

Skapar vårdsystemen skillnader i vården?

EN JÄMFÖRELSE MELLAN ÅTTA LÄNDER

If all variation were bad, solutions would be easy. The difficulty is in reducing the bad variation, which reflects the limits of professional knowledge and failures in its application, while preserving the good variation that makes care patient centred. When we fail, we provide services to patients who don't need or wouldn't choose them while we withhold the same services from people who do or would, generally making far more costly errors of overuse than of underuse.

(Mulley 2010)



Förord

Varför finns det skillnader i vården? Har vårdgivarna svårt att mönstra ut mindre effektiva metoder och införa nyare? Är det slumpen? Eller har variationerna att göra med det svenska systemet med självstyrande landsting och regioner?

I debatten är ofta utgångspunkten att variationerna har att göra med sjukvårdssystemet. Ofta uttrycks det som att det handlar om olika prioriteringar och budgetramar hos huvudmännen.

Är då skillnaderna mindre i länder med andra sjukvårdssystem?

Sveriges Kommuner och Landsting har låtit Sven- Eric Bergman, konsult, ta fram en internationell jämförelse om skillnader i länder med olika sjukvårdssystem. Den omfattar åtta länder: Danmark, Finland, Norge, Tyskland, Nederländerna, Frankrike, England och Kanada. Inget av dessa länder har en så systematisk, bred och öppen kvalitetsredovisning kring skillnader som Sverige har. Men regionala skillnader förekommer och diskuteras i alla dessa länder. Det är alltså inte unikt för Sverige.

Vår förhoppning med denna rapport är att nyansera debatten om orsaker till skillnader i vården. För det finns oacceptabla skillnader som består i årtal och som beror på brister i kunskapsspridningen, något som alla länder oavsett sjukvårdssystem brottas med. Det är ett av skälen till SKL:s engagemang i Öppna Jämförelser, som syftar till att öka lärandet landstingen emellan. Det har också gett både förbättrade resultat för helheten, men också till minskad variation genom att de med sämre resultat förbättrat sig mest.

Det finns inga standardmodeller för hur lärandet kan snabbas på. Det är ytterst ett ledningsuppdrag och det är ingen helt enkel avvägning mellan att stimulera förbättringar som förutsätter skillnader och att kräva att alla enheter lär av de som lyckas bättre.

Samtidigt måste vi kunna klara av att leva med skillnader. De är inte bara oundvikligt i mänskliga sammanhang, de är också önskvärda. Eftersom det är skillnader som leder till utveckling.

Stockholm i november 2011

Göran Stiernstedt
Avdelningen för vård och omsorg
Sveriges Kommuner och Landsting

Innehåll

Variationer i tillhandahållande av medicinska metoder, ett allestädes närvarande tema.....	6
Roller och ansvar på subnationell nivå	8
Regional/lokal nivå	8
Administrativa nivåer och beslutsfattande på subnationell nivå	9
Ansvarförhållanden på regional /lokal nivå	9
Relationer mellan nationella och subnationella nivåer.....	10
Variationer i tillhandahållandet	12
Variationer vid olika typer av behandling	12
Vad är obefogade praxisvariationer i olika typer av vård?	13
Tänkbar inverkan av sjukvårdssystemet på variationer i tillhandahållande av medicinska metoder	14
Ländervis beskrivning.....	17
Omfattning, innehåll och material.....	17
Danmark.....	19
Systemet utformning i stort	19
Finland.....	21
Systemet utformning i stort	21
Norge.....	23
Systemet utformning i stort	23
Tyskland.....	25
Systemet utformning i stort	25
Nederländerna.....	28
Systemet utformning i stort	28
Frankrike	30
Systemet utformning i stort	30
England	33
Systemet utformning i stort	33
Kanada	36
Systemet utformning i stort	36
Referenser.....	39

Variationer i tillhandahållande av medicinska metoder, ett allestädes närvarande tema

Från och till uppmärksammas frågan om att patienter har olika tillgång till diagnostik och behandling beroende på var de bor, vilket landsting de tillhör. Som exempel, utan att gå in på sakfrågorna, kan nämnas två artiklar i *DN* de senaste månaderna. Den ena har rubriken "Hundratals går miste om cancermedicin" (2011-03-15). I den uppmärksammas skillnader mellan landstingen i förskrivningen av läkemedlet Herceptin till kvinnor med aggressiv form av bröstcancer. Den andra, "Jag har tur som bor i rätt stad" (2011-04-05), pekar på skillnader i bedömning och behandling av metastaskirurgi vid tjock- och ändtarmscancer.

En diskussion om regionala variationer i vårdpraxis måste beakta flera olika aspekter om den skall bli meningsfull.

En aspekt är om det *verkligen* föreligger den här typen av skillnader, vad som beror på slumpen, tidigare implementering etc. En annan rör synen på skillnader som sådana; ett system utan skillnader skulle samtidigt vara ett system utan utveckling. Därmed inte sagt att alla skillnader är adekvata eller acceptabla. Andra aspekter kan relateras till den vidare frågan om kunskapsspridning inom sjukvården samt till frågan om hur nya medicinska metoder utvärderas och implementeras.

Men som tidningsrubrikerna indikerar är ofta utgångspunkten att variationerna har att göra med sjukvårdssystemet. Det svenska decentraliserade systemet med självstyrande landsting och kommuner som huvudmän för sjukvården ses som huvudorsak till problemen. Ofta uttrycks detta, explicit eller implicit, som att det handlar om olika prioriteringar och budgetramar hos huvudmännen. Veterligt finns dock inga exempel på att politiska beslut hos huvudmännen påverkat det medicinska handlandet vad avser exempelvis förskrivning av ett visst läkemedel.

Variationer i tillhandahållandet av hälso- och sjukvård är en fråga på agendan i alla länder. Det handlar då inte enbart om är de regionala variationerna utan även andra skillnader kan uppfattas som problematiska. Det gäller bl.a. socioekonomiska skillnader och, även om de inte är så framträdande i länderna i denna studie, etniska skillnader. De socioekonomiska skillnaderna och de regionala samvarierar inte sällan som en konsekvens av segregering i boende- och arbetsmarknadsstruktur.

Även vid en relativt snabb genomgång av träffar på nätet vid sökningar på variationer i hälso- och sjukvården finner man att det är en hel skala av frågeställningar, som tas upp.

Det kan gälla frågor som (delvis överlappande):

- Politikområdesövergripande variationer där hälso- och sjukvården är en komponent.
- Variationer i resurser.
- Variationer i vårdutnyttjande.
- Variationer i diagnos och behandling av specifika patientgrupper.
- Variationer i diagnos och behandling av specifika sjukdomar.
- Variationer i specifika metoder.
- Variationer i tillhandahållande av hjälpmedel.
- Variationer i kostnader/utgiftsnivåer.
- Variationer i personalförsörjningen.
- Variationer i kvalitet.
- Variationer i resultat.
- Variationer i väntetider.

Däremot finns ännu inte några etablerade, löpande och mer systematiserade redovisningar av de regionala variationerna i dess helhet. Sådana börjar nu, som framgår av länderredovisningarna i annex till denna rapport, utvecklas på olika håll med något olika inriktning och uppläggning. Detta gäller bl.a. England, där en *NHS Atlas* under 2010 presenterades enligt mönster från det utvecklingsarbete, som under mer än tjugo år har bedrivits inom *Dartmouth Atlas* i USA. I Nederländerna redovisas vart annat år rapporter om prestanda i den holländska sjukvården. Tonvikten ligger där på det nationella planet, men vissa regionala variationer redovisas också. I Tyskland och Frankrike redovisas data på sjukhusnivå. Canada jämför provinser och regioner.

I Sverige är *Öppna jämförelser (ÖJ)* ett led i att lyfta fram de regionala variationerna. Hälso- och sjukvårdens kvalitet och effektivitet redovisas årligen genom indikatorbaserade jämförelser. ÖJ redovisar jämförelser mellan landsting av medicinska resultat, patienterfarenheter, tillgänglighet och kostnader. Ett första syfte med ÖJ är att göra den gemensamt finansierade hälso- och sjukvården öppen för insyn och därigenom ge underlag för den offentliga och politiska debatten om hälso- och sjukvården. Ett andra syfte är att bidra till hälso- och sjukvårdens ledning och styrning genom att lyfta fram goda resultat, mindre goda resultat och direkta brister lyfts fram i ljuset på ett mera strukturerat sätt. Jämförelserna leder också till bättre tillgång till data om resultat och prestationer i hälso- och sjukvården.

När det gäller policies/strategier för att motverka regionala skillnader arbetar alla länder utifrån sina förutsättningar med att minska de variationer, som inte är önskvärda. Med de termer, som kommer att förklaras nedan, är det främst den potentiella underbehandlingen vid effektiv vård, som ur såväl ett patientperspektiv som ekonomiskt perspektiv framstår som väsentlig. Självklart är, ur ett ekonomiskt perspektiv, överbehandlingen av främst utbudssensitiv vård angelägen att komma till rätta med. Sådant vård kan ju också innebära risker för patienten.

Att det är angeläget att se till att brister i kunskaper och färdigheter inte leder till en inadekvat vård är givet. Finns det effektiva metoder skall alla få del av dem oavsett bostadsort. Det kan dock vara viktigt att vara medveten om att denna del av vården inte är särskilt omfattande. Den välkände engelske hälsoekonomen Alan Maynard har redovisat siffror, som pekar på osäkerheten i den kliniska effektiviteten av olika åtgärder. För nästan hälften av åtgärderna (48%) är effektiviteten okänd. 13% är nyttiga och 22% är troligen nyttiga. För 8% handlar det om en trade-off mellan nyttighet och skadlighet. 6% är troligen inte nyttiga och 3% ineffektiva eller skadliga.¹

Men, som sagt, oavsett storleken på problemen finns det anledning att komma bort från de oönskade regionala variationerna. Det sker i olika politiska och administrativa

¹ Maynard, A. 2008. *Payment for Performance (P4P): International experience and a cautionary proposal for Estonia*. Estonian Health Insurance Fund. WHO Europe, s. 6.

miljöer. Nästan alla länder arbetar med någon form av regional nivå i sitt sjukvårdssystem. Den ser olika ut, främst som en följd av historia och grundläggande politiska strukturer. Det finns inget som talar för att något speciell konfiguration *i just detta avseende* skulle vara bättre än någon annan.

För att ge ett lite annorlunda perspektiv, mest för att visa att de regionala skillnaderna finns i många länder och att flera förklaringsmodeller kan vara relevanta, skall här kort refereras en undersökning av Westert och Groenewegen från 1999. De tittade på elva europeiska länder och fann stora variationer inom samtliga länder vad avser vårdplatser och läkare. Variationerna var större för vårdplatser än för läkare. I båda fallen hade den dock minskat mellan 1970 och 1990, som var de två tidpunkter de samlade data om. Deras syfte var att se om politiken hade någon inverkan. De fann då att de regionala skillnaderna minskat mer i länder som haft fler år av socialistisk majoritet under mellan 1970 och 1990. Däremot kunde de inte finna något samband mellan år av socialistisk majoritet 1945-1970 och skillnader 1970 respektive socialistisk majoritet 1970-1990 och skillnader 1990.²

En, explicit eller implicit, uppfattning i den svenska debatten är att självständigheten hos kommuner och landsting leder till regionala variationer, som man inte vill ha. En centralisering ses då som lösningen. Denna studie ger inte belegg för att centralisering automatiskt skulle lösa problemen. Däremot finns det förstås all anledning för Sverige att följa vad andra gör och se vilka erfarenheter, som kan hämtas hem. Som vanligt utgör de nordiska länderna bra referenser. Det finns skäl att se om de danska och norska centraliserande reformerna ger något på detta område; OECD:s mest decentraliserade system, Finland, är ett givet kontroll-land. Även centraliseringarna i Tyskland, Frankrike och England är värda följa.

Denna begränsade studie om hur regionala skillnader i tillhandahållande av nya medicinska metoder uppmärksammas på andra håll kan ses som ett första underlag för diskutera om regionala skillnader i tillhandahållande av nya medicinska metoder (förebyggande insatser, diagnostik, behandling, rehabilitering) kan relateras till hur sjukvårdssystemet är utformat.

Denna rapport fortsätter med två analyserande avsnitt. Det första berör den subnationella nivån och hur den relaterar till den nationella när det gäller variationer. Det andra handlar om variationer vid olika typer av vård.

En redovisning av hur sjukvårdssystemet i stort är utformat i åtta OECD-länder, nationella och regionala/lokala strukturer samt hur regionala skillnader uppmärksammas, ges i ett *annex* till rapporten.

Roller och ansvar på subnationell nivå

Regional/lokal nivå

Som framgår av redovisningen i annexet har olika länder skilda hälso- och sjukvårdssystem. En viktig kontext härutöver är det politiska systemet. Det handlar då om skillnader i graden av politisk och administrativ decentralisering. Viktiga faktorer är vilken (om någon) beskattningsrätt regionala/lokala organ har och vilken frihet de har att fatta olika typer av beslut, ytterst stifta nya lagar (i länder med delstater eller förbundsstater).

² Westert, G.P. and Groenewegen, P.P. 1999. 'Regional disparities in health care supply in eleven European countries: does politics matter?' *Health Policy* 47:2:169-182.

Frågeställningen för denna studie är relaterad till just den regional/lokala beslutsstrukturen. Några grundläggande frågor i detta avseende tas därför upp i detta avsnitt.³

Administrativa nivåer och beslutsfattande på subnationell nivå

I många avseenden formas ett lands subnationella beslutssystem av dess historia och vilka traditioner som utvecklats under lång tid. Exempelvis finns i de nordiska länderna en decentraliserad struktur med starka historiska rötter.

Andra nationer har kraftfulla centralistiska traditioner. Det gäller t.ex. Frankrike från revolutionen och Napoleon. I några andra medelhavsländer (Italien och Spanien) är centraliseringen kopplad till relativt sena statsbildningar, men där finns samtidigt en tradition av starka regioner. För Nederländerna, med en yta som Småland och uppemot 17 milj. innevånare kan man tänka att en central sammanhållning kommer mer eller mindre av sig själv. Kanada och Tyskland är förbundsstater med helt olika historisk bakgrund. I Kanada har delstaterna vuxit fram ur centralstaten, i Tyskland handlar det om en helt ny statsbildning efter det andra världskriget, om än med associationer till den gamla nationens furstendömen.

Historiens betydelse innebär inte att systemen är för alltid givna och cementerade. För att återigen ta exempel från Nordeuropa kan man peka på den danska regionreformen, som har inneburit betydande förändringar med centraliserade inslag. Reformen föregicks av en omfattande debatt om effektiviteten i det tidigare, mer decentraliserade systemet.

Roller och ansvarsområden för de subnationella organen varierar också avsevärt. En dimension handlar om det rör sig om demokratiskt valda församlingar eller om det handlar om utsedda administrativa organ. En annan dimension är om det finns en speciell regional/lokal organisation enbart för hälso- och sjukvård eller om denna uppgift ingår i en organisation med mer omfattande uppgifter. Dessa vidgade uppgifter kan såväl avse offentlig service mer myndighetsliknande uppgifter.

För att få en överblick sammanfattas i följande tablå de beslutsfattande strukturerna på subnationell nivå i olika länder. Observera att det i länder med försäkringssystem kan röra sig om parallella strukturer, statligt och försäkringskassemässigt.

