

# PERESTROJKA I VÅRDEN

PRIVAT SJUKVÅRDSFÖRSÄKRING ÅT ALLA  
– EXEMPLET NEDERLÄNDERNA

KRISTIAN KARLSSON

[www.timbro.se/innehall/isbn=9175667607&flik=4](http://www.timbro.se/innehall/isbn=9175667607&flik=4)

28 MAJ 2010

**TIMBRO**

© Författaren och Timbro 2010

ISBN 978-91-7566-760-7

[www.timbro.se](http://www.timbro.se)

[info@timbro.se](mailto:info@timbro.se)

# FÖRORD

Det är inte bara vi svenskar som utmålar vårt land som världens bästa. Men när det kommer till välfärdspolitik kan vi nog konstatera att det finns en djupt rotad, och mycket speciell, svensk nationalism som förenar vänster och höger. "In Sweden, we have a system..." brukar vara inledningen till svenska förklaringar för "oupplysta" utlänningar, om hur bra det är att staten gör och betalar allt åt alla, alltid och överallt.

I verkligheten är det naturligtvis inte så enkelt. Det finns många goda skäl – ideologiska såväl som praktiska och ekonomiska – att ifrågasätta den svenska välfärdsstatens omfattning. Och det finns också många goda skäl att lära mer om hur andra utvecklade industriländer organiserar sin välfärd. Dels för att deras exempel kan ge argument och inspiration till nödvändigt reformarbete hos oss. Dels för att öka vår förståelse för att alla välfärdsdemokratier inte ser ut och fungerar exakt som vår – och att människor där inte tänker exakt som vi.

Föreliggande rapport beskriver hur hälso- och sjukvården fungerar i Nederländerna, efter den genomgripande reformen av sjukvårdsfinansieringen 2006. Vilka var skälen för reform, hur fungerar det efter 2006, och vad kan man efter bara några år se för resultat? Det är några av frågorna som besvaras.

Nederländerna är intressant just för att landet har ett av västvärldens bäst rankade sjukvårdssystem. I vårdsammanhang är det alltså inte "in Sweden, we have a system..." som är den rimliga skrytfrasen. Något gör holländarna mycket rätt. Efter att själv ha gjort en studieresa, och efter att ha läst den här rapporten, är jag säker på att sättet att organisera vårdens finansiering spelar stor, för att inte säga en avgörande, roll.

I Nederländerna har man nämligen en sjukvårdsfinansiering som mycket elegant förenar ett högt inslag av personligt betalningsansvar för medborgarna via konkurrerande försäkringsbolag, och därmed en tydlig marknadsmekanism redan i finansieringsledet, med grundfundamentet i en social försäkring, det vill säga ett gemensamt ansvar för att alla medborgare har tillgång till vård efter behov. Vad vården kostar, både den egna liksom allt som är gemensamt åtagande och riskutjämning, är totalt transparent för alla

och envar. Att säkerställa högkvalitativa, snabba och kostnadseffektiva vårdkedjor är försäkringsbolagens viktigaste uppgift, oavsett om patienten är förkyld en gång per år eller om hon är kroniskt sjuk eller i behov av tung, specialiserad vård. Det tycks till och med vara så att de ekonomiska incitamenten att ta ansvar för de svårast sjuka är större i det nederländska systemet. Här främjar marknadskrafterna således en god vård åt dem med störst behov! Rapporten beskriver hur.

Författare till rapporten är *Kristian Karlsson*, public affairs-rådgivare på Cohn & Wolfe och bokredaktör på magasinet Neo. Han har tidigare varit ledarskribent i Svenska Dagbladet och skrivit en uppmärksammad bok om företagsetik, *Avlatsindustrin – etik i fonder och företag*. I beskrivningen av den holländska vården väver Kristian in en egenupplevd historia från den svenska vårdapparaten, som för läsaren tydliggör frågan om vilket land som faktiskt är föregångsland och inte, på just sjukvård.

Stockholm i maj 2010

Thomas Idergard

Programansvarig, Valfärd & reformstrategi, Timbro

# INNEHÅLL

FÖRORD.....	2
INNEHÅLL .....	4
1. INLEDNING .....	7
2. NEDERLÄNDERNA FÖRE REFORMEN.....	10
3. 2006 ÅRS REFORM .....	15
NYCKELINGREDIENSER I DET NEDERLÄNDSKA VÅRDFINANSIERINGSSYSTEMET .....	18
OBLIGATORISK FÖRSÄKRING.....	19
DEN UNIVERSELLA GRUNDFÖRSÄKRINGEN .....	19
KOSTNAD .....	19
STÖD TILL DEM MED LÄGST INKOMST.....	20
FÖRSÄKRINGSBOLAGEN MÅSTE GODKÄNNA ALLA ANSÖKNINGAR .....	21
RISKUTJÄMNING .....	23
PRIVAT VÅRDPRODUKTION.....	24
INFORMATION.....	25
4. RESULTAT .....	26
5. ZORGVERZEKERINGSWET PÅ SVENSKA.....	30
NOTER .....	35
REFERENSER .....	36



# 1. INLEDNING

Vintern 2008–2009 åkte jag runt som en flipperkula mellan sjukhus och vårdcentraler i Stockholm och Göteborg. En njursten som blockerade min ena njure behövde tas bort. Njurstensbehandling är numera i regel något utomordentligt enkelt; man krossar stenen med hjälp av stötvågor och patienten, som fått lokalbedövning, kan åka hem direkt efteråt. Jag borde ha varit frisk på en vecka.

I stället kom det att ta hela vintern. Först skickades jag hem i sex veckor med morfin och en stomipåse kopplad till ett rör in i ryggen, för att avlasta njuren så att den inte skulle brista under väntetiden. Jag hann med flera njurstensanfall i väntan på behandling, och sedan visade det sig att den maskin jag köat till bara användes tre timmar om dagen. Då ville jag gärna byta vårdproducent.

Ett sådant resursslöseri och kundförakt är bara möjligt i en verksamhet som saknar konkurrens. Inget företag skulle kunna behandla sina kunder så illa, av det enkla skälet att de då skulle gå raka spåret till någon av konkurrenterna.

Det handlar inte om mig. Sverige behandlar regelmässigt människor så här. I sin årliga jämförelse av de europeiska ländernas vårdssystem konstaterar tankesmedjan Health Consumer Powerhouse att den svenska vården håller utmärkt teknisk kvalitet, men att betyget dras ned av "den till synes eviga visan om tillgänglighet". "Tillgänglighet" är politisk jargong för att få vad man betalat för, att få vård när man blir sjuk i stället för att ställas i kö med mössan i hand.

– Varken kömiljarder, vallöften eller vårdval tycks ha bitit på väntetiderna. Faktum är att det är lättare att träffa doktorn i Albanien än i Sverige, säger dr Arne Björnberg, utredningschef vid Health Consumer Powerhouse och tidigare sjukvårdsdirektör vid Norrlands universitetssjukhus i Umeå.<sup>1</sup>

När någon kritiserar systemet är den svenska ryggmärgsreflexen att hänvisa till dess solidariska konstruktion, som placerar direktören och arbetaren sida vid sida i samma kö. För det första är det inte någon sann bild; 450 000 svenskar omfattas redan av en

privat försäkring och står helt vid sidan av det offentliga systemet. Antalet privata sjukvårdsförsäkringar har flerdubblats de senaste tio åren. För det andra är det faktiskt möjligt att konstruera ett system för sjukvårdsfinansiering som både omfattar alla och sköts helt av konkurrerande, privata försäkringsbolag.

Överlägsen segrare i den senaste Europajämförelsen från Health Consumer Powerhouse är Nederländerna. Där har man lyckats med konststycket att privatisera både vårdproduktion och -finansiering utan att ställa någon utanför. Alla medborgare måste ha en privat vårdförsäkring, men får välja mellan drygt ett dussin bolag. Premien kostar ungefär motsvarande 1 000 svenska kronor i månaden, och de som inte har råd får ett särskilt bidrag. Även de som får ekonomisk hjälp har dock en privat försäkring och sköter sina inbetalningar själv. Det finns inget statligt icke-väljaralternativ.

Det nederländska systemet reformerades 2006, efter decennier av debatt. Nu har det gått fyra år och ett resultat börjar utkristalliseras: reformen har kortat köerna, vunnit bred acceptans (även socialdemokraterna har accepterat den) och pressat priserna.

