalbudget. Samma gäller för Schweiz.

I Tyskland råder en relativt strikt uppdelning mellan den öppna och den slutna vården. Vid sjukhusen bedrivs nästan enbart slutenvård. I Tyskland fanns 3 071 sjukhus 1987. Offentliga sjukhus (delstater, kommuner) svarar för 50 % av vårdplatserna, frivilligorganisationer (t. ex. Röda Korset, kyrkor) för 35 % och privata sjukhus för 15 %. Sjukhusen, även de offentliga, har en relativt självständig ställning. Vanligtvis styrs sjukhusen av en direktion bestående av tre direktörer (en medicinsk, en administrativ och en vårddirektör). Inga politiker är inblandade i de enskilda sjukhusens beslutsfattande. Företagsformen varierar men en ökad tendens till att driva sjukhusen i aktiebolagsform kan konstateras.

Rent generellt är de offentliga sjukhusen större och bättre utrustade. Akutsjukvården faller i första hand på de offentliga och organisationsägda sjukhusen, medan privatsjukhusen koncentrerar sig på mindre komplicerad vård. För att starta ett sjukhus som kopplas till sjukkassesystemet krävs etableringstillstånd från delstaten. Delstaten upprättar en sjukhusbehovsplan, där det framtida behovet läggs fast i termer av antal vårdplatser, medicinsk inriktning och geografisk placering. Detta planeringssystem i kombination med överetablering har lett till svårigheter för nya privata sjukhus att etablera sig. Sjukhus som redan befinner sig i systemet läggs å andra sidan nästan aldrig ned, vilket leder till en viss konservering av sjukhusstrukturen.

Endast akutfall kommer direkt till sjukhusen, för alla andra krävs remiss från en privatpraktiserande läkare. Läkaren har hitintills varit fri att remittera till vilket sjukhus han velat, även om patientens önskemål också har vägt tungt. Som ett sätt att kom-

ma åt kostnadsstegringarna har man från politiskt håll fört fram krav på prisregleringar. Tanken är att endast ersätta billigast lämpliga alternativ och att låta patienten betala överskjutande kostnader om han väljer ett dyrt behandlingsalternativ. Dylika förslag har dock mött på motstånd från sjukhusen.

Vårdtiderna anses vara långa i Tyskland. Anledningen menar man ligger i att sjukhusen finansieras genom en fast dygnsersättning. För närvarande strävar de tyska myndigheterna efter att få ner vårdtiderna. En möjlig väg att gå är att införa ett system där finansieringen sker som prospektiv betalning per patient som behandlas. Sjukhusen får då incitament att genomföra behandlingen så snabbt som möjligt. En variant är att knyta betalningen till vad man på förhand kan förvänta sig att olika patientkategorier kostar. Ett försök som har genomförts vid ett sjukhus i Kiel visar att medelvårdtiden kunnat minskas till en tredjedel, delvis som en följd av en ökad samordning med privatpraktikerna. För närvarande verkar det dock svårt att få inblandade parter att acceptera ett sådant betalningssystem.

Sjukhusen har problem med personalbrist, främst gäller detta sjuksköterskor. Antalet sjukhusanställda per sjukhusbädd var 1985 1,21 mot 1,85 i Sverige. Även internationellt är detta en låg siffra. För att förbättra situationen har lönerna för sjuksköterskor och vårdbiträden höjts kraftigt de senaste åren.

Åldringsvården ligger i Tyskland utanför sjukhusen. Släktingar i rakt nedstigande led är ömsesidigt underhållsskyldiga. De offentliga trygghetssystemen ses endast som komplement till familjen när det gäller omvårdnad. Den lägre förvärvsfrekvensen för kvinnor i Tyskland, 53 % mot 82 % i Sverige, möjliggör att en stor del av åldringsvården fortfarande kan ske i hemmet. För äldre med större problem finns även ålderdomshem. Vanligen drivs dessa av välgörenhetsorganisationerna, men även privata vinstdrivande hem finns. En vårdplats kostar normalt mellan 3 000 och 4 500 DM per månad (11 000–17 000 SEK). Kostnaden betalas av den gamle själv eller av dennes barn; ofta träder dock socialhjälp in.

Separation av finansiering och produktion

Sammanfattningsvis kan vi konstatera att sjukvården i Kanada, Tyskland och Schweiz kännetecknas av en klarare separation av finansiering och produktion än vad vi har i Sverige. Detta skapar ett köpar/säljarförhållande som påverkar produktiviteten i systemet. Läkare, som agerar som privata entreprenörer, utgör det dominerande inslaget i systemet. Läkarnas agerande är dock försett med väsentliga restriktioner. För det första är de avgifter som får tas ut förhandlade mellan läkarnas organisationer och olika regionala organisationer som företräder finansiärerna. För det andra finns det strukturella förhållanden som sätter gränser för hur mycket kostnaderna kan stiga. Slutsatsen måste bli att man i Kanada, Tyskland och Schweiz har väsentligt mindre problem med produktiviteten och köer än vad vi har i Sverige. Däremot tycks inte konflikterna med personalen rörande löner eller problemen att rekrytera vara väsentligt annorlunda. I de tre systemen arbetar man med prestationsersättning och i princip öppen budget inom primärvården. Utgifterna styrs genom kontroll av läkartaxan. När det gäller sjukhusvården styrs denna huvudsakligen via slutna budgetar.

Det är intressant att konstatera att man i alla tre länderna har väsentligt flera sjukhus men färre vårdplatser än vad vi har i Sverige. Man har också lägre personaltäthet men högre löner. Läkarnas aktivitet är väsentligt högre mätt både som antalet besök och som antalet inläggningar eller operationer av olika slag. Trots detta blir inte systemet totalt sett dyrare. Förklaringen till detta ligger i den högre produktiviteten.

De erfarenheter som kan dras för Sverige torde främst ligga i de möjligheter till produktivitetsökningar som en separation av finansiering och produktion innebär. Erfarenheterna visar emellertid också att relationer mellan finansiär och producent måste utformas med omsorg för att de uppställda målen skall nås. Frågan är dock om inte i framtiden incitament i högre grad måste ersätta planering och direkt styrning. Om så är fallet kan erfarenheterna från Kanada, Tyskland och Schweiz ge intressanta erfarenheter av hur en lämplig incitamentstruktur skall utformas.

Konvergerar hälso- och sjukvårdssystemen?