	Beslutsfattande på regional/lokal nivå i åtta länder							
	Danmark	Finland	Norge	Tyskland	Nederländerna	Frankrike	England	Kanada
Organ	Regioner Kommuner	Distrikts- styrelser Kommuner	Regionala hälsoföretag Kommuner	Delstat- er Sjuk- kassor	Försä- k-rare	Regionala hälso- styrelser (ARS)	SHAs PCT	Provinser

Ansvarsförhållanden på regional/lokal nivå

Ansvarsförhållandet på regional och lokal nivå kan vara riktat neråt och/eller uppåt. 'Neråt' handlar det för det mesta om ansvar gentemot en regional/lokal befolkning, 'uppåt' mot den nationella nivån (regeringen) eller närmaste administrativa nivå.

³ Inspiration till ansatsen och i viss mån substans har hämtats från Ettelt, N., Nolte, E., Nikolentzos, A. & Mays, N. 2008. *Decision-making in health care: Roles and responsibilities at local, regional and national level*. A report by the London School of Hygiene & Tropical Medicine. Commissioned and funded by the Department of Health.

Ansvarsförhållandet kan vidare vara politiskt (i form av regionala och/eller lokal val) eller administrativt (i form av förvaltningsmässiga regler och processer eller reglering mellan finansär/-beställare och utförare).

Som framgår av följande tablå är ansvaret i flertalet fall riktat åt *ett* håll, antingen uppåt eller neråt. Ansvaret *neråt* tenderar att vara politiskt, även om det också kan innehålla administrativa komponenter som exempelvis kravet att genomföra bedömningar av behovet av hälso- och sjukvård i en region. Ansvaret *uppåt* är i huvudsak administrativt.

Politiskt ansvar neråt: Danmark (regioner och kommuner); Finland (kommuner); Norge (kommuner); Tyskland (delstaterna); Kanada (provinserna).
--

Administrativt ansvar uppåt: Finland (distriktsstyrelserna); Norge (regionala hälsoföretag); Tyskland (sjukkassorna); Nederländerna (försäkrarna); Frankrike (regionala hälsomyndigheter).
--

När ansvaret neråt är *politiskt* är det administrativa ansvaret uppåt ofta begränsat och relativt mjukt. Ytterst har dock den centrala exekutiva makten möjligheter initiera förändringar av systemet.

I de fall det finns ett politiskt ansvar 'neråt' är det intressant att se på i vilken utsträckning detta är kopplat till beskattningsrätt. I denna studie har gällande detta Danmark (kommuner); Finland (kommuner); Norge (kommuner); Tyskland (delstater); Kanada (provinser).

Relationer mellan nationella och subnationella nivåer

Spänningar mellan den centrala och den regionala/lokal nivån förekommer i många länder, oavsett vilket grundläggande system man har. Det är inte helt enkelt att få till en överblick eftersom de varierar efter förutsättningar. Följande sammanfattning av är från en studie av sex västeuropeiska länder (varav tre ingår i denna studie). Taxonomiskt bör den dock kunna ses som generisk.⁴

Allokering av central finansiering

Spänningar, som har att göra med resurser och resursfördelning. Dessa kan gälla den centrala finansieringens inriktning och omfattning. Fördelningen av centrala medel kan uppfattas som orättvis av vissa regioner. En del regioner kan ha underskott och kräva finansiellt stöd för att klara sig ('akuter'). Mixen av central och regional finansiering kan också vara problematisk.

Uppnående av nationella standards

Alla länder har infört någon form av standards, som regionala och lokala organ skall möta för att minska skillnader. Det kan här handla om central bestämda regler för vilka tjänster, som skall ingå i utbudet till medborgarna. Det kan också handla om implementering av nationella planer för vårdstandard. I en del länder använder den nationella regeringen finansiella påtryckningsmedel för att förbättra efterlevnaden av standards; i andra länder är möjligheterna till detta begränsade. Det kan emellertid konstateras att det är oklart om, och i så fall under vilka förutsättningar, finansiella påtryckningar är effektiva.

⁴ Bygger på Ettelt, N., Nolte, E., Nikolentzos, A. & Mays, N. 2008. *Decision-making in health care: Roles and responsibilities at local, regional and national level*. A report by the London School of Hygiene & Tropical Medicine Commissioned and funded by the Department of Health, s. 11.

*Effektivitet hos regionala-
lokala organisationer*

Det kan också uppkomma spänningar genom vad som uppfattas som ineffektivitet, låg produktivitet och variationer i utbudet. Bl.a. har detta varit kopplat till storleken på de regionala organen.

*Politikområdes-
övergripande*

Spänningar mellan den nationella och regionala/lokala nivån kan också ha att göra med faktorer utanför hälso- och sjukvården. Dessa kanske inte direkt påverkar beslutsfattandet inom hälso- och sjukvården på regional/lokal nivå, men kan indirekt påverka såväl den centrala regeringens som de regionala organens möjligheter organisera hälso- och sjukvården.

Denna typ av spänningar förekommer, med olika blandning, i de länder, som ingår i denna studie.

Allokeringen av central finansiering har kommit att få allt större betydelse för hälso- och sjukvården allteftersom kostnadsökningen blivit en allt större politiskt problem. I länder som *Tyskland* och *Frankrike* har socialförsäkringssystemen brottas med stora underskott och i Tysklands fall har skattemedel fått tillföras. I *Danmark* innebär kommunreformen att finansieringen direkt kopplas till förhandlingar mellan staten och regionerna.

Uppnående av nationella standards är ett genomgående tema i utvecklings- och förbättringsarbetet i samtliga länder i studien. Det handlar både om en effektivitetsaspekt och en fördelningsaspekt, i meningen att utjämna icke ändamålsenliga variationer mellan regioner och socioekonomiska grupper. Ser man länderna på en skala centralistiskt – decentralistiskt, från *Frankrike* till *Finland*, brottas man med i stort sett likartade problem i dessa avseenden och man prövar också i stort liknande ansatser att generera och sprida kunskaper.

Effektivitet hos regionala/lokala organisationer har varit en av kärnfrågorna i utvecklingen av hälso- och sjukvårdssystemen i Europa under såg den senaste femtonårsperioden. Vill man spetsa till det kan det väl uttryckas som att de centrala aktörerna (politiska, professionella, administrativa) visar en ständigt ökande misstro mot de lokala aktörernas kompetens, beslutskraft och implementeringsförmåga. Det ligger bakom reformerna i *Danmark* och *Norge*. I *Tyskland*, *England*, *Frankrike* finns, i varierande grad, påtagliga centraliseringstendenser. Regionala företrädare hävdar att den decentraliserade strukturen genom närhet till brukare och vårdgivare kan upprätthålla en innovationsförmåga och hitta lösningar anpassade till skilda förutsättningar i olika regioner. För närvarande är detta dock ett *up stream project*.

Politikområdesövergripande spänningar har att göra med historia och kultur; när, hur och i vilken kontext staten vuxit fram. *Kanada* och *Tyskland* är förbundsstater, av relativt sent stadium. *De nordiska länderna* är sedan århundraden homogena. *England* och *Frankrike* har passerat revolutioner på väg fram mot moderna stater. Trots skillnaderna är det svårt att se att detta i något av länderna har någon avgörande inverkan på politikområdet hälso- och sjukvård. I *Kanada* kan det ha sin betydelse genom att en del provinser verkar mer villiga att bryta upp det nuvarande systemet till förmån för en ökad privatisering.

Variationer i tillhandahållandet

Variationer vid olika typer av behandling

Den brittiske forskaren Alison Grove publicerade i slutet av 1930-talet en klassisk studie av lokala skillnader i tonsillektomi (borttagande av gomtonsillerna) på brittiska skolbarn. Allt sedan dess har hälso- och sjukvårdsforskare dokumenterat betydande variationer i tillhandahållande av hälso- och sjukvård i många delar av världen.⁵

I en analys av variationer inom olika typer av behandling använder Wennberg *et al.* tre olika kategorier: effektiv vård; preferenssensitiv vård; och utbudssensitiv vård. Dessa tre kategorier skiljer sig med avseende på teoretiskt medicinskt kunskapsunderlag, medicinsk evidens, utbud av medicinska resurser samt ändamålsenligheten av att patienternas preferenser påverkar val av behandlingsmetod. Sambanden framgår av följande tablå.⁶

	Faktorer som påverkar hur vården utnyttjas			
	Medicinskt kunskapsunderlag	Medicinsk evidens	Per capita utbud av resurser	Vikten av patienternas preferenser
Effektiv vård	Starkt	Starkt	Svagt	Svagt
Preferenssensitiv vård	Starkt	Varierande	Varierande	Starkt
Utbudssensitiv vård	Svagt	Svagt	Starkt	Varierande

Effektiv vård hänsyftar på behandling (motsv.) som har en bevisad effekt och som inte involverar några märkbara trade-offs, avvägningar mellan kostnader och nytta (i vid mening). Ett exempel är att testa diabetiker för hemoglobin A1c i blodet. Det är sådan vård, som alla patienter med ett specifikt medicinskt behov bör få. Konflikten mellan tillhandahållaren och patienten är i detta fall minimal.

Preferenssensitiv vård involverar däremot trade-offs mellan olika alternativ, som den informerade patienten kan välja mellan. Sådan vård kan exempelvis inkludera koronar bypass kirurgi; den kan förhindra bröstsmärtor, men kan medföra risker för minnesförlust. Beslut om att tillhandahålla vård av denna typ borde därför baseras på patientens preferenser och värderingar. I praktiken kommer dock även kliniska värderingar in. En vida spridd hypotes är att detta ligger bakom variationer i frekvensen av mastektomi. Här kan alltså tillhandahållaren och patienten hamna i konflikt.

Den *utbudssensitiva vården* slutligen tillhandahålls vanligen utan att det finns några specifika kliniska teorier, som kan vägleda om i vilken frekvens diagnostik eller behandling skall ges. Det finns ringa underlag för hur ofta återbesök bör planeras in, vilka diagnostiska tester som skall göras, när slutet vård eller intensivvård är adekvat etc. Utnyttjandet beror alltså i hög grad på vilka resurser (vårdplatser, personal, utrustning) som finns tillgängliga. Lite salig dumbomaktigt uttryckt: finns resurser är det troligare att de utnyttjas än att de inte gör det.

⁵ Wennberg, J.E. 2011. 'Time to tackle unwarranted variations in practice.' *BMJ* 2011;342:d1513.

⁶ Wennberg, J.E., Fisher E.S. and Skinner, J.S. 2002. 'Geography and the debate over Medicare reform.' *Health Aff* 2002;(suppl web exclusives):w96-114. Tillgänglig på <http://content.healthaffairs.org/content/early/2002/02/13/hlthaff.w2.96.full.pdf+html>.
Appleby, J., Raleigh, V., Frosini, F., Bevan, G. Gao, H. & Lyscom, T. 2011. *Variations in Health Care: The good, the bad and the inexplicable*. The King's Fund, s. 5.

Vad är obefogade praxisvariationer i olika typer av vård?

När variationer i praxis skall analyseras kan det göras genom att gruppera den kliniska vården i de tre ovan nämnda kategorierna. Dessa har olika implikationer för patienter, kliniker och politiker.⁷

Effektiv vård definieras alltså som åtgärder där nyttan överstiger riskerna. I dessa fall är den 'rätta' utnyttjandegraden av metoden 100% för de patienter, som enligt evidensbaserade riktlinjer har behov av vården. I annat fall rör det sig om dålig vård. Obefogade variationer handlar för det mesta om underutnyttjande.

Vid *preferenssensitiv vård* finns det mer än en allmänt accepterat behandlingsmöjlighet, t.ex. vid elektiv kirurgi. Här bör den 'rätta' utnyttjandegraden bli avhängig av vilket val den informerade patienten gör. Men den kan också variera avsevärt beroende på skillnader i professionella uppfattningar. De stora regionala variationerna motsvaras, enligt Wennberg, inte av skillnader i resultat. Obefogade variationer verkar således främst vara kopplade till överutnyttjande.

För *utbudssensitiv vård* saknas som nämnts riktlinjer. Utnyttjandet beror på sjukvårdssystemets resurser. Någon 'rätt' nivå är svår att fastställa. Ett sätt att bedöma utnyttjandegraden om resultaten, mätt i dödlighet och med olika kvalitetsindikatorer, är bättre i regioner med hög utnyttjandegrad än i regioner med lägre. Wennberg ser inte några indikationer på att detta är fallet och menar alltså att de obefogade variationerna främst handlar om överutnyttjande.

⁷ Wennberg, J.E. 2011. 'Time to tackle unwarranted variations in practice.' *BMJ* 2011;342:d1513.

Tänkbar inverkan av sjukvårdssystemet på variationer i tillhandahållande av medicinska metoder

Här används följande enkla typologi för karakteristiska egenskaper hos ett sjukvårdssystem:

- **Finansiering**
Enhetligt system – parallella system. Offentligt – privat . Skatter – obligatorisk försäkring.
- **Centralisering / Decentralisering**
Nivå för beskattningsrätt. Beslutsrätt. Relation ansvar – befogenheter. Övergripande statlig styrning.
- **Styrning**
Lagar, förordningar. Resursallokering. Riktlinjer. Rekommendationer. Kunskapsstyrning.
- **Struktur**
Vårdens konstellation i mötet med patienten. Funktionsuppdelning och samverkan mellan utförarna.

Ett förslag om vilka samband som är mest intressanta att studera och diskutera med avseende på sjukvårdssystemets inverkan på variationer i vården skulle kunna sammanfattas i följande tablå:

x = intressant

(x) = möjligen intressant

– = knappast intressant

	Karakteristika som påverkar variationer i vården			
	Finansiering	Centralisering / Decentralisering	Styrning	Struktur
Effektiv vård	–	(x)	x	x
Preferenssensitiv vård	(x)	–	(x)	x
Utbudssensitiv vård	(x)	(x)	x	x

Variationer i *effektiv vård* bör, teoretiskt, inte påverkas av finansieringssystemet eftersom den effektiva vården ger en nytta som överstiger riskerna och det optimala är att all får del av vården. Wennbergs studier (*Dartmouth Atlas Project*) från USA (*Medicare*-patienter över 65 år) visar att underkonsumtion av effektiv vård inte kan hänföras till brist på resurser. Det hjälper alltså inte med höga kostnader, många läkare eller många vårdtillfällen. Inte heller blir resultaten bättre om det finns en välrenommerad akademisk institution. Vad som däremot har betydelse är hur vården är organiserad. Det är mindre underutnyttjande i regioner, som betjänas av institutioner där primärvårdsläkare och andra samverkar i team. Det är också mindre underutnyttjande i regioner där vården kan vara lättare att koordinera, där det är färre doktorer som tar hand om vården av de kroniskt sjuka och där andelen primärvårdsläkare, relativt övriga specialister, är hög.⁸

Det handlar alltså här mycket om styrning och struktur. Hur kunskaper kan föras ut och nå patienten. Graden av centralisering kan inverka om det är så att den påverkar möjligheten att sprida och implementera metoder.

⁸ Wennberg, J.E. 2011. 'Time to tackle unwarranted variations in practice.' *BMJ* 2011;342:d1513.