Trots framgången har detta inte fått någon som helst uppmärksamhet i svenska medier. En sökning på "Nederländerna" och "sjukvårdsförsäkring" i Mediearkivet sedan 1 januari 2006 ger 25 träffar, varav 21 handlar om något annat. Fyra handlar alltså i någon utsträckning om det holländska vårdfinansieringssystemet: en ledare i Kvällsposten handlar om att landet vunnit Health Consumer Powerhouse Europa-rankning, Dagens Medicin och ledarsidan i Norrköpings tidningar uppmärksammar flyktigt att moderate riksdagsledamoten Finn Bengtsson med hänvisning till Nederländerna föreslagit en universell, statlig (!) sjukvårdsförsäkring inför moderatstämman 2009, och den liberala tidskriften Neo (där jag för övrigt är bokredaktör) uppmärksammar i en artikel tillgänglighetsproblemet i den svenska vården. Det är bara artikeln i Neo som försöker beskriva reformen (även om artikeln flera gånger anger att det är staten som betalar vårdförsäkringarna, vilket inte stämmer). Samhällsdebattören Johnny Munkhammar (M) har därtill uppmärksammat reformen i en rapport för LIF, de forskande läkemedelsbolagens branschorganisation.

Såvitt jag kan se är detta de svenska mediernas samlade uppmärksamhet kring hur Nederländerna blev Europamästare i vård. Med tanke på vårt eget vårdsystems tillkortakommanden borde vi vara mer ödmjuka och ta lärdom av framgångsrika



reformer i våra grannländer. Det är också intressant att kontrastera med den enorma medierapporteringen om sjukvårdsförsäkringsdebatten i USA, trots att det amerikanska systemet på alla sätt ligger längre från det svenska, och trots att det i den amerikanska debatten ofta hänvisas till det holländska exemplet som en förebild.

Tillsammans med en grupp svenskar som på olika sätt arbetar med sjukvårdsfrågor reste jag till Nederländerna i maj 2009 för att lära mig mer om systemet och vad Sverige skulle kunna lära av det. Vi träffade bland annat de politiker och tjänstemän som tog fram och drev igenom reformen.

Slutsatsen är att Sverige inte kan kopiera den holländska processen rakt av, Nederländerna har en historia av privata försäkringar och privat utförande i vården som skiljer sig mycket från den svenska socialdemokratins landstingsbyråkrati. Men vi kan låta oss inspireras av slutresultatet. De flesta borde, oavsett ideologisk utgångspunkt, kunna enas om att det är bättre att utnyttja konkurrensens fördelar inom ramen för ett system som omfattar alla, än att inte göra det.

Det holländska systemet visar att ett vårdfinansieringssystem kan omfatta alla, oavsett inkomst och hälsoförutsättningar, och ändå vara helt baserat på privata vårdförsäkringar. Det går att kombinera ett stort mått av omfördelning och riskutjämning med ett betydande mått av egen finansiering. Det är en viktig lärdom när vi diskuterar välfärdens långsiktiga finansiering. Sverige kommer att behöva kombinera privat och offentlig finansiering av välfärden för att ha en chans att möta både den demografiska utmaningen med en åldrande befolkning och ständigt stigande kvalitetskrav och efterfrågan på vårdtjänster.

## 2. NEDERLÄNDERNA FÖRE REFORMEN

I december 2005, strax innan reformen trädde i kraft, omfattades två tredjedelar av holländarna av en offentlig vårdförsäkring som administrerades av icke-vinstdrivande försäkringskassor. Den tredjedel som tjänade bäst betalade helt själva för sin vårdförsäkring. 1,5 procent omfattades varken av privat eller offentlig försäkring.

Fram till reformen 2006 var den offentliga vårdfinansieringen organiserad i tre delar<sup>2</sup>:

1. Ett skyddsnät (AWBZ) gav alla medborgare automatiskt skydd för grundläggande behandling, ofta för långtidsvård, oavsett finansiella eller medicinska omständigheter.

2. De som tjänade under en viss nivå omfattades av en offentlig försäkring. De som tjänade över brytpunkten uppmanades att skaffa motsvarande försäkringsskydd på egen hand.

3. För ytterligare vårdinsatser (som plastikkirurgi, tandvård och alternativmedicin) fick den enskilde själv teckna tilläggsförsäkringar. 93 procent av dem som tjänade tillräckligt lite för att omfattas av den offentliga försäkringen köpte tilläggsförsäkringar (1999).

Två holländska forskare konstaterar i *The New England Journal of Medicine* att detta tidigare system visserligen lyckades tillhandahålla högkvalitativ vård till relativt låg kostnad, men att många ansåg att det erbjöd otillräckliga valmöjligheter, att det fördelade kostnaden på ett orättvist sätt och inte var tillräckligt bra på att kontrollera den stigande kostnaden för vård.<sup>3</sup> Andra pekar på att de svaga prissignaler som de låga premierna gav upphov till ledde till dålig konkurrens<sup>4</sup>, att det bara gick att kontrollera kostnaden genom att ransonera vården, med långa köer och förlorat kundfokus<sup>5</sup>, att varken försäkringsbolag eller vårdproducenter hade tillräckliga incitament för att konkurrera och effektivisera.<sup>6</sup> Marginaleffekten av att passera tröskelinkomstnivån och falla ur det offentligfinansierade systemet var betydande. Det fanns anledning att se över systemet, och en debatt om hur det nya systemet borde se ut hade rasat i decennier.

Det var dessutom nödvändigt att säkra sjukvårdens finansiering på längre sikt. Precis som Sverige stod Nederländerna inför en oroande demografisk förändring med en allt högre andel äldre, och vårdsystemet förmådde inte handskas med den nuvarande befolkningsammansättningen utan skenande kostnader. Kostnaden för sjukvården uppgick år 2000 till 10 procent av BNP, och prognoser pekar på att den skulle stiga till 14 procent år 2035.

**Det är emellertid** inte bara hur systemet såg ut ögonblicket innan reformen sjösattes som är relevant, särskilt inte om man vill dra paralleller till Sverige, utan också en historisk och politisk utveckling som sträcker sig långt bakåt i tiden.

Nederländerna har en lång historia av privat vård, både på produktions- och finansieringssidan. Vårdgivarna härstammar från frivilligorganisationer som bedrev sin verksamhet utifrån ideologisk eller religiös övertygelse. Fram till 1941 fanns inga regleringar alls på området. I början av 1940-talet fanns hundratals lokala försäkringsorganisationer som betalade allmänpraktiserande läkare en fast summa för varje patient som de fick ansvar för.<sup>7</sup>

Debatten om obligatoriskt försäkringsskydd för alla medborgare pågick i över hundra år, från det första misslyckade lagstiftningsförsöket 1904 till att reformen trädde i kraft 2006. Under den sekellånga diskussionen har landet gått igenom tre reformvågor.<sup>8</sup>

Under den första vågen (cirka 1940–1970) följde Nederländerna den internationella trenden i riktning mot mer obligatorium och mindre frivillighet. En obligatorisk vårdförsäkringsplan som omfattade låg- och medelinkomstgrupper infördes 1941, under påtryckningar från den tyska ockupationsmakten.<sup>9</sup> Den inkluderade bland annat läkarbesök, receptbelagda mediciner, tandvård för barn och upp till ett år av vård på sjukhus. Den gällde bara personer med årlig inkomst under en viss nivå. (2005 gick gränsen vid 33 000 euro. Den obligatoriska försäkringen omfattade då 68 procent av befolkningen. Nästan alla som tjänade över brytpunkten valde att köpa försäkring från ett privat bolag.) 1968 infördes en obligatorisk försäkring för alla, men med en inkomstrelaterad premie, för långsiktig omvårdnad, livslånga psykiska och fysiska handikapp, och sjukhusvistelser på mer än ett år.

Den andra vågen (1970–2000) föranleddes av vårdsektorns okontrollerade utgifts-expansion. Under 1970-talet började regleringarna öka. Staten tog inte över ägandet av sjukhusen, men började detaljstyra dem på en lång rad områden. 1982 tog staten kontrollen över läkarnas prissättning. Tidigare hade sjukhusen fått ersättning för sina faktiska kostnader, men 1983 inordnades ersättningarna i ett statligt budgetsystem. 1984 utökades budgetkontrollen till alla andra omvårdnadsinstitutioner. Så höll det på.

En rad planer togs fram för att ta kontroll över kostnadsbilden. Hendriksplanen (1974) skulle införa ett heltäckande offentligt system i stället för tudelningen mellan privat och offentlig försäkring. Den infördes aldrig. Dekkerplanen (1987) föreslog en mer marknadsorienterad lösning, med en obligatorisk basförsäkring som skulle täcka 85 procent av vårdkostnaderna. Därutöver var det medborgarnas och försäkringsbolagens ansvar att komma överens om tilläggsförsäkringar. Sedan slog den politiska pendeln tillbaka, och det lades fram ett förslag, Simonsplanen (1992), som skulle utöka basförsäkringen till 95 procent av vårdkostnaderna.

Det intressanta här är inte alla likheterna med omvärldens, eller vår egen, utveckling mot ökad offentlig finansiering och statlig styrning, utan de aspekter där Nederländerna skiljer ut sig. 2005, året före reformen, var nederländska sjukhus privata och till drygt 90 procent drivna av icke-vinstdrivande stiftelser. En tredjedel av medborgarna stod helt utanför den offentliga vården och fick köpa sin egen vårdförsäkring, dock med olika typer av skatteavdrag.