Vi kan konstatera att hälso- och sjukvårdens organisation och finansiering skiljer sig åt mellan olika länder. Det är då intressant att ställa och försöka besvara frågan om dessa skillnader förblir intakta, reduceras eller ökar över tiden. Den närmast till hands liggande hypotesen är att systemen över tiden tenderar att bli allt mera lika varandra, d. v. s. konvergerar. Frågan är dock vad vi menar med detta. Finns det ett optimalt sjukvårdssystem som ligger någonstans i mitten mellan ett centralplanerat sjukvårdssystem av den typ vi ser i Sverige och Storbritannien och ett mera marknadsinriktat system av den typ vi ser i USA? Eller är det så att konvergensen enbart avser finansieringen, dvs. en hög grad av offentlig finansiering och central kontroll av de totala sjukvårdsutgifterna, medan organisationen och styrningen kanske kommer att uppvisa ännu större olikheter mellan länderna?

Det är inte möjligt att ge ett entydigt svar på dessa frågor. Vi kan dock peka på ett antal faktorer som talar för en konvergens av de olika systemen. Den första är behovet av att kontrollera och begränsa de totala sjukvårdskostnaderna. För att åstadkomma en kostnadsbegränsning krävs att staten sätter en ram för hur stora kostnaderna tillåts bli. Det är knappast möjligt att överlåta detta på konsumenter och producenter så länge finansieringen sker av tredje part. Alternativet är att staten garanterar en bassjukvård och att marknaden därefter får bestämma hur stora de totala kostnaderna får bli. Om definitionen av bassjukvård görs snäv, kommer detta att innebära att vi får en uppdelning i två delsystem, ett för dem som bara har bassjukvården och ett för de som efterfrågar och har resurser att betala för ytterligare vård. Detta leder till komplicerade avvägningar om vad som skall ingå i bassjukvården. Om definitionen görs mycket vid, hamnar vi i praktiken i den situation vi har i dag, med en mycket liten privat finansierad och privat producerad vård. Min hypotes är att hänsyn till såväl effektivitet som rättvisa gör att länderna här kommer att göra relativt likartade avvägningar.

Ett annat argument som talar för en konvergering är den låga produktiviteten i de centralt planerade och styrda sjukvårdssystemen. Det blir nödvändigt att i ökad utsträckning använda marknadslösningar för att åstadkomma effektivitet i produktionen.

Det gäller dock inte bara att göra saker rätt utan också att göra rätt saker. Studier har visat på stora skillnader mellan vårdutnyttjande och vårdbehov såväl inom som mellan länder. Dessa stora skillnader kommer inte på lång sikt att vara förenliga med kraven på en effektivare sjukvård. De mindre effektiva insatserna kommer att skäras bort så att det som blir kvar blir mera likt.

Den snabba spridningen av ny medicinsk teknologi talar också för en utjämning. Fortfarande är mycket av sjukvårdsteknologin hemmagjord. Som exempel kan nämnas läkemedlen, där ännu en betydande del av den nationella konsumtionen avser läkemedel som ej finns registrerade utanför landet. Detta kommer successivt att förändras. Den internationella spridningen gäller också organisatoriska reformer. Ett par exempel är spridningen av begrepp som DRG, diagnosrelaterade grupper, och HMO, Health Maintenance Organizations, från USA till Europa.

Konvergensens sker främst genom ökade internationella kontakter. Däremot kommer konkurrensen mellan länder troligtvis också i framtiden spela en mindre roll för utvecklingen. Sjukvård förblir i stor utsträckning en lokal vara. En ökad rörlighet inom Europa kommer dock att bidra till konvergensens.

Utvecklingen av produktionsförhållandena talar således för konvergens. Vårt lärande av varandra är en viktig faktor i denna process. Vad som händer i andra länders sjukvård är därför i hög grad relevant och intressant för den svenska sjukvården.

Referenser

- Gerdtham, Ulf-G., *Essays on International Comparisons of Health Care Expenditure*. Linköping Studies in Arts and Science, 66 (diss.), 1991.
- Jönsson, B., *What can Americans learn from Europeans?* In: OECD: *Health Care System in transition*, sid 87–101, 1990.
- OECD, *Health Care Systems in Transition – The search for efficiency*. Social Policy Studies, No. 7, Paris, 1990.

9. *Anpassa goda idéer från utlandet till den svenska traditionen*

Bengt Holgersson (s)

Den svenska sjukvården förbättras inte genom drastiska systemförändringar efter utländska förebilder utan genom att goda exempel från andra länders vårdorganisation inplanteras i vårt system. Det anser Bengt Holgersson (s), landstingsråd från Malmöhus läns landsting, och ledamot av Landstingsförbundets styrelse. När det gäller specifika organisatoriska lösningar tillstår han att även USA kan tjäna som förebild, trots att detta land inte har mycket att lära oss på den övergripande systemnivån.

– Det jag har lärt mig är att vi bör ta intryck från olika idéer utomlands, och förändra dessa till att passa vårt eget system, men att inte kasta ut hela systemet för att nödvändigtvis göra något drastiskt nytt.

– Man kan säkert göra förändringar i sjukvårdens grundläggande organisation, men jag tror att det är viktigare att man bygger vidare på den tradition vi har. Stora strukturella förändringar kan leda till att hela systemet kollapsar eller åtminstone att vi får svåra övergångsproblem.

När svenska sjukvårdspolitiker förr om åren åkte utomlands var det ofta för att studera användningen av medicinteknisk utrustning och mindre intresse ägnades åt sjukvårdssystemens organisation. Bengt Holgersson menar att det skett en svängning så att

man idag är mer intresserad av organisation och systemlösningar. Han är dock kritisk till tendensen att svenska landstingspolitiker för lätt accepterar aktuella trender, vare sig dessa har sitt ursprung utomlands eller inom landet. Det viktigaste är att lära något av trenden, men inte nödvändigtvis följa den. Det gäller att fundera igenom om olika lösningar verkligen passar vår politiska och organisatoriska kultur.

Skillnad i organisationskultur

En intressant illustration till denna nationsspecifika skillnad i politisk och organisatorisk kultur är enligt Bengt Holgersson den roll staten respektive kommunala organ spelat för sjukvården i Sverige och Storbritannien. På den tiden när staten hade driftsansvar för delar av den svenska sjukvården ledde det till en stelhet och utarmning som skapade sådana problem att man slutligen överlät ansvaret till landstingen för att bringa ordning och rusta upp verksamheten, t. ex. de gamla mentalsjukhusen. Där emot framstod staten i 1940-talets Storbritannien som en garant för kvalitetsförbättringar inom sjukvården. Skillnaden beror på att förvaltningskulturerna är så olika. I Storbritannien styrs vården från departementen genom ministerstyre, medan hos oss olika ämbetsverk och myndigheter hade driftsansvaret. Denna skillnad får man inte glömma bort när man gör jämförelser mellan länder.