Variationer i *preferenssensitiv vård* kan tänkas påverkas av finansieringen. Enhetlighet eller fraktionering i finansieringssystemet kan ha betydelse. Styrningen kan påverka genom att främja att patienten har möjlighet välja mellan behandlingar, vilket är en förutsättning för att nå rätt vårdutnyttjande av denna typ av vård. Samtidigt påverkar i praktiken strukturen, vilka behandlingar som i praktiken finns tillgängliga.

När slutligen gäller den *utbudssensitiva vården*, saknar den som nämnts riktlinjer. Utnyttjandet beror på sjukvårdssystemets resurser. Styrning och struktur får därför direkt betydelse. Även resurskapaciteten kan ha betydelse, indirekt skulle den kunna påverkas av finansieringssystemet. Det kan också tänkas att centralisering/decentralisering påverkar den utbudssensitiva vården genom graden av styrbarhet.

Vad gäller finansieringssystem kan man konstatera att i de länder, som ingår i denna studie ligger den offentliga andelen för *nästan alla* på 75 % till 85 %. *Kanada* ligger något lägre (70 %). Inom dem offentliga finansieringen har *Danmark, Finland, Norge, England* och *Kanada* skattesystem. *Tyskland, Nederländerna* och *Frankrike* har obligatorisk försäkring. Privata försäkringar spelar en något olika roll i de olika systemen. Den är i huvudsak komplementär, d.v.s. täcker sådant som inte ingår i det offentliga systemet och/eller avgifter. I några fall är den också supplementär och ger snabbare tillgång till vård eller ökad valfrihet. Sammantaget är det svårt att se att finansieringssystemet på något avgörande sätt påverkar variationerna i medicinsk praxis.

Graden av *centralisering – decentralisering* skiljer sig mellan länderna på sätt som redan berörts. Och frågan är alltså om problemen med variationer i tillhandahållandet är mindre i centraliserade system. Den genomgång, som skett här, ger inte intryck av att så skulle vara fallet. Det finns inga entydiga eller övergripande mått att luta sig emot. Men variationer verkar finnas i alla system, centraliserade som *England* och *Frankrike* eller decentraliserade som de *nordiska länderna*. Variationerna kan inte bringas försvinna genom politiska och administrativa beslut i en hierarkisk organisation utan påverkas långsiktigt av ett metodiskt utvecklingsarbete. I ett sådant arbete kanske det kan finnas såväl för- som nackdelar med ett centraliserat system.

Styrningens variationer i de studerade länderna är i viss mån kopplat till finansieringssystemet, såväl vad avser den statliga styrningen av regionerna som regionernas (motsv.) styrning av vårdens aktörer. Här är självklart bilden mångfacetterad men en intressant aspekt kan vara i vilken mån inslag av (*kvasi*)marknad, med privata aktörer, gör sig gällande. Av länderna i denna studie gäller detta framförallt *Nederländerna* och i viss mån *Tyskland*, kanske kommer *England* att gå samma väg om de nu aktuella reformförslagen trumfas igenom. Någon effekt på variationer i vården kan dock knappast förväntas, om inte annat för att marknadsinslagen fortfarande är rätt nya och dessutom, vilket ibland kanske kommer bort i debatten, omgärdade med många restriktioner.

Iakttagelsen om mångfacettering äger än större giltighet för *strukturen*. Här finns ju skillnader mellan länderna bl.a. med avseende på husläkarsystem (traditionellt i *England, Danmark* och *Nederländerna*, infört i *Norge*, trevande i *Tyskland* och *Frankrike*) eller inte. Det finns också skillnader avseende sjukhusstrukturen samt med avseende på hur primärvården och sekundärvården fungerar tillsammans. Inte minst på det senare området pågår många utvecklingsarbeten och reformerna syftar till att förbättra vårdprocesser och vårdkedjor. Variationer i tillhandahållandet påverkas säkerligen av strukturen. Samtidigt måste konstateras att ingen av de reformer, som under de senaste två decennierna genomförts i OECD-länderna, i någon påtaglig grad påverkat utförarstrukturen.

En annan dimension att studera är var och på vilket sätt beslut om vad som skall ingå i tillhandahållandet av hälso- och sjukvård bestämts. Analogt med den engelska termen *benefits package* skulle man kunna tala om en *nyttighetskorg*. Den kan definieras som "... helheten av tjänster, verksamheter och varor som täcks av offentligt finansierade

lagstiftade eller obligatoriska försäkringssystem eller täckta av / tillhandahållna av skattefinansierade hälso- och sjukvårdssystem.” Man kan då skilja mellan beslut på två nivåer. Beslut på en *högre* nivå handlar om en övergripande ram, ofta definierad i lagen, som i stora drag anger förmånerna. På en *lägre* nivå handlar besluten om förmåner för speciella patientgrupper och för utvalda teknologier och metoder. Det är specifikationerna på denna lägre nivå, som i praktiken formar tillgängligheten till olika tjänster. Dessa specifikationer växer ofta fram i en kombination av lagstiftning i parlamenten och andra legala instrument som förordningar, direktiv etc. utfärdade av centrala eller delstatliga regeringar, myndigheter och organisationer.⁹

Som framgår av länderbeskrivningarna är det ofta ett rätt invecklad process kring nyttighetskorgen, med många aktörer inblandade. Hittills måste man dock konstatera att innehållet i denna korg, möjligen undantaget *Frankrike*, fortfarande är rätt diffust avgränsad och att någon påtaglig tendens till exkluderingar knappast finns.

⁹ Citat och referat i detta stycke från Ettelt, S. , Nolte, E., Thomson, S. & Mays, N. 2007. *A review of the role and responsibilities of national ministries of health in five countries*. A report by the London School of Hygiene & Tropical Medicine, s. 7.

Ländervis beskrivning

Omfattning, innehåll och material

Jämförelser idag av detta slag omfattar idag ofta EU15 plus Norge och USA. Den här studien hålls på en något anpassad ambitionsnivå och omfattar:

- Övriga nordiska länder (Danmark, Finland, Norge) med skattefinansierade system som traditionellt liknar det svenska, men där utvecklingen under senare år tagit delvis olika vägar vad avser finansiering, styrning och organisation.
- De kontinentala länderna (Tyskland, Nederländerna, Frankrike) med obligatoriska försäkringssystem och med varierande relationer stat / federal nivå och regional nivå / delstater / försäkringsgivare.
- England med ett offentligt, skattefinansierat system som det svenska; systemet är dock nationellt enhetligt och centraliserat.
- Kanada, med liksom i Sverige ett för alla öppet, skattefinansierat system, som betonar jämlikheten. Avvägningen mellan den nationella regeringen och delstaterna är föremål för ständig debatt.

För vart och ett av de utvalda länderna redovisas:

- Systemet utformning i stort – finansiering, tillhandahållande samt relationer mellan nationell och regional/statlig nivå.
- Översiktlig beskrivning av organisation på nationell och regional/lokal nivå, särskilt vad avser funktioner, som kan påverka det medicinska handlandet.
- Redovisas regionala skillnader?
- Uppmärksammas de i debatten?
- Policies/strategier för att motverka skillnader?
- Finns det andra skillnader som uppmärksammas, exempelvis etniska, sociala?

Undersökningen är av desk-top karaktär och bygger på material, som finns tillgängligt eller kan sökas på nätet.

De grundläggande beskrivningarna av system och organisation utgår från länderbeskrivningar och /eller sammanställningar och jämförelser mellan olika länder. Besök har också gjorts på olika hemsidor; hos departement, myndigheter och organisationer av olika slag. Hänvisningar har där ibland skett till offentliga dokument.

Trådar till mer specifika frågor om de regionala skillnaderna i medicinskt handlande har också hittats i länderbeskrivningarna. Någon systematisk litteratursökning har inte gjorts, men beroende på vilken information, som funnits tillgänglig har sökningar gjorts på termer som "regional variations" "health care delivery" etc. "in X". Någon kvantitativ undersökning av sökresultat avseende material på nätet har inte varit möjlig inom tidsramen för utredningen. Däremot har en impressionistisk genomgång givit en uppfattning om hur regionala variationer uppmärksammas.

Länderbeskrivningarna har utgått från *Health Systems in Transition (HiT)* utgivna av *European Observatory on Health Systems and Policies*: Danmark (2007); Finland (2008); Norge (2006); Tyskland (2004); Nederländerna (2010); United Kingdom (England) (2011); Kanada (2005). Grundläggande uppgifter om kostnader kommer från *OECD Health at a Glance 2010*.

I slutet av rapporten anges en referenslista, som förtecknar övrigt material.

Nothänvisningar i texten ges i begränsad omfattning; en arbetsversion med detaljerad nothänvisningar kan erhållas från rapportförfattaren.

I avsnitten om grundläggande uppgifter för respektive land har ambitionen varit att kortfattat (runt en sida) ange sådana karakteristika, som är relevanta för att kunna sätta in frågorna om det medicinska handlandet i sin kontext:

- Kostnader och finansiering i stora drag; offentlig andel av finansieringen.
- Parallella system; roll och funktion för privata försäkringar.
- Centralisering/decentralisering.
- Primärvårdens uppbyggnad.
- Sjukhusvården utformning.

För att hålla länderprestationerna kort har det självfallet varit nödvändigt med förenklingar. Det finns nyanser i systemen, som inte alltid kommer fram. Det finns också en variation i hur *up to date* källorna är; i några fall kan det säkert finnas nyligen beslutade eller implementerade förändringar som inte beaktats. Huvuddragen i systemen bör dock vara aktuella.

I länderbeskrivningarna används ett antal termer för olika typer av privata försäkringar¹⁰:

- Duplikat: Dubblerar offentliga försäkringar.
- Substitut: Täcker vad som annars skulle täckts av offentliga försäkringar om personen en mält sig ut.
- Komplementär: Täcker det som inte täcks av försäkringen, t.ex. patientavgifter.
- Supplementär: Ger snabbare tillgång till vård eller ökad valfrihet.

¹⁰ Jönsson, B. , Arvidsson, G. , Levin, L-Å. & Rehnberg, C. 2004. *Hälsa, vård och tillväxt*. Välfärdspolitiska rådets rapport 2004. Kristianstad: SNS Förlag.

Danmark

Systemet utformning i stort

Det danska hälso- och sjukvårdssystemet är till stor del (80%) offentligt finansierat och omfattar alla medborgare. De samlade utgifterna för hälso- och sjukvård uppgår till 3 097 EUR PPP per capita och år, vilket kan jämföras med ett genomsnitt i EU-länderna på 2 192 EUR PPP.¹¹ 15% täcks av avgifter (motsv.) från patienterna. Hälso- och sjukvården är numera centralt skattefinansierad, tidigare hade amtskommunerna egen beskattningsrätt. Staten driver in ett enhetligt hälso- och sjukvårdsbidrag (8% av den taxerade inkomsten) och fördelar detta till regionerna (se nedan).

Utöver detta är en frivillig privat försäkring vanlig (komplementär och supplementär). De privata försäkringarna omfattar 40% av befolkningen men svarar för under 2% av de totala hälso- och sjukvårdskostnaderna. Försäkringspremierna är numera avdragsgilla vid beskattningen.

Det danska hälso- och sjukvårdssystemet är decentraliserat, vilket speglar det politiska systemets decentraliserade natur. År 2007 genomfördes en genomgripande kommunreform. De tidigare amten ersattes av fem regioner. Finansieringen är statlig. För sjukhusvården går det statliga bidraget; dels direkt till regionerna (80%), dels till regionerna via kommunerna (20%). Kommunerna har gjorts delbetalningsansvariga för sjukhusvård i syfte att ge incitament för effektivt förebyggande arbete i befolkningen.

Allmänläkarna är husläkare; egna företagare kontrakterade av kommunerna. Det danska systemet är ett husläkarsystem, där rollen som *gatekeeper* betonas. Patientens ingång i systemet är alltså strukturerat i form av listning. Det finns en valfrihet mellan två olika grupper av listning; grupperna skiljer sig genom grad av valfrihet och patientavgift. Även privata specialister finansieras av regionerna.

Flertalet sjukhus är offentliga; sedan slutet av 1980-talet har dock ett antal mindre, privata sjukhus tillkommit. I allmänhet krävs remiss från husläkare eller privat specialist för att patienten skall få elektiv sjukhusvård. Fr.o.m. 2003 kan vilken läkare som helst remittera en patient till högspecialiserad vård. Sedan 1993 har patienten lagenlig rätt fritt välja sjukhus.

Nationell och regional/lokal nivå

På den nationella nivån svarare *Indenrigs- og sundhetsministeriet* för det övergripande regelverket för hälso- och sjukvården vad avser organisation och finansiering av hälso- och sjukvården. *Sundhetsstyrelsen* är underordnat ministeriet och har administrativa funktioner som sjukhusplanering, rådgivning till ministeriet och andra myndigheter. Styrelsen är också ansvarig för uppföljning och utvärdering.

Regionerna styrs av direktvalda politiker. Valen genomförs vart fjärde år och regionfullmäktige består av 41 medlemmar. Regionerna har ingen beskattningsrätt. Regionernas huvudsakliga uppgifter består av hälso- och sjukvård samt regional utveckling. Regionerna driver sjukhus och finansierar allmänläkare, specialister, sjukgymnaster, tandläkare och läkemedel. Regionerna styr sjukhusen direkt genom budget. Husläkarnas verksamhet regleras genom centrala förhandlingar och avtal om återbäringsstaxa och kapitering. Regionerna kan begränsa antalet husläkare genom avtal, men kan inte generellt begränsa deras verksamhet.

Genom de nu genomförda strukturella förändringarna har riskerna för en ej avsedd fragmentisering ökat. Reglerna om att den för en viss vård ansvarige huvudmannen skall samverka med andra har därför skärpts. Regioner och kommuner skall sluta hälso-

¹¹ EUR PPP står för *Euro Purchasing Power Parities*, som används vid jämförelser i OECD-statistiken. Det innebär att valutan i respektive land justerats för köpkraften.

och sjukvårdsöverenskommelser, som bl.a. tar upp utskrivning från sjukhus av svaga och äldre patienter; socialtjänst för psykiskt funktionsstörda; amt prevention och rehabilitering. Överenskommelserna förankras i konsultativ kommitté med företrädare för regionen, kommunerna och privatpraktikerna.¹²

Även om systemet fortfarande kan ses som decentraliserat har under senare år skett en centralisering. Staten styr sjukvården som lagstiftare och finansieringsansvarig. Genom att staten, efter förhandlingar med regionerna, bestämmer den nationella budgeten för hälso- och sjukvård finns det ett såväl ekonomiskt som volymmässigt tak för verksamheten.

I Danmark är inte förmånskorgen explicit formulerad utöver vissa grundläggande definitioner om vad som patienten skall få del av. I princip finns inga undantag från vad som ingår i den offentliga finansieringen, givet att det är kliniskt definierat. Beslut om behandlingar lämnas alltså över till vårdens professioner. I lagstiftningen finns dock vissa åtgärder utpekade, som exkluderade eller inkluderade. Hälsoministeriet har inte särskilt stort direkt inflytande över nyttighetskorgen, men många av dess policybeslut påverkar ändå tillhandahållandet av tjänster. Det gäller också beslut av myndigheter under ministeriet, som *Sundhedsstyrelsen* och *Lægemiddelstyrelsen*. Försök har gjorts prioriteringslistor, men något explicit prioriteringssystem har inte etablerats.