Den tredje reformvågen bottenar i en växande kritik från mitten av 1980-talet, men tog sig uttryck i en mer marknadsorienterad diskussion i början av 2000-talet, som kulminerade med reformen som trädde i kraft 1 januari 2006. Den tilltagande kritiken riktade in sig på det toppstyrda ransoneringssystemet, som inte gav incitament för att öka effektivitet och utveckla nya metoder inom vare sig vårdfinansiering eller -produktion.

När Dekkerplanen lades fram 1987 var tanken att uppvärdera konkurrens och incitament. Men tiden var inte mogen, skriver de holländska vårdforskarna Wynand van de Ven och Frederik Schut. Sedan början av 1990-talet har systemet successivt ställts om i riktning mot ökad konkurrensutsättning (*managed competition*).<sup>10</sup> "Under de tjugo år som gått sedan Dekkerplanen kan hälso- och sjukvårdspolitiken beskrivas som en följd

av konkurrerande policyprogram; dock har regering efter regering hela tiden strävat efter att förverkliga förutsättningarna för konkurrensutsättning.”

Efter decennier av statlig kontroll av priser och utbud har landet bytt till ett system med verklig konkurrens inom såväl finansiering som produktion. Ett år efter reformen bytte Nederländerna regering, från en högerkoalition till en vänsterkoalition, men riktningen inom vårdpolitiken ligger fast.

**Hans Hoogervorst** är den person som var ytterst ansvarig för reformens utformning. Han representerar det liberala partiet VVD och var minister för hälso-, sjukvårds- och idrottsfrågor (2003–2007) när reformen till sist paketerades och baxades igenom parlamentet. Han anger fyra skäl till att den var nödvändig.<sup>11</sup>

**För det första** stod Nederländerna inför en kraftig ökning av vårdens kostnader, till följd av teknisk utveckling och en allt äldre befolkning. Allt färre ska försörja allt fler, och om man drar ut trenden några decennier ser det mycket oroväckande ut. Till detta måste läggas dyra tekniska framsteg som människor förväntar sig att få ta del av. ”Inom en inte alltför avlägsen framtid, om ungefär fem år, kommer vi att behöva ett budgetöverskott på 3 procent för att kunna hantera konsekvenserna. Och detta i en tid då Nederländerna har ett underskott på 1 procent.”

**För det andra** har de flesta holländska medborgare vuxit upp i tron att vård är gratis. Det omfattande statliga försäkringsskyddet gjorde att många helt enkelt inte är vana att få en räkning på de vårdtjänster de utnyttjar. ”De ser vård som en fråga för staten, inte för medborgarna.” Att de upplever vården som gratis betyder också dels att människor tenderar att tyst acceptera den service som läkare och sjukhus ger, dels att det är väldigt svårt för dem att bedöma om den vård de får är av tillräcklig kvalitet.

**För det tredje** är det nödvändigt att staten tar hjälp av andra för att kontrollera att inte kostnaderna skenar iväg. ”Det är visserligen sant att man kan hålla nere kostnaderna med pristak, bestämda tariffer och budgettak. Men det motverkar också alla typer av kreativitet.” Konkurrens ger bättre incitament för att utveckla verksamheten och hitta nya metoder, samtidigt som priserna hela tiden pressas nedåt.

**För det fjärde** var det befintliga vårdförsäkringssystemet alltför fragmentiserat. En majoritet av invånarna omfattades av en statlig försäkring och resten, ungefär 30 procent, hade privata försäkringar. Det fanns särskilda försäkringar för statstjänstemän och pensionärer. Många balanserade på gränsen mellan att själva stå för sin vårdförsäkring eller att få den betald av staten – och många rörde sig varje år mellan de båda systemen. För dem var marginaleffekterna enorma. Det fanns ingen transparens, och uppdelningen i separata system satte käppar i hjulet för dem som ville konkurrera om försäkringskunder.

### 3. 2006 ÅRS REFORM

Gerrit-Jan van Zoelen skakar på huvudet. Chefen för det helt nybyggda Vlietland-sjukhuset i Schiedam utanför Rotterdam sitter inträngd med en grupp svenska besökare i ett litet konferensrum högst upp i huset. Han har svårt att locka patienter till sjukhuset och är bekymrad för framtiden.

Dessutom sjunker sjukhuset. Bokstavligt talat.

Sjunkandet går att åtgärda med pålar och väldigt mycket pengar. Att locka patienter till sjukhuset är svårare.

– Det finns tio sjukhus på fem kvadratkilometer, berättar han.

Konkurrensen är naturligtvis ett huvudbry för van Zoelen, men för patienterna är det i grunden sunt att sjukhus tvingas tävla om deras gunst (och pengar). Bollen ligger hos sjukhusen; det är de som måste marknadsföra sig gentemot patienter och försäkringsbolag.

Några månader senare ser jag att Vlietlandsjukhuset har infört ett bokningssystem online, där patienterna själva kan boka tider med sina läkare. Det minskar sjukhusets administration, ökar tillgängligheten för patienterna som kan boka tider som passar dem i stället för att slå knut på sig för att passa ett ögonblicks telefontid, och det får hela vårdkedjan att fungera smidigare.

Konkurrensens villkor omfattar numera också försäkringsbolagen. Försäkringsbolaget Menzis har öppnat egna vårdcentraler, eftersom det är mer kostnadseffektivt än att ersätta försäkringstagarna efter att de har besökt läkare någon annanstans. Konkurrenten UVIT ger rabattkuponger till kunder som köper lågkolesterolvarianter av mjölk, yoghurt och smör.

UVIT betalade också Rianne Boels gymkort. 45-åriga Boel jobbade i en klädaffär för överviktiga kvinnor. Hon vägde 132 kilo och led av diabetes. UVIT erbjöd sig att betala hennes gymkort om hon förlorade 7,5 procent av sin vikt (knappt 10 kilo) på 15 månader. Genom att sluta äta pommes frites och pizza och i stället börja promenera,

cykla och ro nådde hon sitt viktmål och kunde använda pengarna, cirka 5 000 kronor, till att köpa nya kläder i en mindre storlek.<sup>12</sup>

– Jag tycker inte om motion, säger hon till Wall Street Journal, men nu kan jag åtminstone gå utan käpp.

Hon hoppas kunna hantera sin diabetes bättre och fortsätta att gå ner i vikt. Hennes nya livsstil är påtagligt bra för henne, men också för försäkringsbolaget UVIT.

– Om hon kan sluta använda insulin, som vi betalar för, sparar det oss 900 euro (drygt 9 000 kronor) om året, säger UVIT:s talesperson Bert Rensen.

Det svenska vårdssystemet tillåter förstås redan konkurrens på produktionssidan, och allt färre tycker att det konstigt att sjukhus drivs av en privat stiftelse eller att ambulanserna körs av Falck Ambulans. Det är dags att vi vänjer oss vid tanken att konkurrens är ett kraftfullt verktyg för kreativitet, nytänkande, tillgänglighet och kostnadseffektivitet även på finansieringssidan.

**Den 1 januari** 2006 trädde den nya sjukvårdsförsäkringslagen *Zorgverzekeringswet* (Zvw) i kraft, efter decennier av debatt. Målen var att dra nytta av konkurrensens fördelar utan att göra avsteg från den universella täckningen; att sätta fart på innovation, kvalitetsutveckling och kostnadseffektivitet genom att låta människor rösta med fötterna.

Modellen har väckt intresse i många andra länder. Dock inte i Sverige, där det har varit helt tyst om reformen, men det skrivs desto mer om den i amerikansk press. Sedan Barack Obama valdes till president har frågan om universell vård varit den hetaste i Washington. Många, bland annat Wall Street Journal och New York Times, tycker att det holländska systemet borde lyftas fram som modell. Det kombinerar det som är viktigast för Obama – universell tillgång – med konkurrens, lägre kostnader och ett individfokus som inte går att uppnå i ett *single payer-system* (som det svenska systemet eller Medicare i USA), där det inte råder någon konkurrens om vårdfinansieringen.



Reformen har också väckt uppmärksamhet i medicinska tidskrifter. Både The Lancet och The New England Journal of Medicine har haft uppskattande artiklar om reformen, och lyft fram den som förebild för den förestående reformen i USA.

Låt oss titta lite närmare på några av reformens beståndsdelar.