Sjukvården subventionerad

Med denna inställning är det inte förvånande att han ser negativt på ett totalt trendbrott inom svensk sjukvård. Varken konkurrerande försäkringsgivare som i det holländska sjukvårdssystemet, eller en sjukvård byggd på privata försäkringar som i Schweiz, faller honom i smaken. Även om han inte kategoriskt avvisar möjligheten att sjukvård kan finansieras genom en offentlig obligatorisk försäkring, där alla medborgare bidrar, istället för genom skatter, är det knappast strukturförändringar i finansieringsledet han vill betona när utländska lärdomar kommer på tal.

I de flesta länder tycker man idag att sjukvården kostar för mycket och som en följd av detta pågår ett sökande efter modeller som kan komma tillrätta med den överkonsumtion och de höga kostnader som finns i systemet. Detta oberoende av om sjukvårdssystemet är försäkringsbaserat eller skattefinansierat. Alla tycks dock glömma att sjukvården oavsett finansieringssystem är kraftigt subventionerad för konsumenten och det leder i sin tur till en bristande balans mellan utbud och efterfrågan. Hur skall man kunna få en fungerande sjukvårdsmarknad när förutsättningarna för en fri och oberoende marknad saknas, resonerar Bengt Holgersson.

– Samma sak gäller försäkringsbolagen. Det skall till mycket stora skillnader i premier om den holländska modellen med konkurrerande försäkringsgivare skall fungera. Jag tror inte man i praktiken får ut den effekt som är teoretiskt möjlig av denna modell.

Ett annat exempel där han tycker att teorin och praktiken riskerar att kollidera är den interna marknaden inom den brittiska offentliga sjukvården NHS. Bengt Holgersson tror inte att konkurrensen mellan sjukhus kan drivas hur långt som helst.

– Om vi ser till Storbritannien så är det intryck jag har fått att man från politiskt håll hoppas att sjukhusen skall konkurrera så att nedläggning kan bli aktuell. När man inte vågar ta politiska beslut om en nedläggning, därför att frågan är känslig gentemot väljarna, hoppas politikerna att marknadskrafterna skall lösa problemet.

– Men det är inte alls säkert att det går, för även i Storbritannien kommer politiker med lokala mandat att tvingas ta strid för sitt sjukhus och bedriva lobbyarbete. Det är precis som hos oss där man i Dalarna hoppas att konkurrens skall leda till nedläggning av något sjukhus. Men då uppträder andra krafter som verkar i riktning mot att behålla sjukhuset. När frågan ställs på sin spets leder det ofta inte till den mest rationella lösningen, utan samhället måste gå in och ta andra hänsyn.

– Marknadsanpassningen kommer inte att lösa de problem som många hoppas att den skall lösa. För många blir det att gå tillbaka till ruta ett och börja om från början.

Att definiera omfattningen

I vissa länder finns en mer selektiv syn än i Sverige på vad det offentliga åtagandet för sjukvården skall omfatta i finansieringshänseende. Den offentliga sjukförsäkringen koncentreras på några tydligt definierade områden, medan andra områden i högre grad lämnas till privat finansiering – försäkring eller egenbetalning. Ett sådant exempel är Kanada och frågan är om denna modell är lämplig för den svenska miljön. Bengt Holgersson menar att det svenska sjukvårdssystemet är ett mycket låst system. Huvudmännen utgår från att alla områden skall täckas.

– Det kan nog bli så att vi får överväga om vi skall skattefinansiera all vård eller om vissa delar får finansieras på annat sätt. Hittills har sjukvården sparat genom procentuellt lika nedskärningar över alla verksamheter. Det är inte alltid den bästa lösningen, snarare kan det vara bättre att skära bort vissa verksamheter. Vi har under senare delen av 80-talet pressat ut mycket luft ur systemet och nu kan man tvingas till andra val. Man kan prioritera i servicegrad genom att begränsa öppethållandet av akutmottagningar som ligger på korta avstånd från varandra, eller ta bort verksamheter av typen kosmetisk kirurgi.

Vårdens organisation

– Jag upplever inte att dom stora vinsterna finns att hämta på finansieringssidan, vare sig vi har ett skattefinansierat eller ett försäkringsfinansierat system, utan dom består i hur man kan bromsa upp kostnadsökningar, hur du konstruerar bromsklossarna i systemet som håller tillbaka kostnaderna. Hittills har inget land ännu hittat det perfekta systemet. I det avseendet är inte USA någon förebild, dom har jätteproblem med sina kostnader.

– Kanada är då ett bättre exempel där dom i vissa avseenden har en tuff reglering, till exempel för etablering för läkare. Man har insett nödvändigheten av dessa bromsklossar och försöker där styra genom etableringsregler. Det är intressant för den svenska debatten, där man från visst håll förespråkar en fri etableringsrätt. Det kan som jag upplever det ta en ände med förskräckelse, genom en okontrollerbar kostnadsexplosion.

När man flyttar blicken till vårdens organisation och uppbyggnaden av medicinska kringresurser finns enligt Bengt Holgersson många goda exempel att hämta utomlands för svensk sjukvård. I Sverige sitter vi fortfarande fast i storskaliga lösningar, och har ofta en rigid inställning till hur saker skall göras. Detta leder till bristande flexibilitet, mindre effektivitet och dålig service gentemot patienten. Exempel på detta är mat och tvättservice.

I USA har man tagit intryck av hur organisationen inom sjukhusen har förnyats genom tillkomsten av centrumbildningar för t. ex. hjärt- och kärlsjukdomar och rörelseorganens sjukdomar. Det innebär att man istället för att som hos oss bygga på en klinikstruktur med gamla anor samlar specialisterna runt patienten.

– Det är spännande att se hur man i USA arbetar för att komma bort från stordriftstänkandet. När storsjukhusen började byggas på 1960-talet innebar det att en lång kommunikationskedja för städning, transporter, röntgen eller laboratorieservice utvecklades. Den värsta avarten i det avseenden jag någonsin sett var i Wien, där ett nytt storsjukhus som fortfarande inte är färdigt, innehöll väldiga transportband för mat, röntgen och laboratorieprover.

– I USA har man använt ny teknik i kombination med ett annat tänkande för att sköta så mycket som möjligt nära patienten. Man har också försökt komma bort från personalens funktionsuppdelning, och i stället har till exempel två sjuksköterskor ansvar för allt från städning till analyser av olika prover för sina patienter. Det leder till engagemang och en bättre omvårdnad.