Regionala skillnader

Regionala skillnader redovisas inte i något specifikt, löpande dokument. I Danmark finns emellertid ett antal lokala, regionala och rikstäckande kvalitetsdatabaser som ger underlag för jämförelser. I dessa baser registreras data, som med utgångspunkt i enskilda vårdepisoder belyser sjukvårdens samlade kvalitet vad avser processer och resultat för avgränsade grupper av patienter. Databaserna är ett av underlagen för *Sundhedsstyrelsen* uppgift att, som ett led i kvalitetsförbättring, följa upp olika områden. Exempel på sjukdomsgrupper inom vilka uppföljningar av detta slag sker är cancer och hjärta. I internationellt perspektiv är de nordiska länderna långt framme när det gäller formaliserad och systematiserad kvalitetsmätning. Gemensamma kvalitetsindikatorer har utvecklats på ett antal områden.

Syftet med kommunreformen 2007 var allmänt uttryckt att medborgarna skulle få högre kvalitet för insatserna inom hälso- och sjukvården. Alla skall ha lika och gratis tillgång till vård och behandling av hög kvalitet utan onödig väntetid. Reformens förespråkare hävdade att en konsekvens av decentraliseringen var en ojämlikhet tillgång till sjukvård i olika delar av landet och att politikerna prioriterade lokalt självstyrelse (med dess potential till innovationer) före geografisk rättvisa. Som exempel på orättvisa angavs skillnader i väntetider, tillgänglighet av medicinsk teknolog och i införandet av specifika diagnostiska och kurativa insatser som systematisk screening för bröstcancer eller användningen av dyra läkemedel för äggstockscancer.

I en sammanfattning av en rapport från *European Observatory on Health System and Policies* konstateras att rättvisa kvarstår som ett grundläggande värde i det danska systemet men att det också i detta system sedan länge finns element av privat ägande i form av husläkare, specialister och privata tilläggsförsäkringar. Flera faktorer kan leda till en successiv erodering av rättvisepincipen. För det första den snabba spridningen tilläggsförsäkringar, som kommer att ge vissa segment av befolkningen mer direkt tillträde till privata utförare. För det andra önskemålen om mer individualiserad vård i den offentliga vården kombinerad med ökande fokus på livsstilsfrågor och självförvårdade tillstånd. Detta kan komma att bli en del av en bredare kulturell förändring i synen på hälso- och sjukvården.¹³

¹² *HiT Denmark* (2007), s. 43f.

¹³ *HiT Denmark* (2007), s. 141f.

Finland

Systemet utformning i stort

Det finländska hälso- och sjukvårdssystemet omfattar samtliga medborgare. De samlade utgifterna för hälso- och sjukvård uppgår till 2 582 EUR PPP per capita och år, vilket kan jämföras med ett genomsnitt i EU-länderna på 2 192 EUR PPP. En något mindre andel (74%) än i övriga nordiska länder är offentligt finansierat. 22% av de totala kostnaderna för hälso- och sjukvård täcks med avgifter.

Ungefär 10% av befolkningen (barn och vuxna) täcks av privat försäkring, som främst är komplementär och täcker avgiften utöver återbäringstaxan vid privat vård. Den svarar för ungefär 3% av kostnaderna. En viss ökning har skett under senare år, främst kopplat till rehabilitering. Delvis sker detta inom ramen för företagshälsovården.

Sjukvården är ett primärkommunalt ansvar. Primärkommunerna svarar för ungefär 40% av kostnaderna och staten för 20%. Statsbidragen utgår till kommunerna, inte till producenterna. Tidigare var statsbidragen stora, uppemot hälften av kostnaderna, men de ligger nu på mellan 25% till 30% av kommunens kostnader för sjukvården. Till detta kommer 17% från den nationella försäkringen (avser bl.a. läkemedel). Den nationella försäkringen svarar också för finansieringen av ungefär en tredjedel av den privata öppna vården samt för företagshälsovården. För specialistsjukvården sker obligatorisk samverkan i kommunalförbund (sjukhusdistrikt).

Det finländska systemet är decentraliserat. Sedan reformering i början på 90-talet har statens detaljstyrning minskat.

Primärvården drivs sedan 1970-talet av hälsocentralerna som också vanligtvis tillhandahåller viss slutenvård. De flesta primärvårdsläkarna är anställda. Den privata vården finns främst i storstäderna och svarar för 16% av öppenvårdsbesöken. Också inom företagshälsovården lämnas viss sjukvård. I en del kommuner finns ett system med personlig läkare. Det innebär att en person eller en familj en speciell läkare vid hälso- centralen, vanligtvis beroende på var man bor. Ungefär hälften av läkarna på hälsocentralerna arbetar på detta sätt.

Sjukhusen är i huvudsak offentliga. Förhandlingar mellan kommunerna och sjukhusdistrikten resulterar i en global budget, som kontrollerar volym och kostnader. En begränsad privat sektor svarar för cirka 5% av vårdtillfällena. Remiss krävs för att få vård och behandling vid sjukhus. Vanligtvis kan patienten inte välja vare sig sjukhus eller läkare. Till den privata specialistvården krävs inga remisser. Den allmänna sjukförsäkringen täcker en viss del av avgiften till dessa sjukhus.

Nationell och regional/lokal nivå

De viktigaste aktörerna inom hälso- och sjukvårdens beslutsstruktur är regeringen och kommunerna.

Genom den minskade detaljstyrningen har Social- och hälsovårdsministeriet idag en begränsad roll i den direkta styrningen av hälso- och sjukvården. Inriktningen är nu istället att styra med hjälp av information, ramlagar och försöksprojekt. Vissa saker kvarstår dock under statlig reglering, exempelvis tak för patientavgifter. Det finns tecken på att decentraliseringstrenden i någon mån har vänt och att den nationella styrningen kommer att öka. Bl.a. strävar man efter en minskning av antalet kommuner.

Under ministeriet finns ett antal fackmyndigheter. Till dem hör Institutet för hälsa och välfärd (THL), ett forsknings- och utvecklingsinstitut som bl.a. skall utveckla social- och hälso- och sjukvården. Det innebär att undersöka, följa, utvärdera, utveckla och styra verksamheten inom socialvården och hälso- och sjukvården. Tillstånds- och tillsynsverket för social- och hälsovården (*Valvira*) förbättrar genom styrning och tillsyn hanteringen av hälsorisker i livsmiljön samt rättsskyddet och tjänstekvaliteten inom social- och hälsovården.

Kommunerna har alltså en självständig roll i att organisera och utveckla hälso- och sjukvården, antingen genom att själva utföra den eller köpa den från andra. De 20 sjukhusdistrikten har, som nämnts, formen av kommunalförbund. Distriktens styrs av lokala politiker, som representerar kommunerna. Planeringen av specialistsjukvården är föremål för årliga förhandlingar och avtal mellan kommunerna och sjukhusdistrikten. Processen varierar i hög grad beroende på geografi, invånarantal, antal sjukhus etc. Kommunerna anser ofta att de inte har tillräckligt inflytande över volymer och kostnader i specialistsjukvården samt att primärvården har en för svag ställning i relation till sekundärvården.

Under de senaste femton åren har genomförts ett antal lokala reformer, som innebär att tillhandahållare av primärvård och specialistsjukvård lagts samman i en organisation. Likaledes har projekt att lägga samman kommuner utvecklats. Samverkan mellan kommunerna och den privata sektorn ökar också.

Någon specifik nyttighetskorg finns inte preciserad i Finland. Det offentliga skall tillhandahålla tillräckliga hälso- och sjukvårdstjänster till alla samt främja befolkningens hälsa.

Regionala skillnader

De regionala skillnaderna uppmärksammas och debatteras i Finland, inte minst kopplat till den perenna diskussionen om decentralisering vs. centralisering. Som framgått ovan är en av uppgifterna för THL att följa och utvärdera olika verksamheter. I detta ligger bl.a. att vara en statistikmyndighet och föra register samt i anslutning utveckla av användningen och realiseringen av riksomfattande informationssystemtjänster liksom termer, definitioner och klassificeringar. Sedan början av 00-talet har det centrala stödet utvecklats mot uppföljning av hälso- och sjukvårdens kvalitet omfattande också den professionella kvaliteten. I olika databaser registreras på kommun- och sjukvårdsdistriktsnivå data om bl.a. hälsa, välfärd och sjuklighet samt om utnyttjande av hälso- och sjukvårdens tjänster. Data om produktivitet redovisas också på denna nivå.

Statsbidragen till hälso- och sjukvård utgår numera som en icke öronmärkt klumpsumma. När man gick från detaljstyrda bidrag till generella fanns farhågor att bidragen skulle användas till annat än hälso- och sjukvård och att det skulle öka de regionala skillnaderna i tillträde till hälso- och sjukvården. Det finns emellertid ringa indikationer att skillnaderna har ökat efter reformen.¹⁴

Som ovan nämnts pågår ett antal samverkansprojekt mellan primärvård och specialistsjukvård; mellan kommuner; samt mellan kommuner och den privata sektorn. Vilket kan leda till skilda strukturer i olika delar av landet.

Trots att inga stora förändringar har kunnat avläsas sedan decentraliseringsreformerna på 90-talet uppfattas geografisk orättvisa som en av de största fördelningspolitiska utmaningarna inom hälso- och sjukvården. Det finns påtagliga skillnader mellan kommunerna i tillhandahållandet av tjänster (för exempelvis läkarbesök, tandvård, mentalsjukvård och elektiv kirurgi) och när det gäller väntetider. Ser man på klinisk praxis i behandlingen av ischemisk hjärtsjukdom varierar t.ex. antal vårdtillfällen och kirurgiska ingrepp per capita påtagligt mellan regionerna. Samma gäller för operationer inom ortopedin.

Det finns också påtagliga skillnader i vilka resurser kommunerna sätter av till hälso- och sjukvård, vilket leder till skillnader i omfattning och kvalitet. Sådana ojämlikheter kan dock till delar förklaras av andra skillnader mellan kommunerna, exempelvis avseende åldersstruktur, morbiditet samt utnyttjande av privat vård.

¹⁴ Ettelt, N., Nolte, E., Nikolentzos, A. & Mays, N. 2008. *Decision-making in health care: Roles and responsibilities at local, regional and national level*. A report by the London School of Hygiene & Tropical Medicine Commissioned and funded by the Department of Health, s. 30.

För att motverka geografiska ojämlikheter definierades lagstiftningsvägen år 2005 maximala väntetider. Ministeriet satte samman nationella riktlinjer för att definiera indikationsgränser för icke akuta ingrepp. Lagstiftningen har haft en betydande påverkan. Det finns också nationella behandlingsriktlinjer och kvalitetsriktlinjer på olika områden för att standardisera praxis över hela systemet.

Andra skillnader, som uppmärksammas i debatten, rör den socioekonomiska ojämlikheten. Det finns en betydande skillnad till förmån för rika när det gäller läkarbesök; screening; tandvård; revaskulering av hjärtats blodkärl samt när det gäller ett antal elektiva operationer.

Ytterligare skillnader gäller personalbristen, som är särskilt besvärlig i vissa kommuner.

Norge

Systemet utformning i stort

Det norska hälso- och sjukvårdssystemet omfattar alla medborgare. De samlade utgifterna för hälso- och sjukvård uppgår till 4 294 EUR PPP per capita och år, vilket kan jämföras med ett genomsnitt i EU-länderna på 2 192 EUR PPP. 84% av de totala utgifterna för hälso- och sjukvård är offentligt finansierade. 15% täcks av avgifter (motsv.) från patienterna.

Sedan år 2003 ansvarar staten helt för finansieringen av sjukhusen och ersättningen går främst till de regionala hälsoföretagen, som i sin tur förmedlar dem vidare. Finansieringen sker genom generella statsbidrag, öronmärkta medel och aktivitetsbaserad ersättning. Jämfört med tidigare, då fylkeskommunerna ansvarade för specialistsjukvården har det således skett en centralisering. Planer tas fram på såväl nationell som regional nivå.

Den allmänna försäkringen, *Rikstrygdeverket*, finansierar den öppna vården utanför sjukhus. Kommunerna ansvarar för primärvård och äldreomsorg. Finansieringen sker genom generella statsbidrag, öronmärkta medel, prestationsersättning samt kommunala skatter.

Frivilliga tilläggförsäkringar spelar en obetydlig roll i Norge. I några större städer finns privata vårdcentraler, som bara är öppna för medlemmar. Ett sådant system kan funktionell ses som en privat försäkring.

Sedan 2001 finns det ett husläkarsystem i Norge. Allmänläkarna är husläkare (*fastlege*), kontrakterade av kommunerna. I praktiken är läkarna egenanställda. Systemet baseras på listningsprincipen. Patienten kan välja (och byta) läkare eller avstå från att delta i systemet. Han/hon har också rätt till en second opinion från en annan allmänläkare.

Flertalet sjukhus är offentliga; det finns endast ett fåtal privata, även om antalet har ökat efter reformen 2002. Inom den öppna specialistvården finns ett större privat inslag genom specialistläkare kontrakterade av de regionala hälsoföretagen. Hänvisning till specialistvård sker via husläkaren. Patienten har fritt sjukhusval i hela landet.

Nationell och regional/lokal nivå

Hälso- och omsorgsdepartementet har på nationell nivå det övergripande ansvaret för hälso- och sjukvården. Staten lägger fast en övergripande budget och fördelar sedan medel till nivån de regionala hälsoföretagen och kommunnivån. Dessutom utfärdar man budgetdirektiv till de regionala hälsoföretagen och till kommunerna. Det finns ett skatteutjämnningssystem, som tar hänsyn till att inkomst- och utgiftsstrukturen varierar mellan kommunerna.

Under departementet sorterar *helsedirektoratet*, som har ett övergripande utvecklingsansvar för hela hälso- och sjukvårdssektorn. Tillsynsuppgifterna ligger på *Statens Helseinsyn*.

Den regionala nivån representeras av fem regionala hälsoföretag, som har ansvaret för specialistsjukvården. När dessa regionala hälsoföretag fördelar pengarna vidare till de lokala hälsoföretagen/sjukhusen har de en frihet att välja hur fördelningen skall ske. Den aktivitetsbaserade ersättningen (efter DRG) gäller alltså främst mellan staten och de regionala företagen.

Den offentliga sjukhussektorn består efter reformen år 2002 av fem regionala hälsoföretag med sjukhus (hälsoföretag) som dotterbolag. I dotterbolagen ingår ofta flera sjukhus. Hälsoföretagen fick styrelser med enbart utsedda, ej valda ledamöter. Ledamöterna var inte politiker. Reformen innebar alltså att ett system med regionalt politiskt ansvar ersattes av ett med administrativ decentralisering. År 2006 skedde en förändring, såtillvida att regeringen utsåg en majoritet av politiker i de regionala styrelserna; dessa i sin tur utsåg en majoritet av politiker i de lokala hälsoföretagen. Det bör noteras att dessa ledamöter fortfarande är *utsedda* och således har sitt ansvar uppåt.

På den lokala nivån har kommunerna ansvaret för primärvården, inkl. äldreomsorgen.

Någon egentlig beställar – utförarmodell finns varken mellan kommuner och regionala hälsoföretag eller mellan de regionala och lokala hälsoföretagen. Däremot förekommer utkontraktering av verksamheter, främst på den kommunala sidan.