## NYCKELINGREDIENSER I DET NEDERLÄNDSKA VÅRDFINANSIERINGSSYSTEMET

- Försäkringen är obligatorisk och universell. Alla vuxna måste teckna försäkring hos ett privat försäkringsbolag.
- Försäkringsbolagen måste acceptera alla som kunder och får inte diversifiera premierna för en och samma produkt mellan olika försäkringstagare, oavsett sjukdomshistoria.
- Individen får varje år byta försäkringsbolag och/eller försäkringsprodukter.
- Ett statligt riskutjämningsystem kompenserar försäkringsbolag för kunder som är äldre eller lider större risk att drabbas av sjukdom.
- Utöver den obligatoriska försäkringen står det var och en fritt att teckna tilläggförsäkringar. För tilläggförsäkringar är marknaden fri.
- I samband med att reformen trädde i kraft lanserade staten en webbsajt där de olika försäkringsbolagens erbjudanden kunde jämföras.
- Det finns inget statligt alternativ. Inget statligt försäkringsbolag. Inga offentligt drivna sjukhus. Var och en måste teckna en privat försäkring, och den som försöker stå utanför bötfälls.
- Husläkare fungerar som vårdsystemets *gate-keepers*.
- Försäkringsbolag tillåts välja vilka läkare och sjukhus de vill samarbeta med.
- Försäkringstagaren kan välja mellan försäkringspaket som antingen betalar vården direkt hos en särskild vårdgivare, ersätter patienten mot uppvisad räkning, eller en kombination av båda.
- Individen betalar själv sin premie till försäkringsbolaget. För dem som inte har råd finns ett bidragssystem som motsvarar en del av kostnaden. Två tredjedelar av holländarna omfattas i någon grad av detta bidragssystem.
- Man skiljer på *cure* (sjukvård) och *care* (omsorg). Reformen 2006 omfattar bara vården. Omsorgen är även fortsättningsvis helt socialiserad.

## OBLIGATORISK FÖRSÄKRING

Alla som bor eller betalar inkomstskatt i Nederländerna är skyldiga att teckna en försäkring, men det är den enskildes ansvar att faktiskt göra det. Det finns inget icke-väljaralternativ. Den som ertappas med att vara oförsäkrad får betala en straffavgift på 130 procent av den nominella premien under den oförsäkrade perioden.<sup>13</sup> När reformen infördes fanns det en oro för att fler skulle bli utan försäkringsskydd, men antalet oförsäkrade är tvärtom lägre än tidigare.<sup>14</sup> Efter två år hade 98,5 procent av holländarna tecknat en försäkring.<sup>15</sup> De som insisterar på att stå utanför systemet kommer i sista hand att tvångsanslutas till något av försäkringsbolagen.<sup>16</sup>

## DEN UNIVERSELLA GRUNDFÖRSÄKRINGEN

Alla försäkringsbolag som vill ingå i systemet måste erbjuda en grundförsäkring. Staten avgör vad försäkringen ska omfatta. I försäkringen ingår "praktiskt taget all nödvändig vård", säger Hans Hoogervorst, "från husläkare till sjukhusvård och mediciner".

- Sjukvård: husläkarbesök, vård på sjukhus, specialistvård efter remiss från husläkare
- Sjukhusvistelser i samband med dessa
- Tandvård upp till 18 års ålder
- Specialisttandvård
- Akutsjukvård
- Förlossnings- och postnatal vård
- Vissa mediciner
- Rehabilitering: sjukgymnastik, arbetsterapi, dietråd

## KOSTNAD

Finansieringen är uppdelad i två delar, en nominell och en inkomstrelaterad del.

Den inkomstrelaterade delen motsvarar 7,2 procent av lönen upp till ett inkomsttak på 31 200 euro om året (motsvarande cirka 25 000 kronor i månaden).<sup>17</sup> Det ger en maximal premie på strax över 2 200 euro om året. Egenanställda och pensionärer betalar 4,4 procent (maximalt cirka 1 320 euro om året). Skatteverket drar avgiften från

individens lön, men arbetsgivaren är skyldig att ersätta sina anställda för kostnaden. (Pensionärer och sjukskrivna ersätts på motsvarande sätt av respektive myndighet.) För arbetsgivaren är kostnaden avdragsgill. Motivet för detta rundgångsupplägg är att kostnaden ska bli synlig för den enskilde försäkringstagaren.

Den andra delen är en nominell premie som individen aktivt måste betala direkt till försäkringsbolaget. Nivån varierar mellan bolagen, som får sätta premien helt fritt. 2008 var den nominella premien i genomsnitt 1 100 euro om året, 2009 varierade den mellan 933 och 1 150 euro.<sup>18</sup> Barn och ungdomar under 18 år betalar ingen premie. I stället betalar staten premier för dem till deras respektive försäkringsbolag.

För att motverka överutnyttjande fanns inledningsvis en *no-claim-rebate*, som innebar att den försäkringstagare som inte gjorde anspråk på vård för mer än 255 euro på ett år fick tillbaka mellanskillnaden. 2008 ersattes rabatten av en obligatorisk självrisk på 150 euro (103 euro för kroniskt sjuka).<sup>19</sup>

Johnny Munkhammar pekar på en studie som visar att 80 procent av holländarna har fått ökad köpkraft genom reformen, medan 20 procent förlorat köpkraft. När reformen trädde i kraft blev sjukvården billigare för den tredjedel av befolkningen som redan hade en privat försäkring, för människor som antingen var över 40 år och/eller hade kroniska sjukdomar, och för barn (som ju i det nya systemet inte betalar något alls). För dem som tidigare omfattats av det offentliga systemet blev den nominella premien en ny utgift, men i gengäld infördes ett nytt bidrag som skulle hjälpa dem att betala den nominella premien.

## STÖD TILL DEM MED LÄGST INKOMST

Var och en är ansvarig för att betala sin egen försäkringspremie. De som inte har råd har rätt till ett särskilt bidrag, *Zorgtoeslag*. Hushåll har rätt till stöd när den genomsnittliga nominella premien motsvarar en viss andel av deras inkomst (4 procent för ensamstående vuxna). Det är hushållens gemensamma inkomst som avgör om någon får del av stödet, och den beräknas utifrån ett genomsnitt av försäkringsbolagens nominella premier. Man får alltså inte ett högre bidrag om man valt ett dyrt försäkringsbolag, vilket ökar konsumenternas priskänslighet och priskonkurrensen mellan försäkringsbolagen.

2009 var inkomstgränsen för att kunna få del av bidraget 32 502 euro per år för ensamhushåll och 47 880 för hushåll med två vuxna. Två tredjedelar av alla hushåll får del av detta bidrag i någon utsträckning.<sup>20</sup> Bidraget, som finansieras av att staten skjuter till pengar ur statskassan, kan som mest uppgå till 1 464 euro (2008) per år och hushåll. (Genomsnittspremien var då 1 100 euro per person.)

## FÖRSÄKRINGSBOLAGEN MÅSTE GODKÄNNA ALLA ANSÖKNINGAR

En gång om året har holländarna möjlighet att välja försäkringsbolag, och bolagen får varken neka någon person basförsäkringen eller sätta ett högre pris för personer med högre risk eller redan diagnostiserade sjukdomar. Det spelar ingen roll om någon är 21 år och kärnfrisk eller 85 år, röker fem paket cigaretter om dagen och har konstaterad cancer i hela kroppen. Försäkringsbolaget måste acceptera ansökan och erbjuda samma premie. Det enda undantaget är att de får erbjuda grupper en rabatt på upp till 10 procent.

Försäkringsbolagens roll är alltså inte att bedöma och prissätta risk, utan att upphandla vårdtjänster och sköta vårdkedjan. De får konkurrera med kostnad, servicenivå, tjänster och vårdkvalitet. De får också etablera egna vårdcentraler eller sjukhus, och måste inte (till skillnad från det tidigare systemet) teckna kontrakt med alla vårdgivare. Tanken är att konkurrensen dem emellan ska ge incitament för ökad effektivitet, högre kvalitet och mer individanpassad service.

Några av försäkringsbolagen härstammar från offentliga försäkringskassor, andra har varit privata från starten. I dag är dock alla försäkringsbolag på marknaden privata. De får göra vinst och dela ut vinsten till sina aktieägare. I praktiken domineras marknaden av icke-vinstdrivande bolag. Av de fyra största bolagen, som tillsammans har ungefär 88 procent av marknaden, är bara ett bolag (Achmea) vinstdrivande. De andra tre (UVIT, CZ och Menzis) är *non-profit*.<sup>21</sup>

Försäkringsbolagen konkurrerar i huvudsak på fyra plan:

- 1. Premier.** Bolagen får avvika från den statliga riktlinjen (dock inom en fastställd ram). Det är exempelvis tillåtet att erbjuda grupprabatt på högst 10 procent. 2007 omfattades 56 procent av befolkningen av någon sådan grupprabatt, på i

genomsnitt 7 procent.<sup>22</sup> Tanken var att arbetsgivare skulle kunna upphandla privata försäkringar och få rabatter, för att på så sätt kunna konkurrera om personal, men i praktiken är det i första hand patientföreningar som använder systemet. Försäkringsbolagen får enligt lag bara ta hänsyn till antalet medlemmar i gruppen, inte vilka som är medlemmar eller varför. Systemet fungerar alltså så att sjukare personer har möjlighet att få lägre privata premier än friska, som inte ingår i någon patientförening.