Att ersätta stordrift

Under 1950- och 60-talen gjorde Sverige ett vägval och utmönstrade de små enheterna i sjukvården och koncentrerade specialistresurser till internationellt sett mycket stora sjukhus, inte sällan med över 1 000 vårdplatser. Många länder i Västeuropa, t. ex. Nederländerna och Schweiz har kvar små sjukhus, visserligen med varierande standard. Även om han är kritisk till mycket av det tänkande som på 1950- och 60-talen ledde till uppbyggnad av regionsjukhusen, menar Bengt Holgersson att detta centralistiska system gynnat standarden på svensk medicinsk vetenskap. Detta bör man ha klart för sig anser han, och anger detta som en anledning till att den medicinska vetenskapen ligger långt framme i Sverige.

– Jag tror att den höga standarden beror på att vi som litet land har centraliserat, så att specialisterna fått ett bättre patientunderlag än i andra länder av jämförbar storlek.

– Det styrda systemet i Sverige förde i alla fall med sig att det var möjligt att hålla uppe en bra kompetens. Däremot har dom en hög effektivitet i Schweiz, små sjukhus är mer effektiva än stora.

– I min modell för den framtida svenska sjukvården, där diagnostiska centrubildningar ingår, skall man skilja vårdplatserna från kliniken. Vårdplatser i dagens mening blir allt färre. Intensivvårdsplatserna går inte att förändra särskilt mycket, de kommer att finnas kvar, men ett mycket stort antal platser kan föras över till patienthotell. Patienthotellen skall anpassas efter olika åldersgrupper och deras behov.

Medverkan från anhöriga

I denna modell ser han också en ökad medverkan av anhöriga. Att bygga sjukvård eller social service för barn och gamla på frivilliga insatser i allmänhet avvisar dock Bengt Holgersson. Han uppfattar inte det frivilliga vårdarbetet bland anhöriga i t. ex. Tyskland och Storbritannien som en framkomlig väg, utan

detta representerar en kvarleva som även dessa länder tvingas ersätta med offentlig finansiering och professionell omsorg.

– Äldreomsorgen i England och Tyskland är uppbyggd kring en förhållandevis liten offentlig insats, men där står man inför väldiga problem. En ökad förvärvsfrekvens bland kvinnor ökar trycket på offentliga insatser. Där är vi betydligt bättre rustade och vi har under lång tid fått tackla en situation som andra länder nu är på väg in i.

Däremot tror han på ökad anhörigmedverkan i omsorgen av både unga och gamla under avgränsade sjukdomsepisoder i anslutning till sjukhusbesök. Moderna patienthotell bör innehålla små lägenheter där föräldrarna bor med barnen och de kan både städa och svara för hygien, men har möjlighet att ringa efter kvalificerad medicinsk hjälp.

– Anhörigmedverkan i den formen tror jag mycket på, men inte att ersätta offentliga insatser i stor skala under långa vårdtider.

Kontrakterad drift

Att i likhet med Storbritannien omvandla offentligägda sjukhus till stiftelser för att därigenom få en större flexibilitet är Bengt Holgersson skeptisk till. Däremot förefaller den form av kontrakterad drift för sjukhus som tillämpas i USA möjlig att införa i Sverige, särskilt för sjukvårdens kringverksamhet.

– Det är klart att man kan lägga över sjukhus till stiftelser som i Storbritannien, men jag har svårt att se vad vinsten skulle bli, åtminstone från min utsiktspunkt i Malmöhus läns landsting. Jag tycker att våra sjukhus har stora friheter när det gäller driften. Dom kan göra allt utom att starta nya verksamheter. Det går också att decentralisera lönepolitiken inom det nuvarande systemet, det är vad vi håller på med här. Visst känner vi lite osäkerhet vad det skall leda till utan central lönebildning. Men min uppfattning är att vi kan komma långt inom dessa områden utan att gripa till stiftelseformen.

– Man kan tänka sig kontrakterad drift för hela sjukhus, men där jag tror det kommer i stor skala är kringverksamheten. Landstingen är bäst på att sköta vårdarbetet, och sämre på stödfunktioner som mat, tvätt och den typen av service. Jag tror det är bäst att köpa in professionalism på det som är våra kringverksamheter. Vi kommer att få se betydligt mera av denna management på vissa delar av verksamheten, såsom vi har gjort med köket på sjukhuset i Lund.

Professionella styrelser

Ett alternativ till kontrakterad drift är att förstärka det professionella inslaget i de styrelser som ansvarar för sjukvården. I Storbritannien har detta skett på regional nivå och distriktsnivå, där representanter från näringslivet har ersatt politiska och fackliga företrädare. Det är inte sammansättningen av dessa styrelser som är det viktiga, anser Bengt Holgersson, utan att ledamöterna agerar på rätt sätt. Han bygger detta påstående på egen erfarenhet som ledamot av styrelser för såväl offentliga institutioner som företag.

– Man måste fundera mer innan man går på linjen med professionella styrelser. Även om det är viktigt att ha duktiga personer i en styrelse är det trots allt viktigare att fråga sig vad styrelsen för till exempel ett sjukhus skall syssla med. Skall den lägga sig i driftsfrågor eller skall den kontrollera hur effektivt sjukhusledningen förvaltar skattepengarna. Det finns både bra och dåliga professionella ledamöter precis som det finns politiker. Jag är inte övertygad om att det behövs en professionell styrelse för driftsansvaret.

Kritisk inställning

Ett område där amerikansk sjukvård enligt Bengt Holgersson kan stå som förebild är den kritiska inställningen till medicinsk kvalitet, och den öppenhet som finns i kvalitetsbedömningar. I detta avseende ligger Sverige långt efter, även om svenska läkare är mera öppna än sina brittiska kolleger.

– I Sverige ligger läkarnas attityder någonstans mellan USA och England. I England har läkarna mycket stor frihet, och åtminstone tidigare har ingen med logik eller förnuft kunnat övertyga dom om att ändra klinisk praxis.

– Jag är imponerad av den kvalitetsbedömning som sker i USA, där man tittar på hur många operationer en läkare har gjort och hur mönstret för komplikationer ser ut. Man måste titta på vad som är bra och dåligt inom sjukvården och kunna diskutera detta. På den punkten borde mer av det amerikanska synsättet komma in i svensk sjukvård.

Kapitering i primärvården

I det svenska sjukvårdssystemet har under lång tid primärvården betraktats som en ofullständigt utbyggd verksamhet. I jämförelse med många andra länder i Europa har Sverige få allmänläkare utanför sjukhus. Det brittiska familjeläkärsystemet brukar ibland framhållas som en god förebild. Bengt Holgersson håller med om att familjeläkärsystemet i Storbritannien tycks fungera bra. Det ger en hög kontinuitet, men det kräver dock en hel del av den enskilde läkaren i form av jourtjänstgöring, något som svenska allmänläkare inte är vana vid. Det negativa är att förebyggande insatser inte har fått lika mycket uppmärksamhet som i Sverige.