Även om hälsoföretagen är fristående juridiska personer kan staten utöva inflytande på ett antal olika sätt. Staten styr som lagstiftare och är dessutom finansieringsansvarig och driftsansvarig. Staten har den vägen kontroll över sjukhusens kostnader och utbud. Motsvarande kontroll över primärvården finns genom ersättningen från *Rikstrygdeverket*. Systemet är alltså i hög grad strukturerat, vilket också markeras av att staten bestämmer var den högspecialiserad vården (tertiärvården) skall ske.

Det finns ingen specificerad nyttighetskorg i Norge. Vissa typer av behandlingar måste av en läkare bedömas som antingen väsentliga eller nyttiga för att finansieras med offentliga medel. Kosmetisk kirurgi genomförs därför avgiftsfritt endast om en läkare bedömt det som nödvändigt av psykologiska skäl. Dessa beslut tas av den enskilde läkaren fall för fall. I praktiken betalar man inte för 'alternativmedicin' typ zonterapi, homeopati eller spabehandling.

Norge har i ett nordiskt perspektiv varit föregångare i att initiera och driva en debatt om prioriteringar i vården, med bl.a. två offentliga utredningar. Efter mer än 15 år kan man sammanfattande konstatera att det arbetet lett fram till få konkreta resultat. Detta illustrerar de politiska svårigheterna med att fatta beslut när patienten uppfattar sig ha större rättigheter och ställer större krav.¹⁵

Regionala skillnader

Geografisk rättvisa var en av huvudmotiven för reformen år 2002. Fylkena prioriterade olika. Det statliga huvudmannaskapet innebar alltså att ej villkorade statsbidrag ersattes av en specifik budgetallokering. Fördelningen mellan regionerna blev dock snabbt en politisk tvistefråga. Först 2009 implementerades en allmänt accepterad modell för kapitationsbaserad ersättning till regionerna.¹⁶

Ett annat motiv för reformen var att få slut på 'Svarte Petter spelet' mellan sjukhus, fylkena och staten. När sjukhusen överskred sina budgetar vände de sig till fylkena. Dessa hade inte rätt att höja skatten utan gick i sin tur till regeringen. Budgetunderskott blev en naturlig följd av decentraliserat ägande och (i huvudsak) central finansiering. Tanken var att ett statligt huvudmannaskap, med ansvaret på *en* nivå, skulle råda bot på

¹⁵ Schiøtz A. 2003. *Det offentlige helsevesenet i Norge 1603–2003, Part 2: Folkets helse – landets styrke, 1850–2003*. Universitetsforlaget. Här refererat från *HIT Norway* (2006), s. 41.

¹⁶ Detta stycke och nästa bygger på Magnussen, J. 2011. 'Recentralization 10 years later – success or failure in Norway?' *Euro Observer* 13:1:10.

detta. I verkligheten tog det dock åtta år innan regionerna sammantaget, år 2009, gick med ett litet överskott.

Någon specifik, samlad eller löpande redovisning av regionala skillnader föreligger inte. I mitten av 00-talet utvecklades och beslutades dock en nationell strategi för kvalitetsförbättring. Ett av insatsområdena i strategin är att följa och värdera utvecklingen av tjänsterna inom hälso- och sjukvården. Nationella kvalitetsindikatorer för specialistsjukvården följs upp och presenteras på sjukhusnivå och nationell nivå, tillsammans med väntetider. För den kommunala vård- och omsorgsverksamheten sker presentationen, utöver på nationell nivå, på kommun- och fylkesnivå. Målsättningen är att etablera medicinska kvalitetsregister på alla viktiga medicinska verksamhetsområden. Huvudregeln är att ägarskap och ansvar för databehandling skall förankras i de regionala hälsoföretagen. Nyckeldata skall säga något om kvaliteten utifrån kvalitetsstrategins sex kännetecken på god vård (trygghet; verkningsfullhet; samordning; brukarinflytande; effektivitet; samt tillgänglighet).

I olika sammanhang under åren har också frågan om jämlikhet mellan städerna och den glest befolkade landsbygden uppmärksammas. Bl.a. har det varit svårt att rekrytera tandläkare till offentlig tjänst i glesbygden. Även om läkartätheten inom primärvården är högre på landsbygden än i städerna måste man beakta avstånden och att det finns lättare tillgång till sjukhusvård i städerna. Ett av sätten att möta detta är en väl utbyggd ambulanssjukvård.

De regionala hälsoföretagen gjorde i början av 00-talet försöka att stänga en del lokala sjukhus. Detta möttes av motstånd från allmänheten vilket ledde till att regeringen vidtog åtgärder för att stoppa avlövningsen av lokala sjukhus.

Utredningar har visat att patienternas tillgång till tertiär vård är ojämlig. Patienter, som lever nära ett regionsjukhus, tenderar att vara överrepresenterade; samma tendens visar sig inom mentalvården visavi mentalsjukhusen. För att lösa problemen vad avser tertiärvården får regionerna nu själva sätta priserna. Ministeriet kan dock ingripa om regionerna inte kommer överens om prisnivån.

Eftersom kostnaderna för att driva hälso- och sjukvård, t.ex. primärvård, är större i vissa regioner än andra behövs en utjämning om jämlikhet skall bli möjlig. Av den anledningen finns det ett skatteutjämningssystem mellan kommunerna. Också inom specialistsjukvården tas hänsyn till de skilda förutsättningarna vid fördelningen av resurserna.

Bland andra skillnader, som diskuteras, märks frågan om patientavgifterna och om dessa utgör ett hinder för tillträde för vissa grupper. För tandvården redovisades i en undersökning (2003) att 6% av den vuxna befolkningen avstod från att söka tandvård av ekonomiska skäl, även om de kände att de hade behov av det. Tillträde till tandvård har med individens ekonomiska status att göra.

Tyskland

Systemet utformning i stort

Fr.o.m. 2009 måste alla invånare ha en sjukförsäkring. Den obligatoriska försäkringen, som inkluderar även familjemedlemmar, arbetslösa och studerande täcker ungefär 90% av befolkningen. Resten täcks av en subsidiär privat försäkring. Uppemot 30% har en privat tilläggsförsäkring (komplementär/subsidiär).

De samlade utgifterna för hälso- och sjukvård uppgår till 3 208 EUR PPP per capita och år, vilket kan jämföras med ett genomsnitt i EU-länderna på 2 192 EUR PPP. 77% av vården är offentlig finansierad. Avgifter (motsv.) svarar för knappt 23%.

Den offentliga finansieringen sker genom en inkomstrelaterad avgift till socialförsäkringen, som traditionellt har delats lika mellan arbetsgivare och

arbetstagare. Fr.o.m. 2007 är dock avgiften något högre för arbetstagarna, som betalar 8% av sin inkomst upp till ett tak på 43 000€om året. Arbetsgivarna betalar omkring 7%. Fr.o.m. 2011 är den inkomstrelaterade avgiften maximerad till 15,5%. Om kassorna inte kan klara sig med dessa intäkter har de möjlighet ta ut en premie av de försäkrade. Dessa premier är inte inkomstrelaterade (nominella). Om de överstiger 2% av inkomsten kan dock den enskilde få en skattesubventionering. Staten ersätter kassorna med 2 miljarder €per år t.o.m. år 2014, som kompensation för detta. I samband med att kassorna inför eller höjer premierna har den försäkrade rätt att byta kassa. Systemet kan därigenom sägas främja konkurrens mellan kassorna. Det bör nämnas att premierna kan komma att uppgå till relativt betydande belopp. Ordföranden för *Kassen-Spitzenverband* (se nedan) framhöll nyligen i en radiointervju att det kan komma att röra sig om belopp i storleksordningen 50-70 €per månad.¹⁷

Sjukförsäkringarna är självständiga och icke vinstdrivande, men offentligt reglerade. Sedan ett femtontal år har den försäkrade möjlighet välja kassa och kassorna är, i sin tur, förpliktigade att acceptera varje medlemsökande.

Tidigare kunde sjukförsäkringarna själva bestämma sina premier fritt. Fr.o.m. 2009 bestämmer regeringen en enhetlig premie. Alla premierna går sedan till en central fond och redistribueras till kassorna efter en riskjusterad kapitering.

Ansvar för sjukvården i Tyskland ligger på delstaterna (*Länder*). Viktiga aktörer är försäkringskassornas och utförarnas organisationer på olika nivåer.

Det tyska reformarbetet har generellt sett, om än rätt långsamt och långtifrån oemotsagt, gått mot ett mer marknadsliknande system med inslag av konkurrens på såväl finansierings- som utförarsidan. Försäkringsgivarna, såväl försäkringskassorna som de privata, är dock fortfarande mer av finansärer än beställare eftersom kontrakten med utförarna utformas kollektivt. Selektiv kontraktering är endast tillåten inom några få områden, exempelvis relaterat till integrerad vård.

Allmänläkarna är egna företagare. De tyska allmänläkarna har ingen egentlig *gatekeeper*-funktion, men det finns strävanden att utveckla ett husläkarsystem. Fr.o.m. 2004 finns vissa ekonomiska incitament för försäkringstagaren att ansluta sig till en 'familjeläkare'. Patienterna har fritt val mellan läkare, även specialister.

Sjukhusen är i huvudsak icke vinstdrivande; allmänna och privata. År 2008 var 49,0% av sjukhusen offentliga, 35,2% icke vinstdrivande och 15,9% privata. År 2006 svarade den privata sektorn 13,6%. Det sker således en snabb ökning, där även (från 2005) universitetssjukhus privatiseras.

Läkarna är anställda vid sjukhusen. Överläkare har rätt ta privata patienter.

Traditionellt har det i Tyskland funnits en skarp gräns mellan slutna och öppna vård. Under senare år har denna börjat luckras upp. Patienten har, efter remiss, viss rätt välja sjukhus.

Nationell och regional/lokal nivå

Som nämnts är delstaterna ansvariga för sjukvården, vilket innebär att man kan lagstifta på detta område samt ta fram sjukhusplaner. Det federala hälsoministeriets befogenheter är därför begränsade, vilket ytterligare markeras av de starka korporativa aktörerna på både federal nivå och delstatsnivå.

I det obligatoriska försäkringssystemet är en gemensam federal kommitté (*Gemeinsamer Bundesausschuss, GB-A*) det högsta beslutande organet. I denna kommitté ingår företrädare för federala sammanslutningar av försäkringskassor och utförare (läkare, tandläkare, sjukgymnaster och sjukhus). Representanter för patienterna har en rådgivande roll.

¹⁷ <http://www.spiegel.de/wirtschaft/soziales/0,1518,762758,00.html>. Besökt 2011-05-16.

Sjukförsäkringskassorna bestämmer budgetar för sjukhusvård och öppen vård efter förhandlingar med den tyska sjukhusföreningen (*Deutsche Krankenhausgesellschaft*) resp. de försäkringsanslutna läkarnas organisation (*Kassenärztliche Bundesvereinigung*). Kassorna har sammanslutningar på såväl federal som ländernivå; fr.o.m. 2008 har de olika typer av kassor en gemensam organisation, *Spitzenverband Bund der Krankenkassen*.

Det federala ministeriets roll har ökat under senare år. Som nämnts lägger den nu fast avgiften till kassorna. Inflytandet har också ökat som en följd av den ökade skattefinansieringen.

I Tyskland är det federala hälsoministeriets inflytande över nyttighetskorgen emellertid limiterat. För såväl öppen och sluten vård gäller att vissa grunder anges i den federala lagstiftningen, men att det konkreta innehållet hanteras aktörerna inom sjukförsäkringssystemet. Ansvar har sålunda delegerats till *GB-A*. Besluten måste dock godkännas av ministeriet, som kan lägga in sitt veto. Den tyska nyttighetskorgen är extensiv. Den täcker förebyggande vård (prevention och screening); öppen och sluten vård vid sjukhus; akutvård; läkarvård; mentalvård; psykiatri; tandvård; läkemedel; rehabilitering; och sjukpenning. Långtidsvård täcks av ett separat försäkringssystem, som sedan 1995 är obligatoriskt för hela befolkningen.

Det finns också åtgärder som exkluderats från täckning från sjukförsäkringskassorna. Sedan 2004 gäller det glasögon, livsstilsrelaterad behandling och receptfria läkemedel. Hälsofrämjande åtgärder ingår däremot. Då det gäller kurativa diagnostiska och terapeutiska åtgärder har endast ett ringa antal teknologier med begränsad medicinsk nytta exkluderats, exempelvis osteodensitometri för asymptomatiska patienter.

Regionala skillnader

Kvalitetssäkring är en lagfäst skyldighet för all verksamheter vid sjukhusen, sluten såväl som öppenvård. *GB-A* (se ovan) har ansvaret för att konkretisera regelverket. Förutom sjukhusens interna kvalitetssäkring omfattar riktlinjerna en extern kvalitetssäkring som inkluderar en jämförelse mellan olika inrättningar. Den omfattar än så länge ungefär 20% av sjukhusvården, framförallt verksamheter inom det opererande området. Kvalitetssäkringsarbetet befinner sig nu i en avgörande fas i utvecklingsarbetet, ett mer enhetligt sektorsövergripande perspektiv växer fram. Sedan 2009 har uppgifterna i detta avseenden lagts på ett fristående institut, *AQUQ (Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen)*, som ansvarar för utveckling indikatorer och mätinstrument. De svarar också för den sjukhusövergripande kvalitetssäkringen. Resultaten presenteras på nätet i en form, som allmänheten kan ta del av. Varje år presenteras en nationell översikt. År 2009 omfattade den ett tjugofemtal sjukdomsgrupper/åtgärdsområden (motsv.) Även på *Land-nivå* redovisas uppgifter om resultat.

Den federala regeringen har sedan 1980-talet strävat efter utöva mer kontroll över vilken typ av hälso- och sjukvård som tillhandahålls och hur den tillhandahålls; i detta finns implikerat också frågan om nationell likvärdighet. Det är dock intressant att, i motsats till flera andra länder, har detta inte inneburit att man avlövade försäkringen utan man har i stället funktionellt centraliserat genom att öka den statliga tillsynen över de beslut, som de självreglerade kassorna svarar för. Detta har paradoxalt nog lett till nya kommittéer för tillsyn inom det försäkringssystem som själv har ett ansvar för att implementera nya bestämmelser. Kommittéerna har också medfört minskad självständighet för läkarna och ökad makt för sjukförsäkringskassorna. Utvecklingen mot ökad konkurrens mellan kassorna har kombinerats med starkare federal beslutskraft för säkerställa enhetlig standard.¹⁸

Vilken vård, som skall tillhandahållas vid sjukhusen har traditionellt bestämts av två faktorer: delstaternas sjukhusplaner samt förhandlingarna mellan försäkringskassorna och det enskilda sjukhuset. Tillträde till och finansiering av innovativa interventioner är

¹⁸ *HiT Germany* (2004), s. 42f.

föremål för intensiv debatt. Denna debatt handlar såväl om underbehandling som om överbehandling samt om skador till följd av detta. Rapporter om underbehandling visar ofta på komplexa orsaker och relateras sällan till brist på kapacitet bortsett från vissa landsbygdsområden i östra Tyskland och vissa subspecialiteter. Rapporterad underanvändning av diagnostisk service hänförs ofta till bristande färdigheter och underanvändning av läkemedel i öppen vård till budgetbegränsningar eller om tveksamhet överskrida gränser för receptförskrivning. Kassaläkarnas organisation har framfört att patienter med vissa kroniska och sällsynta sjukdomar får för lite läkemedel jämfört med (enbart expertbaserade) riktlinjer och hävdar att ytterligare finansiering måste till.¹⁹

Läkarförsvärgningen är reglerad genom behovsbaserade planer för de kassaanslutna läkarnas mottagningar. Ursprungligen var syftet främst att säkra tillgången på specialister på landsbygden. Från 80-talet och framåt har fokus legat på att undvika överutbud. Nya mottagningar får inte öppnas om det finns en överetablering, definierad enligt särskilda regler. För att angripa skillnaderna mellan stad och land kommer i framtiden försäljning av ersättningsetableringar inte att tillåtas.²⁰

Nederländerna

Systemet utformning i stort

Fr.o.m. 2006 finns en för alla holländare obligatorisk basförsäkring till vilken man ansluter sig individuellt eller, för flertalet försäkrade, i grupp. Denna försäkring täcker primärvård och sjukhusvård; långtidsvården täcks fortfarande av ett separat system. Innehållet i basförsäkringen bestäms av regeringen. Därutöver har alla rätt att köpa en komplementär, frivillig försäkring.