**2. Försäkringstyp.** Försäkringsbolaget bestämmer om de ska förmedla vård hos egna eller anslutna läkare och sjukhus och direkt stå för kostnaden (2009 ungefär 40 procent av försäkringstagarna), eller låta patienten välja vårdproducent och ersätta kostnaderna i efterhand (25 procent). En tredjedel av försäkringstagarna har en försäkring som kombinerar de båda systemen; antingen väljer man läkare i ett nätverk som försäkringsbolaget har avtal med och får 100 procents ersättning, eller också går man till en annan läkare och får en ersättning som är lägre än 100 procent.<sup>23</sup>

Flera försäkringsbolag har, som ett led i förhandlingen med de holländska sjukhusen, låtit patienter resa till andra länder där högkvalitativ vård för vissa åkommor kostar mindre. Wall Street Journal berättar om Thea Gerits, 71, som fick åka till Tyskland för en höftledsoperation. För 25 000 euro, som i Holland bara hade bekostat själva operationen och grundläggande rehabilitering, fick hon bo fyra veckor på ett rehab-center där hon kunde få såväl sjukgymnastik som yoga, massage och lerbäd. ”Jag fick massor av uppmärksamhet”, säger hon. ”Det var som ett spa.”

**3. Servicenivå.** Det står försäkringsbolagen fritt att kontraktera vilka sjukhus och läkare de vill. De får också erbjuda andra och bättre behandlingsmetoder. Som vi såg tidigare bekostade försäkringsbolaget UVIT kunden Rianne Boels gymkort för att hon skulle gå ner i vikt och minska hälsokonsekvenserna av sin diabetes.

**4. Tilläggstjänster.** Nästan alla, 93 procent av de försäkrade, har valt att teckna någon form av tilläggförsäkring.<sup>24</sup> Det kan röra sig om sådant som tandvård, sjukgymnastik, glasögon eller plastikkirurgi, som inte omfattas av basförsäkringen. För tilläggs-försäkringarna råder inte samma restriktioner som för grundförsäkringen. Den är helt frivillig och omfattas inte av någon subvention eller skatterabatt. Försäkringsbolagen får sätta premier efter individens risknivå och även neka att

försäkra vissa personer. Tilläggsförsäkringarna utgör ett viktigt incitament för försäkringsbolagen att locka till sig så många kunder som möjligt. Nästan alla som tecknar tilläggsförsäkringar gör det hos det bolag där de har sin grundförsäkring.

## RISKUTJÄMNING

Försäkringsbolagen får alltså inte ta betalt av försäkringstagarna på ett sätt som återspeglar deras risk. På en fri marknad hade det kostat mer att försäkra en äldre person än en ung, mer för någon som redan har diagnostiserade sjukdomar och så vidare. Bolagen får inte avvisa någon. De måste acceptera alla som ansöker, och de måste ge alla samma pris på basförsäkringen.

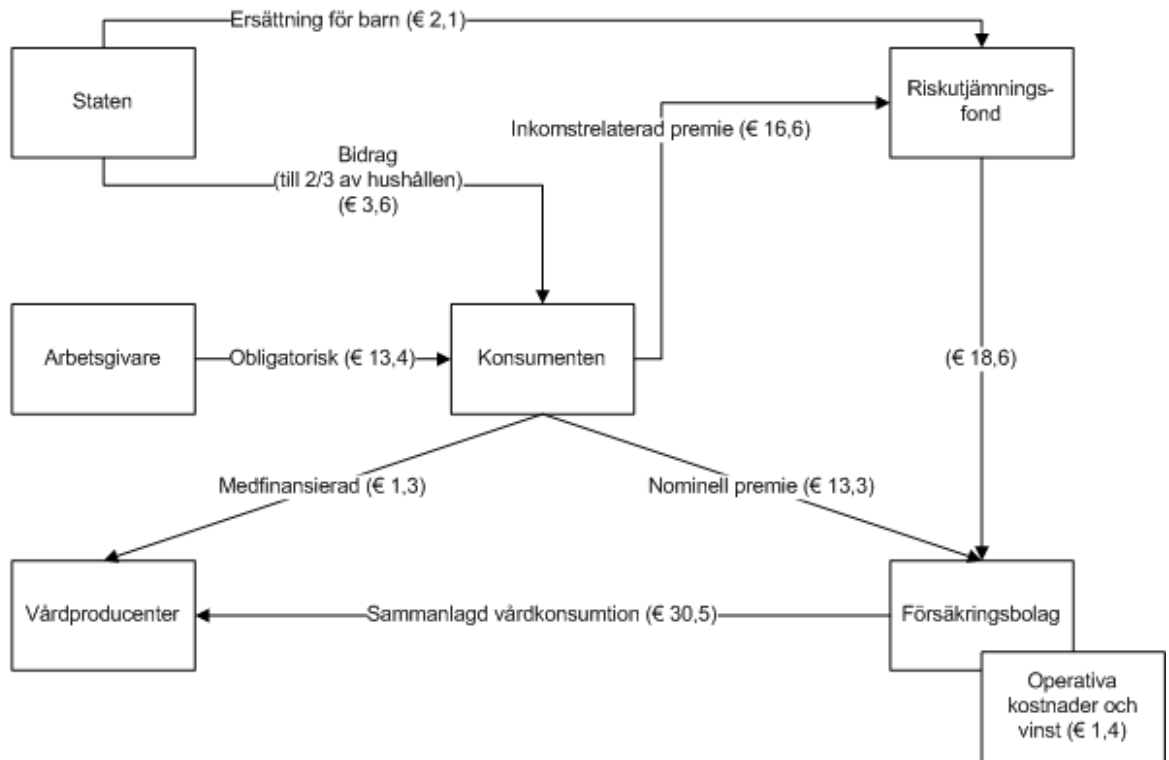
Dessa begränsningar sätter marknadsmekanismerna ur spel. Utan prismekanism och riskbedömning kommer risken att fördelas ojämnt mellan försäkringsbolagen; vissa bolag kommer att drabbas av en högre andel högriskpatienter än andra. Det lägger en orimlig finansiell risk på bolagen och bakbinder deras möjligheter att justera saken.

För att jämna ut spelplanen och kompensera denna marknadsinskränkning finns ett omfattande riskutjämningsystem om cirka 18 miljarder euro årligen (vilket motsvarar nästan 60 procent av de totala vårdutgifterna). De inkomstrelaterade premierna går direkt in i en riskutjämningsfond (tillsammans med en summa från staten, som motsvarar de nominella premierna för försäkringstagare under 18 år), som sedan fördelas till försäkringsbolagen utifrån deras kunders sammanlagda riskprofil.

Riskprofilen beräknas utifrån en uppsättning parametrar (kön, ålder och andra objektivt mätbara egenskaper) och betalas ut *ex ante*, alltså i förväg, utifrån kundernas *risk*. Det ska löna sig för försäkringsbolagen att förhandla om priset på vårdtjänster och läkemedel, oavsett deras kunders riskprofil.

Risken utjämnas också *ex post*, i efterhand. Ministeriet förklarar att bolag som får gott rykte och lockar till sig många patienter under årets lopp inte ska behöva vänta till nästa år för att få del av utjämningsfondens resurser för dessa nya kunder. Man motiverar också denna temporära kompensation med att det inte är möjligt, så snart efter att systemet trätt i kraft, att på ett korrekt sätt beräkna alla de kostnader som tidigare varit uppdelade på flera olika system. Regeringens ambition är att montera ned den retroaktiva utjämnningen.<sup>25</sup>

## Pengaflöde (2008 i miljarder euro)



## PRIVAT VÅRDPRODUKTION

Produktionen av vård, alltså sjukhus, vårdcentraler, husläkare och så vidare, är helt privat. Det finns inga offentligt drivna sjukhus. Mer än 90 procent av sjukhusen drivs som privata non-profits.<sup>26</sup>

Det ska dock inte tolkas som att vårdproduktionen är en fri marknad. Såväl sjukhusbudgetar som läkartaxor har traditionellt varit detaljreglerade. De statliga regleringarna är fortfarande omfattande, och på vissa områden lämnar de nästan inget utrymme för avvikelser. För sjukhusvård är de flesta priser avgjorda på förhand och gäller lika för alla försäkringsbolag. Det pågår ett arbete med att förändra prissättningen och koppla den reglerade taxan närmare den faktiska kostnaden. 2008 tilläts försäkringsbolag och sjukhus att förhandla fritt om taxan för motsvarande 20 procent av sjukhusets intäkter (om än under ett statligt reglerat pristak), och 2009 ökade andelen till 50 procent.<sup>27</sup> På vissa rutinoperationer (till exempel höftleds-, knä- och starr-



operationer) är prissättningen nu fri.<sup>28</sup> Tanken är att fortsätta liberaliseringen, men i kontrollerad takt.