– Kapiteringssystemet för allmänläkare i Storbritannien är positivt för det innebär att dom inte jager patienter som i Tyskland. Läkaren behöver inte tänka på att intäkterna kan ökas genom att han tar in mer folk. Ett sympatiskt inslag i det brittiska systemet är att du som patient aldrig behöver misstänka att läkaren tar in dig för att han vill tjäna pengar på ditt besök. Allmänläkaren har en klumpsumma för att klara din hälsa.

– I Tyskland har läkarna långt fler besök än här. Men hur mycket är egentligen överkonsumtion? Även om man kan ifrågasätta vad som finns bakom dom tyska siffrorna tror jag att svensk primärvård kan spotta upp sin produktivitet. Å andra sidan får vi

inte glömma att dom svenska distriktsläkarna lägger mycket tid på förebyggande vård.

Att allmänläkarna likt i flera andra länder skulle fungera som gate-keeper inom sjukvården, för att genom ett remissförfarande styra och ransonera patientflödet till slutenvården, utesluter Bengt Holgersson för svensk del. Även om han betonar att överkonsumtion av sjukvård måste begränsas skall inte detta ske genom en tvångströja på patienten i form av remisser.

– Utvecklingen går bort från remissförfarandet, och folk upplever det som en onödig reglering. Jag gillar inte tvånget med remiss, man måste ha en ventil. Här i södra regionen finns numera en fullständig valfrihet för patienter. Med en gate-keeper kan vi få problem med doctor's delay, så att patienten går flera omgångar till allmänläkaren utan att bli bättre, och till slut kommer till sjukhus på remiss, där dom undrar varför han inte kommit tidigare.

– Gärna en familjeläkare som känner dig, men patienten måste ha friheten att på eget initiativ gå någon annanstans utan hans medgivande. Jag håller med om att detta kan vara svårt förena med kapitering, som annars är en bra metod för ersättning till allmänläkare.

Läkarnas ersättning

En möjlighet att påverka produktiviteten i sjukvården som helhet är genom differentierad ersättning till läkare, enligt den modell som tillämpas i Kanada. Bengt Holgersson menar att tiden kan vara mogen att diskutera nya lönesystem. Läkarförbundet visar ett intresse på den punkten. Han vill dock inte närmare precisera vilka lösningar som kan vara aktuella. Det är emellertid slående att svenska läkare gör ganska få operationer.

– I Sverige har skattesystemet medfört att det inte varit intressant för läkarna att jobba så mycket, medan vi ser att efter skatteomläggningen tar fler läkare ut jourkompensationen i pengar.

– Jag tror att skattesystemet i kombination med justeringar av systemet för jour och beredskap kommer att aktualisera frågan om nya lönesystem för svenska läkare.

Tam sjukvårdsdebatt

I jämförelse med många andra länder är den sjukvårdspolitiska debatten i Sverige inte särskilt livlig. Genom att ansvaret för sjukvården i stor utsträckning vilar på landstingen, blir inte dessa frågor föremål för rikspolitiskt intresse. Kontrasten till situationen i Storbritannien är påtaglig, där reformeringen av National Health Service har vållat stor uppmärksamhet. Skillnaden i hur debatten förs beror på flera faktorer, menar Bengt Holgersson.

– Det finns i Storbritannien en mycket större tydlighet i politiken, eftersom valsystemet gör att i stort sett finns det bara två partier. Detta gör att alternativen framstår mycket tydligare än i Sverige.

– I Sverige har inte sjukvårdssystemet varit föremål för debatt på systemnivå förrän i mitten av 1980-talet. Det rådde länge konsensus om systemet. Nu har debattklimatet förändrats och det är växande kostnader som bidragit till detta.

– Dessutom kan man säga att massmedierna i Sverige tyvärr drar upp sjukvårdsfrågor från helt fel vinklar, och generaliserar utifrån enskilda fall. Det gör att vi inte får någon bra debatt om sjukvårdssystemet som sådant, utan om sidoeffekter.

Alternativ medicin

I den japanska sjukvården kan traditionella alternativa behandlingsformer och vetenskaplig medicin existera sida vid sida, vilket tydligt illustrerar de kulturella särdrag som ryms inom sjukvårdssektorn, men som ibland glöms bort. Även i Europa, dock i mindre utsträckning i Sverige, har alternativa behandlingsmeto-

der vunnit erkännande vid sidan av de som bygger på den vetenskapliga biomedicinen. Sverige intar i detta avseende en ganska rigid position, där alternativmedicin endast undantagsvis ersätts genom offentlig försäkring. Det beror på att svenska politiker har varit mycket lyhörda för läkarnas synpunkter, menar Bengt Holgersson. Han tror dock att en uppluckring kommer att ske.

– Inte så att vi går mot en extrem där zonterapeuter med kort utbildning får samma status som övrig sjukvård. Men kiropraktorer med lång utbildning kan mycket väl knytas till försäkringskassan. Vi kanske kan vara mera öppna och lära oss från länder som ligger i den nära omgivningen, som Tyskland, där även vissa former av alternativmedicin ersätts av försäkringen.

– Det väsentliga är att människor blir friska, även om det sker genom någon form av placeboeffekt. Men behandlingsmetoder får naturligtvis inte skada individen.

Intervju: Peter Garpenby

10. *Vi bör lära, inte minst av misstag i andra länder*

Bo Könberg (fp)

Den utmaning Sverige står inför under 1990-talet är att skapa ett hälso- och sjukvårdssystem, där trygghet, en offentlig finansiering som omfattar alla medborgare oavsett inkomst, kan förenas med en betydande frihet att välja mellan olika vårdgivare, men där även hög produktivitet tillgodoses inom sjukvården, liksom en effektiv kostnadskontroll.

Det menar Bo Könberg (fp), biträdande socialminister och tidigare landstingsråd i Stockholms läns landsting. Han säger sig vara förvånad över att svenska sjukvårdspolitiker så lite har intresserat sig för hur man hanterar organisatoriska frågor inom sjukvården i andra delar av Europa, inte minst i de nordiska länderna.

– Man var faktiskt bättre påläst i slutet av 1800-talet. Det visar Adolf Hedins motion till riksdagen om socialförsäkringar, där han demonstrerar goda kunskaper om det socialförsäkringssystem Bismarck introducerade några år tidigare i Tyskland.