Genom reformen har Nederländerna, efter mer än tjugo års debatt, således fått ett system med universell täckning. Samtidigt med detta skedde en uppstramning av vilka åtgärder, som täcks av försäkringen. Behandlingar och åtgärder skall vara verksamma och kostnadseffektiva och kräva kollektiv finansiering.

De samlade utgifterna för hälso- och sjukvård uppgår till 3 199 EUR PPP per capita och år, vilket kan jämföras med ett genomsnitt i EU-länderna på 2 192 EUR PPP. Den offentligt finansierade andelen ligger på 82%. Ungefär 12% av kostnaderna täcks med avgifter.

Premierna sätts i konkurrens mellan kassorna och är nominella, d.v.s. icke inkomstrelaterade. Dessa premier betalas direkt till försäkraren. År 2011 uppgår premien i genomsnitt till €1 200. Försäkringsgivarna är strikt reglerade. De får inte variera premien utifrån ålder, kön eller riskbedömning, och de måste acceptera alla ansökningar. Från detta finns ett undantag; gruppförsäkringar, de omfattar mer än hälften (64%) av de försäkrade.

Dessutom betalar den försäkrade en viss andel (f.n. 7,75%) av sin inkomst (upp till ett tak, f.n. €2 590) till en central fond, som fördelar pengar till försäkrarna efter ålder, kön, läkemedelsförbrukning och sjukdomsförekomst. I detta ligger ett riskutjämningsystem. Löntagarnas bidrag till försäkringen kompenseras av arbetsgivaren.

Det finns en självrisk på €170 per år (gäller ej vård hos husläkaren, mödravård och obstetrik samt barn- och ungdomstandvård).

¹⁹ *HiT Germany* (2004), s. 71.

²⁰ <http://www.spiegel.de/wirtschaft/soziales/0,1518,758777,00.html>. Besökt 2011-04-26.

Som nämnts finns vid sidan av den basala försäkringen möjligheter att köpa en frivillig, komplementär försäkring från den försäkrare man önskar. Denna komplementära försäkring får dock enbart omfatta sjukvård, som inte täcks av basförsäkringen eller den särskilda försäkringen för långtidsvård. Försäkraren har för den frivilliga försäkringen rätt att differentiera premierna och man är inte skyldig att acceptera alla individer. Som en följd av detta är möjligheterna att välja begränsad för vissa patienter.

Tendensen till mer marknadsliknande inslag och ökad privat finansiering är tydlig. Försäkrarna skall konkurrera genom premier och villkor, t.ex. självrisk eller inte. Patienten har full valfrihet och kan byta försäkrare en gång per år; bortsett från det första året efter reformen är dock bytena få (under 5% av de försäkrade).

Försäkringsbolagen köper vård från sjukhusen och de har frihet att sluta kontrakt med enstaka sjukhus, individuell/selektiv kontraktering. Förhandlingar om priser och kvalitet är emellertid reglerade och det är bara ett begränsat antal av sjukhusens tjänster, som är föremål för prispförhandlingar. Man har velat implementera möjligheterna att förhandla gradvis, bl.a. för att försäkringsbolagen skall bygga upp tillräcklig expertis och erfarenhet för att kunna leva upp till rollen av beställare. Friheten att förhandla gäller vissa s.k. DBC-grupper (liknande DRG), som introducerade år 2005. Intäkterna från dessa tjänster svarar nu för ungefär en tredjedel av sjukhusens intäkter.

Allmänläkarna är husläkare med *gatekeeper*-funktion. De arbetar under ett nationellt kontrakt. Primärvårdens grindvaktfunktion är stark i det holländska systemet. Remissfrekvensen är låg; två av tre öppenvårdsbesök sker hos allmänläkaren. Patienten väljer hos vilken allmänläkare han/hon vill registrera sig.

Mer än 90% av sjukhusen är privata, icke vinstdrivande; de flesta har anknytning till antingen katolska eller protestantiska sammanslutningar. Vinstdrivande sjukhus är inte tillåtna. Övriga 10% är offentliga och utgörs främst av universitetssjukhusen. Nästan all specialistvård bedrivs på sjukhusen. Läkarna är vanligtvis inte anställda av sjukhusen utan egna företagare med avtal med sjukhusen. Patienten måste ha remiss från sin husläkare för att bli behandlad vid sjukhus antingen det gäller slutet eller öppen vård.

Nationell och regional/lokal nivå

Ansvar för det holländska hälso- och sjukvårdssystemet delas mellan staten och en fristående, självreglerande sektor. Statens roll är i huvudsak begränsad till att definiera rollerna för andra aktörer och ha en tillsyn över systemet. Staten har dock förbehållit sig rätten att ingripa om delar av systemet inte fungerar tillfredsställande.

Regeringen kontrollerar kvalitet och tillgänglighet och tillträde till vården. I reformeringen 2006 skapades nya övervakningsorgan för att förhindra icke önskvärda marknadseffekter i det nya systemet. Traditionellt har det holländska systemet karakteriserats av en självreglering, där de professionella organisationerna har stor betydelse.

Den holländska hälso- och sjukvårdsmyndigheten, *Nederlandse Zorgautoriteit* (NZa) är en oberoende administrativ myndighet, som har ansvar för att övervaka hälso- och sjukvårdsmarknaden genom att följa upp konkurrensen mellan försäkringsgivarna och konkurrensen mellan utförare. De har också rätt att införa regleringar och sätta priser om inte marknadsmekanismerna fungerar.

Hälso- och sjukvårdsinspektionen, *Inspectie voor de Gezondheidszorg* (IGZ) övar tillsyn över hälso- och sjukvårdens kvalitet och tillgänglighet. Oberoende från ministeriet har denna myndighet ansvar för regleringen av obligatoriska folkhälsoinsatser samt för klagomål och tillbud i vården.

Försäkringsgivarna är privata, icke-vinstsyftande organisationer. Vinstdrivande försäkrare kan visserligen sälja privata basförsäkringar, men de flesta har valt att lämna marknaden. Alla kvarstående försäkrare är således ömsesidiga eller icke vinstdrivande organisationer.

Relationerna mellan den försäkrade och försäkringsbolaget regleras civilrättsligt, inte offentligträttsligt.

Nyttighetskorgen fastställs av regeringen. Den omfattar i stort sett all sjukhus- och läkarvård, inkl. läkemedel. Undantagen gäller i huvudsak vissa elektiva åtgärder, exempelvis kosmetisk kirurgi utan medicinska indikationer. För IVF är endast de tre första försöken inkluderade.

Regionala skillnader

Någon löpande, specifik redovisning av regionala skillnader sker inte. Däremot redovisas vartannat år en rapport om den holländska hälso- och sjukvårdens prestanda.²¹ Denna redovisning är mer inriktad på riket än på de olika sjukhusområdena, men de geografiska aspekterna finns också med. Av redovisningen för 2010 framgår det att tillträdet till hälso- och sjukvården i Nederländerna är excellent. Geografiska analyser visar att den genomsnittliga körtiden från hemmet till närmsta husläkare sjukgymnast eller apotek är 1,3 minuter. För sjukhusen är motsvarande siffra 7,7 minuter. Nästan ingen behöver köra mer än 15 minuter för att nå dessa funktioner. Inte heller kostnaderna utgör något stort hinder för tillträde. Patientavgifterna är bland de lägsta i OECD. I en jämförelse med sex andra rika länder framkom att Nederländerna har den minsta andelen invånare (1%) och av kroniskt sjuka (3%), som avstår från läkarbesök av ekonomiska skäl. Det finns dock skillnader i behandlingspraxis. Andelen recept från husläkare i enlighet med givna riktlinjer varierar mellan 49% och 77%. Andelen patienter med höftfraktur, som opererades inom 24 timmar, varierar mellan 67,5% och 100% vid olika sjukhus.²²

Även om det kan verka förvånande med hänsyn till landets begränsade yta innebär de demografiska trenderna och den därav följande förändringen av vårdbehoven att framförallt de mest tätbefolkade område i väster kommer att få problem avseende allmänläkare och sköterskor. För specialister gäller däremot att mindre sjukhus i periferin får de största problemen.

Frankrike

Systemet utformning i stort

Socialförsäkringen täcker alla legalt boende i landet. De samlade utgifterna för hälso- och sjukvård uppgår till 3 172 EUR PPP per capita och år, vilket kan jämföras med ett genomsnitt i EU-länderna på 2 192 EUR PPP. 78% av de totala sjukvårdskostnaderna finansieras offentligt. Den obligatoriska försäkringen finansieras med en form av löntagaravgift från arbetsgivaren och till en mindre del av den enskilde samt via inkomstskatten.

92% av befolkningen täcks av en privat försäkring (komplementär, supplementär). Den privata försäkringen täcker 13% av kostnaderna och *out of pocket* svarar för runt 7%. De flesta får den privata försäkringen via sin arbetsgivare, men genom staten täcks även de, som saknar inkomst. Försäkringsgivarna är till allra största delen icke vinstdrivande, löntagarbaserade sammanslutningar (*mutuelles*). Det finns en begränsad valfrihet och konkurrens mellan dessa kassor eftersom de är baserade på inom vilken bransch löntagarna arbetar.

²¹ Westert, G.P., van den Berg, M.J., Zwakhals, S.L.N., de Jong, J.D. & Verkleij, H. 2010. *Dutch Health Care Performance Report 2010*. National Institute for Public Health and the Environment, The Netherlands.

²² van den Berg, M., Heijink, R., Zwakhals, L., Verkleij, H. & Westert G. 'Health care performance in the Netherlands: Easy access, varying quality, rising costs.' *Eurohealth* 16:4:27-29.

I huvudsak täcker den privata försäkringen patientens egenavgift efter återbäring. Vissa avgifter (€1 per läkarbesök, €0,50 för recept; €2 per ambulanstransport; €18 för dyra behandlingar) stannar dock hos patienten, de täcks inte av försäkringen. För dessa avgifter finns dock ett tak på €50 per år.

En nationell taxa förhandlas fram mellan försäkringskassorna och de olika läkarorganisationerna. Det är en återbäringstaxa; den avgift läkaren tar ut kan ligga över referenstaxan.

Ledning och administration av det franska hälso- och sjukvårdssystemet ligger till stora delar på försäkringskassorna inom socialförsäkringssystemet. Medlemskap i kassorna baseras på sysselsättning och det finns ingen konkurrens mellan dem. Avgifterna bestäms dock av regeringen; de samlas in lokalt, men poolas på nationell nivå.

Läkarna är i huvudsak egenföretagare. För att stimulera allmänläkarna att ta på sig en vägledningsfunktion får de ett tillägg för registrerade patienter. Det kan ses som en form av kvasi-husläkarsystem. Patienten kan också direkt söka en specialist. Han/hon betalar då något mer för ett besök där än hos en allmänläkare.

Två tredjedelar av sjukhussängarna finns i offentliga eller icke vinstsyftande sjukhus, resten i privata kliniker. Universitetssjukhusen är offentliga. Läkarna vid sjukhusen är i huvudsak anställda, med lön. De har dock tillåtelse att ta emot privata patienter på sjukhuset. Patienten har rätt att välja specialist och sjukhus, men det finns idag ekonomiska incitament att gå via sin 'husläkare' (*médecin traitant*).

Nationell och regional/lokal nivå

Den centrala regeringens roll i finansieringen stärktes i slutet av 90-talet genom införandet av ett indikativt tak för de offentliga utgifterna för hälso- och sjukvården. Detta tak sätts varje år av nationalförsamlingen och specificeras därefter för de olika vårdgrenarna (sjukhusvård, öppen vård, långtidsvård). Hälsovårdsministeriet (egentligen hälsodelen av ett större ministerium som omfattar också arbetsmarknads- och sysselsättningsfrågor) har ansvaret för att fördela resurserna till vårdgrenarna och, vad gäller sjukhusen, till regionerna.

Decentralisering har i det franska systemet handlat mer om en spridning (dekoncentration) än om överföring av ansvar och befogenheter. Policies och ramar definieras på den centrala nivån och implementeras sedan, efter anpassning till situationen på den regionala nivån. Trots den decentralisering, som skett under de senaste åren har således ministeriet möjlighet till direkt inflytande på många områden, exempelvis då det gäller strukturförändringar inom sjukhusvården; stängningar av sjukhus eller avdelningar. Som en följd av en reformering av försäkringssystemet 2004 skedde det en förskjutning av ansvaret från staten till försäkringskassorna. Nya uppgifter delegerades till försäkringskassorna när det gällde ekonomisk ansvar för och styrning av sjukvården, definitionen av nyttighetskorgen samt förhandlingar och kollektiva avtal med utförarna. Socialförsäkringens fonder leds av en styrelse med lika representation från arbetstagare och arbetsgivare.

Reformen innebar också att den regionala nivån fick en förstärkt roll i implementeringen av hälso- och sjukvårdspolitik. De regionala sammanslutningarna av försäkringskassorna fick möjligheter sluta regional kontrakt med utförarna som ett tillägg till de centrala kontrakten. Koordineringen mellan de statliga regionala organen (*Agence Régionale d'Hospitalisation, ARH*) och de regionala sammanslutningarna av försäkringskassor (*Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie, URCAM*) stärktes. I några regioner genomfördes försök att slå ihop dessa regionala institutioner. I ytterligare en reformomgång, år 2009, har sammanslagningen realiserats. *Agences Régionales de Santé* har tillskapats i de 26 regionerna. Dessa regionala organ har ansvar för den samlade sjukvården i regionen. De är i sin tur uppdelade i drygt hundra territoriella enheter för konkret planering och koordinering av vårdresurserna.

I Frankrike ligger ansvaret för att definiera nyttighetskorgen på försäkringskassaförbundet *l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (UNCAM)* efter konsultation med två organ. Den ena är *Haute Autorité de Santé (HAS)*, som har till uppgift att utvärdera metoder, främja god praxis och förbättra kvaliteten i vården. Den andra är *Union Nationale des Organismes d'Assurance Maladie Complémentaire, (UNOC)*, som är en samarbetsorganisation för den komplementära försäkringen. Hälsoministeriet deltar i denna process genom *Direction générale de la santé (DGS)*, en fackmyndighet inom ministeriet. Ministeriet har befogenhet att lägga till och dra ifrån tjänster i nyttighetskorgen.