En viktig aspekt med 2006 års reform är att försäkringsbolagen inte längre är tvungna att ha avtal med alla sjukhus. Nu tillåts de välja vilka sjukhus de vill samarbeta med, vilket kommer att gynna bra sjukhus och göra konkurrensen mycket mer effektiv. Flera av de stora, klassiska sjukhusen har hittills visat sig alltför dyra. Försäkringsbolagen föredrar att knyta till sig specialister, vilket har fått sjukhus att utvecklas i riktning mot "vårdgallerior" där enskilda specialister hyr in sig som egenföretagare, som delar av försäkringsbolagens upphandlade vårdkedjor snarare än som del av ett och samma sjukhusystem.

## INFORMATION

En viktig framgångsfaktor är de öppna jämförelser mellan försäkringsbolagen som samlas på en webbsajt, [www.kiesBeter.nl](http://www.kiesBeter.nl). Där kan man få en överblick över alla tillgängliga försäkringsbolags villkor, priser, kundnöjdhet och tilläggförsäkringar. Vårdkonsumenterna kan också jämföra sjukhus utifrån ett antal kvalitetsindikatorer.

– Konkurrensen kan inte handla endast om kostnad. Folk tror ofta att en lägre kostnad innebär sämre kvalitet. Därför har vi ett transparent kvalitetssystem så att man konkurrerar med kvalitet också, förklarar Hans Hoogervorst.<sup>29</sup>

## 4. RESULTAT

Det är för tidigt att göra en definitiv bedömning av vilka effekter reformen har fått. Samtidigt har holländarna levt fyra år med det nya systemet och det finns tillräckligt mycket underlag för att peka på några viktiga förändringar och dra några preliminära slutsatser.

Försäkringsbolagen började omedelbart tävla om vårdkonsumenternas gunst genom allt lägre priser. Priskonkurrensen var så skarp att försäkringsbolagen överlag tog en förlust på 2 procent av det totala premievärdet under 2006 och 2007.<sup>30</sup> Före reformen trodde oberoende bedömare att premien skulle landa på 1 250–1 300 euro per år, och statens bedömning var 1 100 euro. I själva verket blev den i genomsnitt 1 028 euro om året. Det motsvarade ungefär 9 700 kronor om året eller 810 kronor i månaden. Även året därpå "underträffade" premiens storlek förväntningarna.<sup>31</sup>

Den största mätbara effekten av reformen hittills är priset på receptbelagda läkemedel. I juni 2008 lyckades fyra stora försäkringsbolag få producenter av generiska läkemedel att sänka priset med mellan 40 och 90 procent. "För första gången på flera decennier lyckades vi sänka våra utgifter för läkemedel"<sup>32</sup>, säger Hans Hoogervorst. Han pekar också på att vårdens sammanlagda kostnadsökning avtagit. "På kort tid har vi sett ett stopp för de senaste årens kolossala kostnadsökningar. I stället för att öka med mer än 5 procent om året har vi skruvat ner ökningen till bara 1,5 procent över de senaste åren." The Lancet rapporterar att kostnadsökningen minskat från 4,5 procent (2006) till 3 procent (2007).

The Lancet konstaterar också att köerna har krympt, antalet oförsäkrade är lägre än före reformen, och husläkare i låginkomstområden rapporterar större aktivitet.<sup>33</sup> Försäkringsbolagen har blivit mer innovativa. Vissa har etablerat egna apotek, andra skickar patienter utomlands om det går fortare. Försäkringsbolaget VGZ har till exempel avtal med sex sjukhus i Belgien och tre sjukhus i Tyskland. 2007 svarade 77 procent av holländarna att de var beredda att resa utomlands för medicinsk behandling.<sup>34</sup>

Inför reformen bedömde Hälsoministeriet att 5 procent av försäkringstagarna skulle byta bolag. Det första året bytte nästan 20 procent.<sup>35</sup> Vissa bolag har förlorat 25 procent av sina kunder, medan andra har ökat med 30 procent. Från början fanns ett trettiotal försäkringsbolag på marknaden, men konkurrensen har tvingat fram en konsolidering och i dag finns det 14 bolag, vara de fyra största kontrollerar ungefär 90 procent.<sup>36</sup>

Att så många valt att byta bolag är delvis en effekt av att holländarna har blivit betydligt mer kostnadsmedvetna. Ett av problemen med offentlig finansiering är att välfärdstjänsterna upplevs som gratis, något man ska buga och tacka för i stället för att ställa krav på. Precis som att det skulle vara ett genidrag att avskaffa källskatten och låta människor aktivt betala in inkomstskatt och sociala avgifter varje månad, har de holländska vårdkonsumenterna blivit mycket mer medvetna om priset på vård. "Inget annat europeiskt land har en befolkning som är så medveten om vad deras hälsoförsäkring kostar dem", säger Hoogervorst.<sup>37</sup> Många upplever att de betalar mer för vård nu när kostnaden har blivit tydligare. En undersökning visar exempelvis att 70 procent av fackmedlemmarna känner så. Ökad kännedom om den faktiska kostnaden är ett effektivt verktyg för kostnadskontroll.

Hans Hoogervorsts efterträdare som hälsominister, kristdemokraten Ab Klink, förklarade för New York Times i november 2009 att alla priser som avreglerats i samband med reformen, exempelvis för knä-, höftleds-, ögonoperationer och diabetesvård, har sjunkit eller stannat kvar på samma nivå som tidigare.<sup>38</sup>

**Erfarenheterna av vårdreformen** är i huvudsak positiva, men det finns olösta frågor kvar. Prisregleringarna är fortfarande betydande. Försäkringsbolagen kan bara förhandla om priser inom ett litet, avgränsat område, eftersom priserna på de flesta behandlingar är förbestämda av staten. Bara 34 procent av behandlingarna är öppna för prispförhandlingar (2009), även om den siffran så småningom ska öka till 70 procent. Regleringarna avgränsar alltså inte bara priserna, utan också priskonkurrensens effektivitet. För att få ut maximalt av konkurrensen mellan försäkringsbolagen måste de tillåtas konkurrera om något så grundläggande som priset på behandlingar.

Det är ännu oklart om staten är beredd att överge sina traditionella verktyg för kostnadskontroll genom att skala ner regleringarna på utbudssidan.

Det finns också ett *freerider*-problem. Ungefär 1,5 procent av de försäkrade har inte betalat någon premie under de senaste sex månaderna. Om en försäkringstagare inte betalar får bolaget säga upp avtalet och neka vederbörande ny försäkring under de närmaste fem åren. För den uppsagda personen är det dock bara att vända sig till något av de andra bolagen, som är skyldiga att acceptera honom. När han sparkas ut från bolag två kan han gå till bolag tre och så vidare. De holländska forskarna Wynand van de Ven och Frederik Schut konstaterar att det riskerar att urarta till en *merry-go-round of defaulters*.<sup>39</sup> Att säga upp avtal ligger alltså inte i försäkringsbolagens kollektiva intresse. Regeringen har för avsikt att göra det möjligt att dra in pengar till premien direkt från försummares lön eller bidrag. Denna tvångspremie skulle då vara högre än den högsta premien på marknaden.

Tjänstemännen på Hälso-, välfärds- och sportdepartementet förklarar att de närmaste åren kommer att ägnas åt att förbättra kvalitetsjämförelserna, skruva ner prisregleringarna, förstärka patientens rättigheter och försämra möjligheten att åka snålskjuts på systemet genom att strunta i att betala premien. När Hans Hoogervorst fortfarande var hälsominister talade han om att tyska kommersiella sjukhus skulle få upp ögonen för den holländska försäkringsmarknaden och börja konkurrera med holländska sjukhus. Alla är överens om att systemet inte ännu är färdigkonstruerat, och att det är nödvändigt med en övergångsperiod där exempelvis prissättningen avregleras successivt så det dels inte uppstår oväntade och oönskade konsekvenser, dels för att medborgarna ska hinna förstå och känna sig trygga med det som händer.

Det handlar ju inte bara om att bygga ett så listigt och kreativt finansieringssystem som möjligt, utan att konstruera ett system som kan vinna stöd av 16 miljoner människor som i regel inte bryr sig mer om systemets sammansättning än att det ska fungera för dem när de blir sjuka. Hittills verkar det gå bra. Tankesmedjan The Commonwealth Fund har undersökt holländarnas inställning till det nya systemet, och funnit att stödet (efter viss inledande skepsis) nu är starkt. Enligt WHO/European Observatory on Health Systems and Policies ger 91 procent av holländarna systemet 7 poäng eller högre på en 10-gradig skala. 42 procent tycker att systemet överlag fungerar bra, att jämföra med 20 procent i Tyskland och 26 procent i Storbritannien.<sup>40</sup>

Reformen har också vunnit ett brett politiskt stöd. Hans Hoogervorst drev igenom *Zorgverzekeringswet* mot oppositionens vilja, men socialdemokraterna kom efterhand

att acceptera den. Utan detta politiska stöd hade reformen blivit mycket kortlivad; i slutet av 2006 åkte Hoogervorsts parti VVD ur regeringen och social-demokraterna PvdA tog dess plats. Kompromissen – eller kombinationen – av å ena sidan universellt försäkringsskydd oavsett ekonomi och hälsotillstånd, å andra sidan valfrihet mellan konkurrerande, privata försäkringsbolag och vårdproducenter, har gjort reformen populär bland väljarna och därmed bland deras företrädare. Zorgverzekeringswet har politisk sprängkraft som sträcker sig utanför Nederländernas gränser. Dock ännu inte ända till Sverige.