De största lärdomarna för nutida svenska politiker finns att hämta i det geografiska närområdet, anser Bo Könberg, i länder som Danmark, Tyskland och Nederländerna. Visserligen har Kanada ett tilltalande sjukvårdssystem, med en kombination av solidarisk finansiering och många fristående producenter, men kostnadsutvecklingen tycks även där vara ett problem. Från länder som USA och Japan finns inte mycket att lära på systemnivå, tillägger han.

– Vi bör lära, inte minst av misstag i andra länder, säger han. Tidigare trodde jag att man skulle kunna få fram det bästa sjuk-

vårdssystemet bara genom att undvika det sämsta i varje land, men fullt så enkelt är det naturligtvis inte. Inget land har hittat den perfekta lösningen, där solidarisk finansiering kopplas till kostnadskontroll. Men det pågår ett experimenterande i många länder och det är värdefullt.

– Mitt intryck är att dom modeller som förekommer i den svenska debatten är ganska lika. Det tycks som om det inte ryms så mycket olikheter i Sverige på samma gång. Vi får glädja oss åt att det finns olika länder att studera.

– Det som mest verkar ha influerat svenska förhållanden är det som sker i Storbritannien, där man skiljer på beställare och producent.

Två basmodeller

I Europa har under perioden efter det andra världskriget utvecklats två modeller för sjukvårdens organisation. En modell där skattefinansiering dominerar och en majoritet av producenter ingår i den offentliga sektorn, såsom i Sverige och Storbritannien. Alternativet är en modell med obligatorisk försäkring och en blandning av privata och offentliga vårdgivare, såsom i Tyskland och Nederländerna. Utanför Europa hör Kanada till denna grupp av länder, men inte USA som saknar obligatorisk försäkring. I Europa är Schweiz en avvikare eftersom försäkringsskyddet baseras på frivillig anslutning.

Bo Könberg ingår i en regering som förklarat att den avser att undersöka förutsättningarna i Sverige för en sjukvård finansierad med obligatorisk försäkring. Av de fyra regeringspartierna är det moderata samlingspartiet som är mest intresserat av denna lösning. Bo Könberg är dock själv tveksam till om en försäkringsmodell går att förena med kostnadskontroll. Han stödjer sig på erfarenheter från andra länder, främst Tyskland.

– Dom som fört fram utländska modeller som förebild har pekat på Tyskland, och möjligen på Schweiz. Men dom som förespråkat Schweiz har trott att detta system är något annat än det i verkligheten är.

– Det tyska systemet har värdefulla inslag, det klarar både universalitet och valfrihet, där finns en stor kapacitet och knappast några köer. Men om man tittar närmare upptäcker man att dom knappast har någon långvård. Ändå kostar detta sjukvårdssystem runt åtta procent av BNP. Dessutom har inte ålderschocken slagit igenom fullt ut där, vilket innebär att dom rimligtvis har stora kostnader framför sig. Dessutom tycks systemet tvinga fram en mängd regleringar.

– Trots detta har jag inget emot att ett försäkringssystem för svensk sjukvård utreds, det borde egentligen ha gjorts i samband med Vägval-studien.

– Men jag tror att det som försäkringsanhängarna vill uppnå, valfrihet och konkurrens, inte kräver en försäkringslösning. Om man hårdrar det hela kan man säga att vi idag har ett försäkrings-system för sjukvården. Det är bara att byta namn på landstingsskatten och kalla den försäkringspremie.

– Det enda seriösa förslaget om en försäkringslösning i svensk politisk debatt är det som moderata samlingspartiet fört fram. Det innebär ett obligatoriskt system, som skall baseras på inkomst och inte på risk för den enskilde och man skall få vård även om man inte har betalt premien. Då är vi i praktiken väldigt nära dagens finansieringsform med vanlig landstingsskatt. Det vill säga om inte motivet är att flytta beslutanderätten från en demokratisk församling till en försäkringskassa, med arbetsgi-var- och arbetstagarrepresentanter. Men så har inte jag tolkat förslaget.

– Det man bland försäkringsanhängarna främst är ute efter är troligen valfrihet mellan olika producenter, och då är frågan om inte detta kan skapas utan att man fransäger sig den kostnads-kontroll som finns inbyggd i dagens system.

– Svaret är nog fortfarande att vi inte vet helt säkert. Det man försöker göra i landsting som Stockholm, Dalarna och Bohuslän, och på andra platser, är att förena en långtgående trygghet med valfrihet och kostnadskontroll.

Stabil grundstruktur

En oundviklig fråga för 1990-talets svenska sjukvårdspolitiker är prioritering mellan olika verksamheter. Skall den offentliga finansieringen omfatta all upptänklig medicinsk verksamhet, med risk för att alla behov inte kan tillfredställas kvantitativt, eller koncentreras till vissa, väl definierade avsnitt, medan andra delar lämnas till privat finansiering, försäkring eller egenbetalning? I Kanada går denna tendens att urskilja. Bo Könberg väntar sig en debatt kring denna fråga, och krav på att politikerna tydligare talar om vad som skall ingå i sjukvårdens grunduppsättning.

– Men jag tycker inte att den grundstandard vi har inom svensk sjukvård idag är för hög. I och för sig kan det bli aktuellt att göra vissa avgränsningar. Men det kan ändå bara bli marginell verksamhet som kan undantas från det gemensamma åtagandet och ekonomiskt spelar detta inte någon stor roll. Antag att man tar bort viss del av plastikkirurgin, snarkoperationer som inte är medicinskt motiverade, och det kan finnas några ytterligare exempel. Men det blir bara marginella verksamheter. Det är möjligt att det kommer fram en del nya teknologier som ytterligare kan aktualisera avgränsningsproblem framöver.

– Men i grova drag kan man säga att det som idag är inkluderat i det offentliga åtagandet bör vara kvar. Vid sidan av detta får medborgarna använda sina pengar till vad dom vill och komplettera med annan sjukvård, och legitimerade yrkesutövare får ägna sig åt vad dom vill.

Svensk familjeläkare

Även om Bo Könberg hittar många positiva drag i den brittiska primärvården, där ett vittförgrenat nät av allmänläkare betjänar befolkningen, anser han att ett svenskt system med familjeläkare, eller husläkare enligt folkpartiets benämning, borde ha en något annan inriktning. Det bör enligt honom baseras på en mycket hög grad av kapitering, dvs. att den största delen av allmänläkarens inkomst inte är beroende av antal besök utan

relaterad till hur många patienter som valt att ansluta sig till läkarens praktik. Däremot kan ersättningsgraden varieras beroende på om läkaren fungerar som husläkare för sin omgivning, och erbjuder hembesök, eller tar emot patienter från ett större upptagningsområde, utan att erbjuda hembesök. Denna modell kan inkludera både landstingsanställda läkare och privatläkare. Remisstvång till sjukhus som i Storbritannien bör inte förekomma, enligt Bo Könberg.