Försäkringen täcker sjukhusvård, öppenvård, diagnostik, läkemedel och hjälpmedel samt medicinskt betingade transporter. Nyttighetskorgen är olika utformad för öppen och sluten vård. För öppenvården finns explicita listor för olika insatser medan det för slutenvården handlar om en kombination av listor och implicering i det DRG-baserade ersättningssystemet. Historiskt har inriktningen av försäkringen varit på kurativ vård, men mer och mer förebyggande insatser har inkluderats.

Nyttighetskorgen innehåller inte sådant som kosmetisk kirurgi eller spabehandling (annat än undantagsvis på medicinska grunder). En del åtgärder, som det är osäkert om de är effektiva, är heller inte med. Vissa åtgärder ersätts inte av kassan, som förebyggande bendensitometri i privat vård. För sedvanlig behandling eller vanliga produkter finns inga volymbegränsningar. Sådana kan finnas för dyrbara åtgärder som in vitro fertilisering (fyra försök) eller dyrbara produkter.

Historiskt har den franska nyttighetskorgen ses som generös. Den har utan någon större diskussion utökats utan att något tagits bort. Under senare år har en viss restriktivitet dock utvecklats, bl.a. innebärande att många läkemedel med tveksam effekt tagits bort från listan.

Regionala skillnader

Information om kvaliteten i den franska hälso- och sjukvården är i ökande utsträckning tillgänglig för allmänheten. Information om sjukhusen (resultatet av ackrediteringen) finns tillgänglig på *HAS:s* (se ovan) site. Andra informationskällor är de årliga rankingarna i massmedia av sjukhusens medicinska verksamhetsområden. Tidskriften *Le Point* presenterar varje år i september en sådana ranking för såväl offentliga som privata sjukhus. År 2003 startade ett nationellt program för koordinering av sjukhusens prestanda samt förbättring av sjukhusens kvalitet, *Coordination pour la mesure de la performance et l'amélioration de la qualité hospitalière, (COMPAQH)*. Det är frivilligt för sjukhusen att delta. År 2008 rapporterade 42 sjukhus anonymt de 65 indikatorer, som används.

Socioekonomiska skillnader och geografisk orättvisa uppfattas som kvarstående utmaningar för nå rimlig rättvisa i tillträdet till hälso- och sjukvård.²³

En kategori av åtgärder i reformarbetet under det senaste decenniet för att hålla kostnadsutvecklingen i schack har varit åtgärder kan betecknas som 'medicinskt baserad policy för att hämma kostnadsutvecklingen'. De har fokuserat på att minska såväl finansiella förluster som förluster i rättvisa beroende på variationer i medicinsk praxis. Åtgärderna har syftat till att förbättra praxis genom att på nationell nivå utveckla riktlinjer för praxis och att genom avtalen mellan kassorna och läkarna framamma ett engagemang i dessa frågor. Livslångt lärande ses också som ett viktigt instrument. Till en början arbetade man mest med piskan i form av t.ex. bot vid uteblivet deltagande i utbildning. Erfarenheterna av detta var inte goda och därför försöker man nu med moroten i stället genom att premiera uppnående av praxismål.²⁴

Genom noggrann arbetskraftsplanering och genom *numerus clausus* (spärrad utbildning) söker man undvika brister eller överskott på personal i sjukvården. Man kan

²³ *HiT France* (2010), s, xxiii.

²⁴ *HiT France* (2010), s, xxix.

emellertid inte kontrollera den geografiska fördelningen av läkarna, eftersom de som egenföretagare har rätt att öppna praktik var man önskar. Skillnader mellan olika regioner är stora. Antal läkare per 1 000 invånare varierar mellan runt 2,5 i utomeuropeiska departement och Picardy till en bit över fyra i Île-de-France och Provence-Alpes- Côte-d'Azur. variationen är större för specialister än för allmänläkare. Det finns också en ojämlikhet avseende vårdplatser, men den är mindre uttalad.

Problemen kommer att förvärras de närmaste åren, såväl då det gäller läkartätheten generellt som den geografiska ojämlikheten. För att försöka lösa dem har uppgifter förts över från läkare till annan personal som sköterskor. Incitament av olika slag har också utvecklats för att attrahera personal till underförsörjda områden. Preliminära erfarenheter visar på att enbart finansiella incitament är mindre effektiva än om de kombineras med organisatoriska förändringar i syfte att förbättra arbetstillfredsställelsen. Det går heller inte att se dessa problem som strikt avgränsade till vissa särskilt avgränsade områden utan problemen är mer generiska.

De regionala hälso- och sjukvårdsmyndigheterna (*ARS*, se ovan) har ansvar för folkhälsoarbete och för att tillhandahålla en god sjukvård till befolkningen i resp. region. Det handlar om både öppen och sluten vård. Detta uppdrag har en territoriell dimension, bästa möjliga fördelning av läkare och av vård i regionen samt en ekonomisk dimension, bästa möjliga användningen av resurserna kontroll på sjukvårdskostnaderna. Ett instrument för att nå detta är en regional plan, basera på befolkningens behov (*Plan stratégique régional de santé; PRS*).

England

Systemet utformning i stort

Det engelska²⁵ systemet (*National Health Service, NHS*) är nationellt, skattefinansierat och omfattar alla medborgare. De samlade utgifterna för hälso- och sjukvård uppgår till 2 686 EUR PPP per capita och år, vilket kan jämföras med ett genomsnitt i EU-länderna på 2 192 EUR PPP. 83% av de totala kostnaderna är offentligt finansierade. 12% av de totala kostnaderna täcks med avgifter.

Det finns också privata försäkringar, som drivs av en mix av vinstdrivande och icke vinstdrivande företag. Ungefär 13% av befolkningen täcks av privat försäkring (i huvudsak supplementär), vilket motsvarar drygt 1% av kostnaderna. Försäkringen används i huvudsak för elektiv vård i den privata sektorn.

Någon egentlig strukturreform har inte genomförts i England under den senaste femtonårsperioden. De grundläggande dragen har varit intakta: skattefinansiering; i huvudsak offentlig produktion; uppdelningen mellan beställare och utförare. Det hindrar att inte man kan tala om betydelsefulla reformer på flera olika områden: *'payment by result (PbR)* på sjukhussidan; ökat utnyttjande av privata utförare; mer fristående ledning av sjukhusen genom *foundation trusts (FTs)*; valfrihet avseende elektiv vård; nya kontrakt för *GPs* och specialister; flera oberoende institut med ansvar för tillsyn, uppföljning och utvärdering av vården (se nedan). Sammantaget har därmed inslaget av marknadsliknande arrangemang ökat. Man kan även se en ökad centralisering av den engelska sjukvården.

Den offentligt finansierade vården produceras i huvudsak i offentlig regi. Det finns en tydlig gräns mellan offentlig och privat hälso- och sjukvård. Den privat finansierade primärvården är försumbar.

²⁵ Här avses bokstavligen systemet i England, inte i Storbritannien. Skottland, Wales och Nord- Irland avviker från det engelska systemet. Det skotska systemet, exempelvis, är mer traditionellt integrerat och kallsinnigt till marknadsliknande lösningar.

Husläkarna är organiserade i *Primary Care Trusts (PCTs)*, som har budgetansvar för huvuddelen av vården. En del av detta budget-/beställningsansvar har av *PCTs* delegerats till lokala mottagare, *Practice Based Commissioners (PCBs)*. Husläkarna är *gatekeepers*. 99% av befolkningen är registrerad hos en *GP* och 90% av alla kontakterna med *NHS* sker med husläkare. Patienten har viss möjlighet att välja husläkare. Varken i primärvården eller sjukhusvården betalar patienten någon avgift. En viktig del av husläkarnas funktioner som *gatekeeper* är att han/hon remitterar patienten till specialistvård vid sjukhus.

Den slutna vården produceras till 90 % vid statligt ägda sjukhus. Sjukhusen har, som nämnts, under senare år utvecklats mot s.k. *Foundations Trusts* med en större självständighet i ekonomiska frågor än tidigare. Specialister arbetar i huvudsak vid sjukhusen, men kan ha vissa privata patienter. Det finns ett antal privata sjukhus och kliniker. Marknaden domineras av några stora *for profit* sjukhuskedjor och det finns också en viss vertikal integrering mot försäkringssidan. Viss elektiv kirurgi ges vid centra (främst s.k. *Independent Sector Treatment Centres*) drivna av privata vårdgivare, upphandlade av *NHS*. Vid *NHS*-sjukhusen finns också privata sängar, där patienten betalar för vården.

Nationell och regional/lokal nivå

Ansvar för den offentligt finansierade hälso- och sjukvården åvilar ytterst sjukvårdsministern, *Secretary of State for Health*, understött av *Department of Health*, som har ansvaret för att utveckla ramverket för policyn. Under det senaste decenniet har nya, fristående organ tillskapats. Hit hör t.ex. *National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE)*; *Monitor*, som reglerar de självständiga sjukhusen inom *NHS*; samt *Care Quality Commission*. Dessa organ har övertagit en rad reglerande funktioner, exempelvis att utfärda nationella riktlinjer och att utveckla nationella standards.²⁶ Trots att tillsynen stärkts under senare år har professionerna bibehållit en hög grad av självständighet genom sina organisationer.

Regeringen fastställer budgeten för *NHS* och har därigenom kontroll över såväl kostnader som volym. Under fr.a. tiden 1997-2008 ökade resurserna i en omfattning, som saknar motstycke under tidigare perioder.

Departementet arbetar på den regionala nivån genom tio *strategic health authorities (SHAs)*, tillkomna 2002) med ansvar för prestanda och kvalitet inom resp. region.

Ansvar på den lokala nivån ligger i på 151 primärvårdsorganisationer, i huvudsak *primary care trusts (PCTs)*, med ansvar för en geografiskt definierad befolkning som beskrivits ovan. Detta ansvar innefattar också beslut om att lägga ner sjukhus. I praktiken styrs dock dess frågor fortfarande av regeringen med, som det heter i en *Health System Review* från *The European Observatory on Health Systems and Policies*, "fast och ineffektiv hand".²⁷

Någon nyttighetskorg för *NHS* finns inte preciserad. Den övergripande principen har ända sedan *NHS* infördes 1948 varit ett vården skall vara 'heltäckande'. I praktiken innebär det att all sjukvård, som rimligen kan innefattas också skall innefattas; det är dock inte löfte att allts kall täckas. 'Heltäckande' ger utrymme för tolkning och diskretionärt beslutsfattande av *Secretary of State for Health* samt, på delegation, av *SHAs* and *PCTs*.

²⁶ *HiT United Kingdom (England)* (2011), s. xixf.

²⁷ *HiT United Kingdom (England)* (2011), s. 170.

Det finns nu förslag om att förändra organisationen fr.o.m. 2012/13 genom etablerandet av *GP practice consortia*, som skall ta ansvar för 80% av budgeten och upphandla huvuddelen av tjänsterna i *NHS*. Ett nytt, oberoende *NHS Commissioning Board* skall öva tillsyn över de nya strukturerna. *PCTs* och *SHAs* avvecklas.²⁸

Regionala skillnader

Någon löpande redovisning av regionala skillnader föreligger inte, men olika aspekter på frågan belyses i skilda sammanhang. Under 2010 har en atlas över variationer i hälso- och sjukvården presenterats, vilken kan bli en startpunkt för mer löpande presentation. I atlasen presenteras ett 30-tal kartor med indikatorer, som visar på geografiska skillnader mellan olika *PCT*.²⁹

Appleby m.fl. har studerat geografiska variationer mellan olika *PCTs*. De procedurer man studerat är kliniskt effektiva procedurer; kliniskt osäkra procedurer och procedurer med låg effektivitet; dagkirurgi på områden som bedömts lämpliga för sådan behandling; samt vårdtillfällen. Man finner i analysen att variationer finns i stort sett på alla områden och att de är varaktiga. Även på områden med stark evidens är variationerna omfattande. Variationerna visar också på socioekonomiska orättvisor i tillträdet.³⁰

Den lokala självständigheten om vad som skall täckas har lett till skillnader mellan olika områden avseende vilka tjänster, som tillhandahålles. Detta var en av orsakerna till att frågor om ransoneringar kommit att uppmärksammas alltmer i *NHS* sedan början av 90-talet. Under senare tid har det utvecklats att antal profilerade debatter om enskilda *PCTs* beslut om begränsningar i tillhandahållandet.

Inför behovet att fatta svåra beslut om vad som skall tillhandahållas har regeringen uppmuntrat *PCTs* att involvera allmänheten i besluten om ransoneringar och prioriteringar. Sedan år 2000 har regeringen försökt möta frågan om 'postnummerransonering' (*postcode rationing*) genom att använda utvärdering av medicinska teknologier av *NICE*. *NICE* tar fram rekommendationer till beställare och utförare vad avser klinisk praxis, medicinska teknologier och folkhälsoinsatser. Till år 2002 uppmuntrades de lokala myndigheter kraftigt att använda rekommendationerna, men de var inte obligatoriska. Därefter blev det ett åläggande för *NHS* organ att, inom ramen för den gällande budgeten, tillhandahålla sådana tjänster som *NICE* rekommenderar.

En av de stora kontroverserna kom att gälla s.k. 'top-up' avgifter från patienterna. I första hand gällde detta dyra cancerläkemedel. Det ursprungliga ställningstagandet var att patienterna själva kunde betala för läkemedel, som inte tillhandahölls av *NHS*, men att de då inte skulle få del av den avgiftsfria *NHS*-vården. Efter en granskning 2008 ändrades detta. Patienten får numera, under vissa omständigheter, fortsatt avgiftsfri vård i *NHS* även om han betalar 'top-up'.³¹

²⁸ Cacace, M., Ettelt, S., Brereton, L., Pedersen, J. & Nolte, E. 2011. *How health systems make available information on service providers: Experiences in seven countries*. Technical Report. Rand Europe, s. 32.

²⁹ The NHS Atlas of Variation in Health care. kan nås på http://www.rightcare.nhs.uk/atlas/qipp_nhsAtlas-LOW_261110c.pdf . Besökt 2011-06-13.

³⁰ Appleby, J., Raleigh, V., Frosini, F., Bevan, G. Gao, H. & Lyscom, T. 2011. *Variations in Health Care: The good, the bad and the inexplicable*. The King's Fund, s. 11f.

³¹ *HiT United Kingdom (England)* (2011), s. 82.

När NHS infördes 1948 skapades *Medical Practices Committees* för att åstadkomma större rättvisa i den geografiska fördelningen av *GPs*. Dessa kommittéer avskaffades år 2002 och i stället fick *PCTs* i uppgift att kontraktera alternativa utförare för att öka kapaciteten i underförsörjda områden; centrala resurser avsattes för att stötta detta. Men skillnaderna är fortfarande stora. I snitt var 1 432 patienter registrerade hos en husläkare år 2009, med en spännvidd från 1 031 till 1860, d.v.s. på 80%.