## 5. ZORGVERZEKERINGSWET PÅ SVENSKA

– Det skulle behövas ett större mått av perestrojka i Sverige, förklarar en av konstruktörerna bakom Zorgverzekeringswet med ett snett leende.

När jag tillsammans med en grupp svenska vårdexperter (en grupp som jag inte räknar mig själv till) reser runt i Nederländerna och talar med politiker från både höger och vänster, akademiker och topptjänstemän som var inblandade i att förbereda och genomföra reformen, frågar vi dem alla vad Sverige kan lära av Zorgverzekeringswet-reformen.

Alla betonar den tydliga historiska skillnaden: i Nederländerna har produktionen av vård aldrig varit en offentlig angelägenhet, och landet har en vana av försäkringstänkande kring vårdfinansiering. En av nyckelpersonerna bakom reformen pekar också på den svenska landstingsmodellen som gör reform svårare än i Nederländerna, där vårdpolitiken var en statlig fråga. Därför skulle det behövas ett större mått av perestrojka i Sverige.

Behovet av perestrojka i vården är ingen främmande tanke för svensk samhällsdebatt. Några år efter att Nederländerna 1987 börjat snegla åt marknadsreformer i den så kallade Dekkerrapporten, utvärderade professor Assar Lindbeck den svenska socialdemokratins planer inför 1990-talet.<sup>41</sup> Det görs vissa buggningar åt marknads-ekonomin som princip, konstaterar han, men bara för att organisera den del av produktionen "som inte handlar om direkt fundamentala behov". Det är okej med marknadsprissättning på möbler, cyklar och så vidare, men inte på välfärdstjänster.

På välfärdsområdet kunde Socialdemokraterna tänka sig att tillåta valfrihet och konkurrens inom den offentliga sektorn. Medborgarna skulle få välja sjukhus, men bara bland offentliga sjukhus. Någon konkurrens utifrån var det inte tal om. Ingen nyetablering, ingen valfrihet mellan företag som representerade olika företagsformer och huvudmän. "Det är alltså fråga om en mycket uttunnad form av konkurrens och valfrihet, närmare bestämt vad som i sovjetiskt reformarbete kallats 'socialistisk tävlan'", skrev Lindbeck. "Det ekonomiska system som 90-talsgruppen förordar när det

gäller produktion av väsentliga tjänster för hushållen är alltså ett system som ligger betydligt närmare det traditionella sovjetiska ekonomiska systemet än västerländsk marknadsekonomi.”

”Mer glasnost än perestrojka”, sammanfattar han.

Socialdemokratin har kommit en bit i marknadsvänlig riktning sedan dess, och dessutom har de borgerliga partierna haft två mandatperioder på sig att skruva vårdsystemet i en annan riktning. Faktum är ändå att det är i denna intellektuella miljö som det svenska vårdsystemet har vuxit fram. Ett av resultaten är det som Health Consumer Powerhouse kallar ”den till synes eviga visan om tillgänglighet”.

Ett större mått av perestrojka kanske är precis vad doktorn ordinerat.

**Sverige kan inte** kopiera den holländska processen. Reformen är alltför sammanlänkad med Nederländernas långa historia av privat vård. Men vi kan använda reformens resultat som inspiration för hur man kan organisera och finansiera vård på ett annat sätt och öka tillgängligheten och kostnadseffektiviteten utan att göra avkall på den universella modellen där alla har möjlighet att få vård när de behöver. Det går inte att komma ifrån att Nederländerna har löst flera av de problem som Sverige fortfarande brottas med.

Reformen, och de fyra år som gått sedan reformen genomfördes, visar att staten varken behöver ägna sig åt vårdproduktion eller finansiera huvuddelen av vårdsystemet. Att ta ett steg tillbaka och fokusera på att utforma regelverket fungerar bättre.

Hans Hoogervorst pekar på att reformen möjliggjordes av kombinationen av förankring och tajming. Reform av vårdfinansieringssystemet hade, som vi sett, diskuterats i decennier, men i början av 2000-talet hade Holland andra saker att prata om – inte minst hur det öppna och toleranta samhället började spricka i fogarna. Den invandringskritiske politikern Pim Fortuyn mördades under valkampanjen 2002 av en politisk motståndare som ville ”hindra honom från att måla ut muslimer som syndabockar”, och i november 2004 mördades filmaren Theo van Gogh av en muslimsk extremist efter att ha gjort en film som kritiserar våld mot muslimska kvinnor.

En rad händelser stal alltså den offentliga scenen och gjorde det möjligt för Hoogervorst att i lugn och ro arbeta med förberedelserna.

– Det var viktigt att reformen beskrevs som evolution snarare än revolution, berättar han. Hoogervorst ville hålla förväntningarna låga. Reformen skulle inte lösa alla problem. Några skulle vinna på den, andra skulle förlora. För den enskilda individen skulle den inte innebära någon omedelbart avgörande förändring.

– När reformen till slut presenterades såg man att det inte var så illa. Lägre skatter och ökade bidrag hjälpte till ekonomiskt. Vi såg det hela tiden som en långsiktig reform, och räknade inte med att tjäna på det kortsiktigt.<sup>42</sup>

Det hade också pågått ett förändringsarbete sedan Dekkerplanen lades fram 1987. Under 1990-talet togs flera steg i riktning mot ökad konkurrens. 2000 enades arbetstagar- och arbetsgivarorganisationer om en kompromiss. Året därpå lade regeringen fram ett förslag om hur sjukvården i större utsträckning skulle kunna drivas av konsumenternas efterfrågan. Det konservativa CDA och liberala VVD kunde till sist nå en kompromiss, där CDA insisterade på gratis försäkring för barn och ekonomiskt stöd till familjer, och VVD krävde en skattesänkning som allmän kompensation för de högre premierna.<sup>43</sup>

**Johnny Munkhammar** pekar på att en framgångsfaktor var den väl optimistiska tidtabellen, som satte press på de olika aktörerna. Nederländerna har en korporativ beslutsstruktur som ofta ger tidskrävande förhandlingar med starka särintressen. Alla grupper oroar sig för något, och med en fråga som behovet av sjukvårdsreform där behovet inte uppfattats som akut – demografiska hot ligger alltid en bit in i framtiden – är det lätt att fastna i långbänk. Till sist blev det ingen konsensuslösning, men den socialdemokratiska oppositionen har kommit att acceptera reformens riktning.

En påtagligt positiv konsekvens av reformen är att holländarna har blivit betydligt mer medvetna om vårdens kostnader. Mest prismedvetna i Europa, om man får tro Hans Hoogervorst. Däri ligger en viktig lärdom för Sverige. Om människor i högre grad upplevde att de själva betalade för vården skulle de antagligen ställa högre krav – i synnerhet på tillgängligheten. Bara om man tror att vård är gratis (eller något som bara



*andra* betalar för) är man beredd att köa i månader helt i onödan. Vi har vant oss vid att köa på monopolmarknader – till hyresrätter, alkohol och, till alldeles nyligen, receptbelagda mediciner – i en utsträckning som vore omöjlig att föreställa sig när det gäller något annat. ("Visst kan du få köpa min bostadsrätt. Du kan flytta in om 23 år.")

Det ligger också en värdefull uppriktighet i att tydliggöra vad som ingår i basförsäkringen och vad var och en själv får ta ansvar för, i stället för att låtsas att allt kommer ordna sig så länge man förlitar sig på staten.

När Östergötlands landsting 2003 offentliggjorde en prioriteringslista och bestämde att en rad specificerade behandlingar inte skulle täckas av den offentliga sjukvården, var det oerhört kontroversiellt. Ändå måste alla rimligen begripa att den typen av prioriteringar hela tiden sker inom ramen för landstingsvården. Det är bättre att *veta* vad som ingår i den försäkring man omfattas av och litar på, än att upptäcka det den hårda vägen. I det holländska systemet är det mycket tydligare vad som ingår i försäkringsskyddet och hur man bär sig åt för att öka sitt försäkringsskydd. Den typen av öppenhet förtjänar också vi.

För egen del ser jag en fortsatt förändringspotential i exempelvis de återstående prisregleringarna och bristen på riskmoment för försäkringsbolagen. Andra tycker att staten har av sagt sig en alltför stor del av sin roll. Det intressanta med reformen är att det är *omöjligt* att argumentera för att det holländska systemet skulle vara mindre solidariskt än det svenska. Nästan alla omfattas av en basförsäkring, och de som inte gör det begår brott. De som inte har råd får hjälp av staten med att betala räkningen.