– Vi har länge varit utan den husläkare som funnits i andra delar av Västeuropa, men å andra sidan har patienterna kunnat söka ganska ohämmat direkt på sjukhusen. Det har diskuterats om remisstvång skall införas i Sverige, och det är möjligt att vi får aktualisera detta vid mitten av 1990-talet då vi har ett utbyggt husläkarsystem.

– En annan variant är att som dom gör i Dalarna använda olika prisnivåer om man kommer till sjukhus med remiss eller utan. Detta är kanske en mera tilltalande metod.

Ekonomiska incitament

Att använda ekonomiska incitament för att stimulera produktiviteten inom svensk sjukvård tror Bo Könberg är verkningsfullt. Men det skall utformas så att sjukvårdens producerande enheter får betalt per prestation, inte genom att fee-for-service införs som ersättningsmetod för enskilda läkare.

– Om det är något som dom internationella jämförelserna visar så är det att sjukvårdssystemens struktur, hur dom är uppbyggda och hur man betalar, i mycket stor utsträckning styr det medicinska handlandet.

– Men det är knappast ett system som närmar sig det gamla militärläkarväsendet vi vill ha i Sverige, där patienterna stod på rad; det gynnar inte hälsa och livskvalitet. I Japan förekommer många läkarbesök, men innehållet tycks i mina ögon torftigt, det är tre minuter hos doktorn och sedan iväg med en pillerburk i

handen. Men läkarna tycks leva gott på detta. Något sådant är inte möjligt för svensk del. I primärvården kan jag tänka mig ett litet inslag av fee-for-service vid sidan av kapitation, men på sjukhus är det kliniken som skall ha betalt per prestation, inte läkaren.

– En av dom stora bristerna i det svenska sjukvårdssystemet är produktiviteten, medan systemet i sin helhet är bra. Jämfört med nästan alla andra länder ligger vi dåligt till när man ser till hur mycket vi får ut per läkare.

– Detta går att rätta till om vi inför ett system med betalt per prestation. Jag är övertygad om att redan nästa år kommer vi att se en stor ökning av sjukhusens produktivitet, räknat som både besök och operationer. Sedan är det möjligt att det visar sig att vi sätter in för starka incitament.

Ersättningssystemet i Schweiz för läkare som arbetar utanför sjukhus tycks medföra att slutenvården begränsas. Bo Könberg menar att det är rimligt att använda ekonomiska incitament för att motivera läkare att motverka onödiga specialistbesök och slutenvård. Men det skall inte ske genom en direkt koppling till läkarens lönekuvert.

– Det bör vara möjligt med andra medel. Redan i dagsläget får Kvartersakuten i Stockholm under Göran Sjönell hälften av pengarna för områdets akutsjukvård. Det skall bli intressant att se hur det går efter några år, om antalet vård dagar minskar utan att hälsan försämras.

– I det fallet har inspirationskällan varit den amerikanska HMO-modellen. Det viktiga har varit att peka på en fungerande modell som inte innehåller fee-for-service utan baseras på andra ersättningsmetoder.

HMO-modellen

Det amerikanska sjukvårdssystemet i sin helhet har ingen varm anhängare i Bo Könberg. Han tycker det är bra att ingen deltagare i den svenska sjukvårdsdebatten av signifikant betydelse pläderar för ett system byggt på frivilliga försäkringar som i USA. Ökad kunskap om det amerikanska systemet har nyanserat bilden.

– Man kan lite cyniskt fråga sig om det faktum att närmare 40 miljoner människor står utan försäkring gjort att USA försvunnit som intressant studieobjekt för svensk del, eller om det beror på att kostnaderna rusat iväg. Hade det varit tillräckligt att 40 miljoner står vid sidan om för att diskvalificera USA-modellen? Det mest slående för USA är kombinationen av att hålla så många människor utanför samtidigt som det kostar mer än någon annanstans, och utan att folkhälsan påverkats gynnsamt.

– Det finns också positiva inslag i den amerikanska sjukvårdssystemet. HMO-modellen är ett sådant exempel som länge har intresserat mig. Den snabba expansionen av dagkirurgi under senare år är också värd att uppmärksamma, även om den förmodligen har en del att göra med ersättningssystemet. Det finns säkert också en mängd goda idéer inom sjukhusen om hur man organiserar arbetet som är värt att titta på för svensk del. Det vore konstigt om det inte i ett stort land som USA fanns en hel del att lära.

Politikerna försvinner

Bo Könberg är öppen för att hämta intryck utifrån när det gäller olika driftsformer, och hur sjukvårdens produktion kan organiseras och stödjas. I det sammanhanget är brittiska försök med offentligägda stiftelser, liksom kontrakterad drift av hela sjukhus i USA, av intresse.

– Jag tycker det är intressant med sjukhusstiftelser, säger Bo Könberg. I någon utsträckning är det i denna riktning Stockholms läns landsting går från årsskiftet 1991–1992, fast i annan tappning, när politikerna försvinner från sjukhusens styrelser.

Utan att det sker någon ändring i juridisk status blir sjukhusen mycket självständiga.

– Dessutom har dom borgerliga partierna i Stockholm hävdad att man mycket väl kan sälja några sjukhus till andra producenter, om det går att hitta köpare. Jag tror inte att det är så lätt att finna köpare till stora akutsjukhus, men det får tiden utvisa.

– Jag har inget ideologiskt emot kontrakterad drift, även om jag undrar om det är bra rent praktiskt. Det är fullt möjligt att pröva i Sverige. Sedan är det ett faktum att spelmöjligheterna är mindre i Sverige för en eventuellt inkontrakterad företagsledare, på grund av till exempel arbetsrättslagstiftningen.

Renodlad representation

I Storbritannien ändrades under 1991 sammansättningen av sjukvårdens lokala styrelser, så att den ekonomiska kompetensen höjdes genom att representanter för näringslivet i allt större utsträckning ersatt politiker och fackliga företrädare. Bo Könberg har inget emot professionella styrelser, dock inte av den brittiska varianten.

– Jag tycker att den mest intressant lösningen vore att ha professionellt folk i producentstyrelserna. Professionella styrelser kan antagligen ställa tuffare frågor till verksamheten. Ledamöterna ställs ju inte till ansvar i allmänna val. Men jag tror inte på att som engelsmännen gör ta bort politikerna från beställarstyrelserna. Det är där man skall ha befolkningsföreträdare.