Det finns också betydande skillnader vad gäller sjukhusläkare och sköterskor. År 2009 fanns det nästan dubbelt så många läkare per 1 000 inv. i London som i East Midland. Tillgången på sjuksköterskor varierar mindre, men det handlar ändå om en skillnad på 40% mellan lägst och högst.

Andra geografiska skillnader gäller väntetider. Exempelvis fick i februari 2010 88,5 % av inlagda patienterna behandling inom den målsatta tidsramen sydöstra England jämfört med 94,3 % i nordöstra England. För ej inlagda patienterna var skillnaden mindre, 96,7 % mot 98,4 %.

Antalet besök vid akutmottagningar varierar mellan olika delar av landet. År 2008-2009, var det i snitt besök per 1 000 inv. vid akutmottagningarna. Spännvidden var mellan 275 i East Midlands och 513 i London, alltså nära en faktor två. I viss mån kan Londonsiffran dock spegla pendlare, som arbetar i London. Likartade skillnader finns i antal intagna från akutmottagningar, samt tillgången på s.k. '*critical beds*' liksom för ambulanser. Även avseende väntetider på akutmottagningen och på ambulans finns vissa, om än rätt små, regionala skillnader.

Klinkfärdiga patienter varierar geografiskt. År 2005-2006 var snittet för 'försenade utskrivningar' 2,5 % av alla utskrivningar men detta varierade från 0,5 % till 4,2 %.³²

En sammanfattning av rättvisefrågan kan vara att NHS vad gäller finansiering är rättvist. Men tillgängligheten i olika delar av landet varierar påtagligt på ett sätt som inte kan rättfärdigas av skillnader i behov. Härutöver kan sägas att det inte finns några indikationer på att den sociala rättvisan har förbättrats under den senaste femtonårsperioden.³³

Det återstår också stora skillnader i fördelningen av resurser på olika verksamheter. Exempelvis är den genomsnittliga kostnaden för cancervård £82 per capita i hela England. Variationen mellan *PCTs* går från £43 till £151 per capita. Det pågår nu forskning kring vad detta kan beror på; en orsak kan förstås vara att kostnadsdata i sig inte är tillförlitliga.

Kanada

Systemets utformning i stort

Det kanadensiska sjukvårdssystemet karakteriseras av att det omfattar och är tillgängligt för alla samt är heltäckande. De samlade utgifterna för hälso- och sjukvård uppgår till 3 500 EUR PPP³⁴ per capita och år, vilket kan jämföras med ett genomsnitt i EU-länderna på 2 192 EUR PPP. Den offentligt finansierade vården svarar för runt 70% av kostnaderna. Delstaterna finansierar detta med generella och riktade skatter. Till detta kommer federala bidrag, som styrs av folkmängd och några andra faktorer. I syfte att undvika uppkomsten av parallella hälso- och sjukvårdssystem är det i Kanada förbjudet att ha privata sjukvårdsförsäkringar som täcker den vård som ligger inom ramen för *Canada Health Act*. Likaså är privata, vinstsyftande sjukhus förbjudna inom de verksamheter som ingår.

³² *HiT United Kingdom (England)* (2011), s. 275.

³³ *HiT United Kingdom (England)* (2011), s. 388.

³⁴ Egentligen 4 079 USD PPP, från *OECD Health Data Base*, 2010. För jämförelse med andra länder har kostnaden räknats om till EUR PPP.

Tilläggsförsäkringar som täcker kostnader för viss extra service, t.ex. enkelrum, är däremot tillåtna. Ungefär två tredjedelar av befolkningen har en privat gruppörsäkring av tilläggskaraktär, som täcker tandvård, läkemedel, privat rum etc. Privat försäkring svarar för 11% av kostnaderna.

Delstaterna svarar för all slutet och öppen vård, minimum enligt den federala regeringens krav. Delstaterna kan härutöver själva utöka tjänsterna med exempelvis läkemedel, tandvård, hemvård etc.

Den öppna läkarvården bedrivs av privatpraktiserande läkare som arbetar i egna mottagningar. En ökad satsning sker på primärvården, med allmänläkare och *nurse practitioners*, liknande svenska distriktssköterskor och dispensärsköterskor. I Kanada råder etableringsfrihet för läkare. Under senare år har allt fler provinser infört tak av något slag för ersättningen till läkarna.

95 % av de kanadensiska sjukhusen är icke vinstsyftande och drivs bl.a. av frivilliga organisationer och kommuner. Sjukhusen har ansvar för drift och ekonomi men måste hålla sig inom den årliga budget som man förhandlat sig fram till med provinsregeringen. Delstaterna reglerar utförarna. I praktiken delegeras detta till *colleges*; professionellt självreglerande organ som ger tillstånd och sätter standards. En stor del av de privata specialisterna har också rätt att lägga in och behandla sina patienter vid sjukhus när de behöver sådan vård. Även privata lättakuter har etablerats. Något formellt remissväg för att söka specialistvård finns inte. I praktiken kräver ofta specialisterna att patienterna har en remiss från allmänläkare eftersom deras taxa är konstruerad så att de får en högre ersättning för patienter som har en remiss än för andra patienter.

Nationell och regional/lokal nivå

För det kanadensiska sjukvårdssystemet, ofta betecknat *Medicare*, finns ingen nationell plan, däremot ett nationellt program som bygger på delstaternas planer. Roller och ansvar delas mellan den federala regeringen och delstatsregeringarna. Delstaterna måste uppfylla vissa kriterier och villkor för få del av de statliga bidragen under *the Canada Health Transfer (CHT)*. Inom denna ram är provinsregeringarna ansvariga för ledning och organisation av sjukvårdssystemet. Förutom att utforma och administrera de nationella principerna är den federala regeringen direkt ansvarig för hälso- och sjukvård till vissa specifika grupper som exempelvis urinvånare och krigsveteraner.

I varje provins finns en lagstiftning, som reglerar hur systemet, med generell räckvidd och med en finansiär (*single-payer*) skall administreras. Som nämnts finansierar provinserna sjukhusen och de bestämmer också, efter förhandlingar med läkarförbundet, ersättningstaxan för läkare. Man driver också på provinsnivå vissa verksamheter (exempelvis inom psykiatri) samt subventionerar andra verksamheter som hemsjukvård och långtidsvård. Alla provinser har också egna system för täckning av en varierande del av kostnaderna för läkemedel.

Med början 1992 och ett femtontal år framåt (takten och inriktningen varierade något mellan provinserna) skapades regioner *inom* provinserna. Ett av syftena med detta var att förbättra kontinuiteten mellan sjukhusvård och läkarvård och olika former av vård utanför sjukhus. *Regional Health Authorities (RHAs)* får en global budget och förväntas sedan fördela denna så att de på ett optimalt sätt kan tjäna sin befolkning.

Kostnaderna kontrolleras genom obligatoriska, årliga globala budgetar för sjukhus och regioner; förhandlade taxor; läkemedelslistor; samt begränsningar av spridningen av medicinsk teknologi.

Canada Health Act preciserar inte någon nyttighetskorg. Den använder begreppet 'medicinskt nödvändigt' utan att definiera inte vad som ingår i detta. Som medicinskt nödvändigt betraktas all sjukhusvård och läkarvård (inkl. viss tandvård) liksom diagnostik och primärvård.

Det saknas ingalunda debattämnen och motsättningar om utvecklingen av den kanadensiska sjukvården. En ökad privat finansieringen förordas från vissa grupper och speciellt i vissa delstater. Det nuvarande systemet har dock en stark folklig förankring och den senaste stora sjukvårdsutredningen på federal nivå, den s.k.

Romanovkommissionen, drog den övergripande slutsats är att det kanadensiska systemet är hållbart, nu och i framtiden. Samtidigt pekade Romanov på behovet av förbättringar.

I kölvattnet på Romanov har följt förhandlingar mellan den federala regeringen och delstatsregeringarna om vårdens resurser och effektiviteten i vården, och det finns bred konsensus att vårdens tillgänglighet måste förbättras och att detta kräver samverkan, engagemang från utförare och patienter samt strategiska investeringar i områden som mer personal; vård ute i samhället, inklusive hemsjukvård; läkemedelsförsörjning; hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande insatser; samt adekvata finansiella resurser.

Regionala skillnader

De nyss nämnda förhandlingarna mellan den federala regeringen och delstatsregeringarna resulterade i en *10-Year Plan to Strengthen Health Care*. Ett av områdena gällde att reducera väntetiderna på vissa specifika områden. Canadian Institute for Health Information (CIHI) redovisar intermitterant hur väntetiderna utvecklar sig enligt detta mål och jämför därvid de olika provinserna med varandra. CIHI samlar också in, mäter och analyserar data som stöd för undersökningar om kvalitet och resultat i vården. Presentation av detta material sker på olika sätt. I en årlig rapport rapporteras data för de mest aktuella indikatorerna per region. I den senaste rapporten, för år 2010, fokuseras skillnader i hälsosystem mellan regionerna.

En del provinser får ytterligare federala bidrag genom ett utjämningsystem. Detta för att göra det möjligt att nå en någorlunda jämförbar hälso- och sjukvård till någorlunda jämförbar skattenivå. De tre territorierna (Nordväst-territoriet, Nunavut och Yukon) får särskilda tillskott.

Referenser

- Agardh, E. & Brommels, M. 2006. *Hälso- och sjukvårdens strukturreformer. Lärdomar från Norge, Danmark, Finland och Storbritannien*. Ansvarskommitténs skriftserie.
- Appleby, J., Raleigh, V., Frosini, F., Bevan, G. Gao, H. & Lyscom, T. 2011. *Variations in Health Care: The good, the bad and the inexplicable*. The King's Fund.
- AQUA. 2010. *Qualitätsreport 2009*.
- Augurzky, B. , Engel, D., Schmidt, C.M. and Schwierz, C. 2009. *Ownership and Financial Performance in the German Hospital Sector*. Ruhr Economic Papers Busse, R. 2008. 'The health system in Germany.' *Eurohealth* 14:1.
- van den Berg, M. , Heijink, R., Zwakhals, L., Verkleij, H. & Westert G. 'Health care performance in the Netherlands: Easy access, varying quality, rising costs.' *Eurohealth* 16:4:27-29.
- Bundesministerium für Gesundheit. *Daten des Gesundheitswesens* 2010.
- Busse, R. 2008. 'The health system in Germany.' *Eurohealth* 14:1
- Busse, R. , van Ginecken, E. , Schreyögg, J. & Wisbaum, W. 2005. 'The Health care system and reform in the Netherlands.' *Euro Observer* 7:1
- Cacace, M., Ettelt, S., Brereton, L., Pedersen, J. & Nolte, E. 2011. *How health systems make available information on service providers: Experiences in seven countries*. Technical Report. Rand Europe.
- Canadian Institute for Health information (CIHI). *Health Indicators 2010*.
- Durand-Zaleski, I. 'The health system in France.' *Eurohealth* 14:1.
- Ettelt, S. , Nolte, E., Thomson, S. & Mays, N. 2007. *A review of the role and responsibilities of national ministries of health in five countries*. A report by the London School of Hygiene & Tropical Medicine.
- Ettelt, N., Nolte, E., Nikolentzos, A. & Mays, N. 2008. *Decision-making in health care: Roles and responsibilities at local, regional and national level*. A report by the London School of Hygiene & Tropical Medicine.
- European Observatory on Health Systems and Policies. *Health Systems in Transition (HiT)*: Denmark (2007); Finland (2008); Norway (2006); Germany (2004); The Netherlands (2010); United Kingdom (England) (2011); Canada (2005).
- van Ginneken, E. , Schäfer, W. & Kroneman, M. 'Managed competition in the Netherlands: an example for others?' *Eurohealth* 16:4:23-26.
- Jönsson, B. , Arvidsson, G. , Levin, L-Å. & Rehnberg, C. 2004. *Hälsa, vård och tillväxt*. Välfärdspolitiska rådets rapport 2004. Kristianstad: SNS Förlag.
- Magnussen, J. 2011. 'Recentralization 10 years later – success or failure in Norway?' *Euro Observer* 13:1:10-13.
- Maynard, A. 2008. *Payment for Performance (P4P): International experience and a cautionary proposal for Estonia*. Estonian Health Insurance Fund. WHO Europe
- Möller-Pedersen, K. *Voluntary supplementary health insurance in Denmark*.
http://findarticles.com/p/articles/mi_qa5334/is_4_5/ai_n29241438/.
- The NHS Atlas of Variation in Health care. kan nås på
http://www.rightcare.nhs.uk/atlas/qipp_nhsAtlas-LOW_261110c.pdf
- Nordiska Ministerrådet. 2007. *Kvalitetsmåling i sundhedsvæsenet i Norden*. Tema Nord 2007:519.

Nordiska Ministerrådet. 2010. *Nordisk kvalitetsmåling i sundhetsvæsnedet*. Tema Nord 2010:572.

OECD. *Health Data Base*, 2010.

Omka, K.G.H. , Marmor, T.R. ,& Oberlander, J. 2010. 'Managed Competition for Medicare? Sobering Lessons from the Netherlands.' *The New England Journal of Medicine*. Downloaded from nejm.org. on June 16, 2011.

Polton, D and Julien Mousquès, J. 2004. 'Sickness funds reform: new governance'. *Health Policy Monitor*, October 2004. Available at <http://www.hpm.org/survey/fr/a4/3>.

Romanov, R.J. 2002. *Building on values. The future of health care in Canada*.

Sveriges Kommuner och Landsting. 2005. *Svensk sjukvård i internationell belysning – en jämförelse av vårdbehov, kostnader och resultat*.

Wennberg, J.E. 2011. 'Time to tackle unwarranted variations in practice.' *BMJ* 2011;342:d1513.

Wennberg, J.E., Fisher E.S. and Skinner, J.S. 2002. 'Geography and the debate over Medicare reform.' *Health Aff* 2002;(suppl web exclusives):w96-114. Tillgänglig på <http://content.healthaffairs.org/content/early/2002/02/13/hlthaff.w2.96.full.pdf+html>

Westert, G.P., van den Berg, M.J., Zwakhals, S.L.N., de Jong, J.D. & Verkleij, H. 2010. *Dutch Health Care Performance Report 2010*. National Institute for Public Health and the Environment, The Netherlands.

Westert, G.P. and Groenewegen, P.P. 1999. 'Regional disparities in health care supply in eleven European countries: does politics matter?' *Health Policy* 47:2:169-182.

Påverkar sjukvårdssystemet de regionala variationerna i tillhandahållande av medicinska metoder?

I debatten är ofta utgångspunkten att variationerna har att göra med sjukvårdssystemet. Ofta uttrycks det som att det handlar om olika prioriteringar och budgetramar hos huvudmännen.

Är då skillnaderna mindre i länder med andra sjukvårdssystem?

Sveriges Kommuner och Landsting har låtit Sven- Eric Bergman, konsult, ta fram en internationell jämförelse om skillnader i länder med olika sjukvårdssystem. Den omfattar åtta länder: Danmark, Finland, Norge, Tyskland, Nederländerna, Frankrike, England och Kanada.

Upplysningar om innehållet
Roger Molin, roger.molin@skl.se
© Sveriges Kommuner och Landsting, 2011
ISBN/Bestnr: 978-91-7164-746-7

Produktion: Sveriges Kommuner och Landsting
Tryck: ABA Intercopy

Beställ/ladda ned på www.skl.se/publikationer. ISBN 978-91-7164-746-7