Det går inte heller att argumentera för att försäkringsbolagen får möjlighet att missbruka sin ställning genom att locka till sig unga, friska personer och lämna sjuka och svaga utanför.

Få tycker säkert att det är en perfekt lösning, att proportionen mellan stat och privat är alldeles idealisk. Men det är en kompromisslösning som skulle ge tydliga fördelar gentemot det nuvarande svenska systemet, utan att göra avkall på det som de flesta väljare och politiker tycker är värdefullt: den universella täckningen. Det är svårt att inse vem som skulle förlora på att Sverige tog intryck av den holländska modellen.

**När jag skriver** detta är det mars 2010 och jag sitter återigen på Södersjukhusets avdelning 65. Utanför fönstret snöar det och människor joggar fram och tillbaka på Årstavikens is. Det har gått ett år sedan jag skrevs ut ur landstingsrullorna, visserligen med en konstaterad sten i vänster njure, men "den är nog så liten att den kan passera på egen hand nu. Vi kallar dig till kontroll om några månader."<sup>44</sup> Det blir inget av denna uppföljning, och inte heller av förhoppningen att det hela ska lösa sig av sig självt. Så småningom blir njuren blockerad igen, på precis samma sätt som förra året, och jag är tillbaka i vårdköen med mössa i handen och rör i ryggen. Nu har jag varit utslagen i en månad och inlagd på Södersjukhuset i två veckor i väntan på ett ingrepp som kommer att kosta lika mycket när jag väl har köat färdigt som om jag fått behandling i november 2008. I skrivande stund är jag uppe i sex njurstensanfall *med samma sten*; sex vändor på akutmottagningen, två omgångar med stomipåse och en slang in i ryggen, tjugo dagar på sjukhus och drygt tre månader med olika grad av sjukskrivning. Jag får inte intrycket att landstingets räknenissar är rädda att förlora mig som kund.

Ordet patient kommer från latinets *patiens*, som betyder att tåligt uthärda (av *patis*, som betyder tåla, lida). I det holländska informationsmaterialet talas det i regel om individen som konsument eller försäkringstagare. Det är ingen obetydlig skillnad i perspektiv. I Sverige är vi inte bara utlämnade till landstingen, vi kan inte ens byta landsting med mindre än att dra upp familjen med rötterna och flytta. När man inte har någon annanstans att ta vägen är det bara att lära sig härda ut.

Fler alternativ och ökad konkurrens inom vården – även på finansieringssidan – är inte bara en klok och effektiv tanke, det är också en inspirerande tanke. Detta med kostnadskontroll på utbudssidan, alltså att låta människor köa i stället för att erbjuda vård efter behov, är inget vi ska vara stolta över.

# NOTER

1. Elfgrén 2010.
2. Daley & Gubb 2007, sid 1f.
3. Knottnerus & ten Velden 2007, sid 2424.
4. Munkhammar 2008, sid 14.
5. Daley & Gubb 2007, sid 2.
6. Munkhammar 2008, sid 14.
7. van de Ven & Schut 2008, sid 772.
8. I historieskrivningen stöder jag mig i huvudsak på van de Ven & Schut 2008, sid 772.
9. Munkhammar 2008, sid 9.
10. van de Ven & Schut 2009, sid 253.
11. Hoogervorst 2006.
12. Naik 2007.
13. van de Ven & Schut 2009, sid 253.
14. Knottnerus & ten Velden 2007, sid 2425.
15. Enthoven & van de Ven 2007, sid 2421.
16. van de Ven & Schut 2008, sid 776.
17. Ibid, sid 774.
18. Schäfer m fl 2010, sid 74.
19. Munkhammar 2008, sid 17.
20. Enthoven & van de Ven 2007, sid 2422; van de Ven & Schut 2008, sid 774.
21. Schäfer m fl 2010, sid 31.
22. van de Ven & Schut 2008, sid 775.
23. Naik 2007.
24. Enthoven & van de Ven 2007, sid 2422.
25. Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport 2006, sid 33ff.
26. Daley & Gubb 2007, sid 6.
27. van de Ven & Schut 2008.
28. van de Ven & Schut 2009, sid 254.
29. Hoogervorst 2009.
30. van de Ven & Schut 2009, sid 253.
31. Seddon 2008.
32. Hoogervorst 2006.
33. Seddon 2008.
34. Schäfer m fl 2010, sid 81.
35. van de Ven & Schut 2009, sid 253; Seddon 2008.
36. van de Ven & Schut 2008, sid 775.
37. Naik 2007.
38. Harris 2009.
39. van de Ven & Schut 2008, sid 776.
40. Schäfer m fl 2010, sid 49.
41. Lindbeck 1990.
42. Hoogervorst 2009.
43. Munkhammar 2008, sid 21.
44. Min erfarenhet från det första halvårets kontakt med njursjukvården beskrivs i Karlsson 2009.

# REFERENSER

Cohn, Jonathan (2009), "Going Dutch : life after the public option". *The New Republic*.

Daley, Claire & Gubb, James (2007), *Health reform in the Netherlands*. London: Civitas, <[www.civitas.org.uk/nhs/download/netherlands.pdf](http://www.civitas.org.uk/nhs/download/netherlands.pdf)>.

Elfgren, Carl (2010), *Från vårdssystem till hälsobransch : hur friare finansiering kan ge nya tjänster i vård och omsorg*. Stockholm: Timbro.

Enthoven, Alain C & van de Ven, Wynand P M M (2007), "Going Dutch – managed-competition health insurance in the Netherlands". *The New England Journal of Medicine*, vol 357, nr 24, sid 2421–2423.

Harris, Gardiner (2009), "Dutch view of choice in US care : it's limited". *The New York Times*, 10 november.

Health Consumer Powerhouse (2009), "European health consumer index 2009". Bryssel, <[www.healthpowerhouse.com/index.php?option=com\\_content&view=article&id=256:european-health-consumer-index-2009&itemid=50&menu=yes](http://www.healthpowerhouse.com/index.php?option=com_content&view=article&id=256:european-health-consumer-index-2009&itemid=50&menu=yes)>.

Hoogervorst, Hans (2006), "Healthcare reforms in the Netherlands : a model for Germany?" Haag: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (Tal i Berlin 18 maj), <<http://english.minvws.nl/en/speeches/staf/2006/healthcare-reforms-in-the-netherlands-a-model-for-germany.asp>>.

Hoogervorst, Hans (2009), Intervju med Hans Hoogervorst i Amsterdam 18 maj.

Karlsson, Kristian (2009), "I vårdapparaten står maskinerna stilla". *Neo*, nr 2.

Knottnerus, J André & ten Velden, Gabriël H M (2007), "Dutch doctors and their patients : effects of health care reform in the Netherlands". *The New England Journal of Medicine*, vol 357, nr 24, sid 2424–2426.

Lindbeck, Assar (1990), "Svensk glasnost utan perestrojka : den socialdemokratiska 90-talsgruppens rapport". *Ekonomisk debatt*, nr 1, sid 5–12.

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (2006), *Health insurance in the Netherlands : the new health insurance system from 2006*. Haag,  
<<http://english.minvws.nl/en/folders/z/health-insurance-in-the-netherlands-2.asp>>.

Munkhammar, Johnny (2008), *Sjukvården kan reformeras : lär av Nederländerna*. Stockholm: Läromedelsindustriföreningen, LIF.

Naik, Gautam (2007), "Dutch treatment : in Holland, some see model for U S health-care system". *The Wall Street Journal*, 6 september,  
<[www.allhealth.org/briefingmaterials/WSJ-Naik-1166.pdf](http://www.allhealth.org/briefingmaterials/WSJ-Naik-1166.pdf)>.

Schäfer, Willemijn m fl (2010), "The Netherlands : health system review". *Health systems in transition*, vol 12, nr 1. Köpenhamn: European Observatory on Health Systems and Policies/World Health Organization,  
<[www.euro.who.int/Document/OBS/NEThit2010.pdf](http://www.euro.who.int/Document/OBS/NEThit2010.pdf)>.

Seddon, Nicholas (2008), "Is the future Dutch?" *The Lancet*, vol 372, nr 9633, sid 103–104, <[www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(08\)61016-8/fulltext](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(08)61016-8/fulltext)>.

van de Ven, Wynand P M M & Schut, Frederik T (2008), "Universal mandatory health insurance in The Netherlands : a model for the United States?" *Health Affairs*, vol 27, nr 3, sid 771–781,  
<<http://content.healthaffairs.org/cgi/content/abstract/27/3/771>>.

van de Ven, Wynand P M M & Schut, Frederik T (2009), "Managed competition in The Netherlands: still work-in-progress". *Health Economics*, vol 18, nr 3, sid 253–255.