– Vad som inte bör tillämpas är blandade styrelser med politiker, ekonomer och jurister. Då kan en ohållbar situation uppstå med märkliga intressekonstellationer. Det måste ske en renodling av representation i olika typer av styrelser inom sjukvården.

– Att som i Stockholm låta direktören bestämma över sjukhuset är egentligen en nödlösning eftersom det är svårt att med nuvarande kommunallag införa professionella styrelser.

Privata producenter

Sverige står i förhållande till många andra länder i Västeuropa väl rustat med avseende på resurser inom långvård och annan äldreomsorg. Detta måste man ta med i bilden då kostnader för sjukvårdssystem jämförs, menar Bo Könberg. Svensk sjukvård framstår därmed som i betydligt bättre balans än sjukvårdssystemet i många andra länder, trots den debatt om bristande resurser för vård av äldre patienter som förekommer i vårt land. Även om den totala bilden i ett internationellt perspektiv ser gynnsam ut för svensk del finns möjlighet att utveckla äldreomsorgen genom privata initiativ i producentledet, anser Bo Könberg.

– Det vore trevligt om vi kunde få mer av småskalighet och fler privata producenter i äldreomsorgen, säger han. En sak som den nya regeringen skall göra är att se över om det finns hinder kvar för privat etablering inom detta område.

– Men jag tror också att vi måste vara beredda på att bättre än hittills stödja anhängigvårdare. Det är mer humant för den sjuke många gånger att bli vårdad på det sättet. Det kan naturligtvis bli en press på en anhängig att ställa upp. I den mån anhängiga vill hjälpa till skall det vara möjligt och dom skall få en bra ersättning.

Någon överföring av inslag från det japanska sjukvårdssystemet till den svenska miljön tror inte Bo Könberg är realistiskt. Men det japanska systemet är likväl intressant av flera orsaker. Trots en hög frekvens av läkarbesök, långa vårdtider och en omfattande förskrivning av läkemedel har hälsoläget i Japan i mycket hög grad förbättrats under de senaste decennierna.

– Det antyder möjligen att sjukvårdssystemet inte är avgörande för hälsoläget, tillägger Bo Könberg.

Den ställning traditionell folkmedicin intar i Japan är slående, trots att tyngdpunkten inom sjukvården ligger på modern biomedicinsk vetenskap. Men Bo Könberg är inte anhängare av denna blandning, där också alternativmedicin i stor omfattning ersätts via offentlig försäkring.

– Det är möjligt att jag tillhör dom rigida i det avseendet. Men skattemedel som samlas in för att användas för allas bästa måste inom sjukvården gå till den verksamhet som baseras på vetenskap och beprövad erfarenhet. Sedan kan det dyka upp nya saker som man inte tidigare trodde på, som efter prövning kan gå in under offentlig finansiering. Men grunden måste vara att offentlig finansiering endast gäller den typ av medicinsk vård som omfattas idag.

Anpassning till EG

Under 1990-talet kommer Sverige att på många områden förbereda sig för ett inträde i EG. Diskussionen om graden av nödvändig anpassning till den europeiska gemenskapen har redan startat, men sjukvården nämns knappast alls i detta sammanhang. Innebär det att sjukvården blir oberörd?

– En EG-anslutning får konsekvenser för så gott som alla områden, menar Bo Könberg. Men sjukvårdens grundsystem skall inte behöva påverkas. Vi kan antagligen också ha kvar Apoteksbolagets monopol. Det blir ingen skyldighet att införa entreprenad inom sjukvården, omfattningen på detta bestämmer vi själva. Det är möjligt att utbildningen för vissa yrkesgrupper inom sjukvårdens område måste förlängas. Kanske några yrkesgrupper kan ha glädje av möjligheten att kunna arbeta utomlands, men någon stor personalflykt behöver vi antagligen inte riskera.

– I övrigt kan vi ha vilket sjukvårdssystem vi vill, finansierat på det sätt vi önskar. Skillnaden blir inte så stor, eftersom man i andra länder går mot ett högre skattetryck, inte minst för att klara äldreomsorgen.

– Det största argumentet för min del mot en EG-anslutning, som jag för övrigt är mycket positiv till, finns inom folkhälsoområdet. Alkoholpolitiken oroar mig även om det tycks som om vi kan behålla Systembolaget. Men kommer tyskarna att även i fortsättningen ha kvar en mycket låg alkoholbeskattning kommer det att få konsekvenser för Sverige via ökad införsel därifrån.

Ett intressant årtionde ligger framför oss med avseende på hur sjukvårdssystem runt om i världen genomgår förändringar, säger Bo Könberg avslutningsvis.

– Jag har egentligen aldrig varit anhängare av konvergensteorier, men på sjukvårdens område tycks det ligga något i detta. Länder som tidigare varit dom mest planorienterade, som Sverige och Storbritannien, är på väg mot mera av marknadslösningar, medan en del system av den andra extremen tycks vara på väg åt andra hållet, med fler regleringar. Det sker en förflyttning mot mitten, kan man säga.

Intervju: Peter Garpenby

Sjukvård i andra länder – vad kan Sverige lära?

Svensk hälso- och sjukvård tillhör världseliten. Folkhälsan är god. Hela befolkningen har tillgång till bra vård på i huvudsak lika villkor. Inom många medicinska specialiteter ligger Sverige bland de främsta i världen.

Det finns dock problem: köer, låg kvalitet inom vissa områden och växande vårdbehov. De resurser som finns utnyttjas dåligt. Prioriteringssystemen är bristfälliga. Samordningen med andra välfärdssystem är inte den bästa.

Olika lösningar diskuteras och försök med nya styrformer pågår, men den stora frågan kvarstår: Kommer svensk sjukvård att klara framtidens krav med anspråk som växer snabbare än resurserna?

I den här boken tar vi fasta på möjligheten att lära av erfarenheterna i andra länder, där sjukvården är organiserad och finansierad på andra sätt än här. Vi beskriver sjukvården i sju utvalda länder: Storbritannien, Kanada, Tyskland, Nederländerna, Schweiz, USA och Japan. Jämförelser görs med Sverige. Föreslagna förändringar i Sverige belyses med de utländska erfarenheterna.

Vad kan Sverige lära av dessa länder? Den frågan besvaras av två ledande sjukvårdspolitiker: Bengt Holgersson, landstingsråd i Malmöhus, och Bo Könberg, sjukvårdsmistern.

Göran Arvidsson och Bengt Jönsson (red): Ove Anbäcken, Per Carlsson, Lena Finnström, Jonas Frycklund, Peter Garpenby och Clas Rehnberg

ISBN 91-7150-427-3

