



TIMBRO

PRIVATA
SJUKVÅRDS-
FÖRSÄKRINGAR
FÖR ALLA

DET NEDERLÄNDSKA EXEMPLET

HANNES WAHROLÉN

JANUARI 2025

"Vi har sovrummet där", säger Torbjörn och pekar bakom sig och ut från vardagsrummet. "På natten kan jag gå upp och sätta mig här i soffan och gråta. När jag inte vet, ska jag vara invalid för resten av livet?"

Torbjörn Lindqvist intervjuas av SVT¹. De sitter i lägenheten i Umeå, han med en röd tröja i den lite gammaldags blommiga soffan, reportern mittemot i den orangea fätöljen. I över två år har Torbjörn väntat på en operation för att byta ut hans dåliga knän. Operationen han gjorde för två år sedan misslyckades och han är beviljad en ny operation.

Vägen till Norrlands universitetssjukhus är plogad, en promenad som i vanliga fall tar tio minuter från den blommiga soffan tills man når sjukhuset. En väg han, som tidigare både sprungit och åkt skidor i de Norrländska skogarna, inte längre kan gå. Han är inte ensam. Idag står nästan 620 000 personer i kö till läkarbesök och operation. 195 000 av dem har alla väntat olagligt länge.

Samtidigt sitter en sjuksköterska på samma sjukhus, som kan ses från

Torbjörns fönster, och undertecknar brevet som ska gå till regionstyrelsens socialdemokratiska ordförande. Hon och hennes kollegor, 150 stycken läkare, sjuksköterskor, undersköterskor och medicinska sekreterare vittnar om "den värsta situationen hittills". Om hur de behöver ställa in Torbjörns och andra patienters operationer och cancerbehandlingar. Hur varken budgeten eller tiden går ihop. Hur deras kollegor säger upp sig. Hur byråkratin hela tiden växer och pengar läggs på annat än deras löner och arbetsmiljö.

Listan över den svenska hälso- och sjukvårdens problem är lång. Regionala kvalitetsskillnader, olagligt långa väntetider, dålig kontinuitet, otillräcklig prevention, överbelastade akutmottagningar, otillräcklig primärvård och bristande samverkan mellan vårdgivare är några exempel. Sjukvårdens organisation är komplex, transparensen är låg och det är svårt att bedöma effektivitet, produktivitet och värdet av inbetalade skattemedel. Till detta kommer en alltmer utmanande arbetsmiljö som gör det svårt att behålla och rekry-

tera personal, samtidigt som den äldre delen av befolkningen växer.

Hur är det möjligt att sjukvårdens problem är så omfattande i ett land som samtidigt är känt för sina goda medicinska resultat? Svaret på denna fråga är att det finns djupgående systembrister i sjukvårdens organisation. Svensk vård är dyr, har låg produktivitet och är inte ändamålsenligt organiserad för att möta framtidens hälsoutmaningar.

Hur ska Sverige kunna få en bättre hälso- och sjukvård som bibehåller god kvalitet, ökar jämlikheten och tillgängligheten samtidigt som skattebe-

talarna, det vill säga invånarna, får ut mer av varje skattekrona?

Svaret ligger kanske i att vända blicken från vårt land till utlandet. Hjulet behöver inte uppfinnas på nytt. Nederländerna är ett land med god hälso- och sjukvård men som till skillnad från Sveriges sjukvård i högre grad kännetecknas av effektivitet. Vad gör dem mer framgångsrika än Sverige? Och måste vårt sjukvårdssystem och finansiering utgå från skattsedeln?

*Lovisa Lanryd, Vårldarsansvarig
28 januari 2025*



OM FÖRFATTAREN

Hannes Wahrolén är läkarstudent vid Lunds universitet och är sjukvårdspolitisk talesperson för Liberala Studenter.

© Timbro

JANUARI 2025

www.timbro.se

info@timbro.se

Sättning: Erik Johnsson

Omslag: Erik Johnsson

Sjukvården klassas regelbundet som väljarnas viktigaste politiska fråga, samtidigt som missnöjet med vården är stort. I jämförelse med andra motsvarande länder når svensk sjukvård inte upp till medborgarnas förväntningar på vare sig tillgänglighet eller servicenivå.

I debatten låter det ofta som att mer pengar är lösningar på vårdkrisen. Dock tyngs vården av allt mer byråkrati och svaga incitament. Det som egentligen behövs är en genomgripande reform av sjukvårdssystemet. Genom att introducera en reglerad marknad med sjukvårdsförsäkringar skapas helt nya incitament för en personcentrerad och effektiv vård med fortsatt hög kvalitet. En sådan reform förändrar vårdssystemet från att idag utgå från politikerns beslutade vårdutbud, till att patienters och invånarnas efterfrågan och behov blir styrande.

I rapporten analyseras det bästa exemplet i Europa på hur man kan

organisera sjukvården i ett land – Nederländerna. Sedan 2006 har Nederländerna ett sjukvårdssystem byggt på obligatoriska sjukvårdsförsäkringar. De är bäst på det som Sverige generellt är sämst på: tillgänglighet, kontinuitet och personcentrerad vård.

Rapporten föreslår att Sverige bör övergå till ett liknande system med obligatoriska sjukvårdsförsäkringar. Vårdköerna skulle kraftigt minska om Sverige hade motsvarande modell som Nederländerna. Kostnaderna för en vanlig medborgare skulle inte förändras med reformen, men tillgängligheten och servicenivån troligen förbättras markant.

Att ändra sjukvårdssystem är en stor reform. Rapporten ger en fingervisning över hur en övergång till ett försäkringsbaserat system kan se ut och hur en sådan sjukvårdsreform hade kunnat förbättra den svenska sjukvården.

INLEDNING

Det är en minst sagt motsägelsefull bild som tonar fram när svensk hälso- och sjukvård analyseras och debatteras. Till det positiva hör att Sverige ligger bra till internationellt när det gäller så kallad åtgärdbar dödlighet, det vill säga den dödlighet som kan påverkas av åtgärder från sjukvården. Detta mått brukar också användas som ett övergripande mått på hälso- och sjukvårdssystemets kvalitet. Positivt är också att över 73 procent av Sveriges befolkning anger att de upplever sig ha ett gott allmänt hälsotillstånd i den nationella folkhälsoenkäten.

Samtidigt är missnöjet med den svenska sjukvården stort. Sjukvården klassas regelbundet som den viktigaste politiska frågan av väljarna. Andelen svenskar som tycker att sjukvården är den viktigaste politiska frågan har under de senaste åren fördubblats och uppgår nu till ungefär en fjärdedel.² Svenskarnas tydliga missnöje med vården rimmar illa med de hundratals miljarder kronor i skattemedel som läggs på vården varje år.

I debatten låter det ibland som att mer pengar till sjukvården skulle lösa

alla problem. Men det finns mycket lite som talar för att så skulle vara fallet, vilket bland annat Riksrevisionen påpekat.^{3,4} Inom de rika OECD-länderna finns inget samband mellan resurser i sjukvården och utfall. Det som spelar roll är att ha en modell som fungerar. Trots att sjukvården är ett av de största utgiftsområdena i Sverige finns stora brister i vården avseende tillgänglighet och servicenivå. Tillgänglighet och servicenivå når varken upp till svenska lagkrav eller till nivåerna inom andra motsvarande länders sjukvårdssystem.

Syftet med denna rapport är att beskriva det nederländska sjukvårdssystemet och ge en fingervisning om en färdplan för Sverige till en mer jämlik, tillgänglig och fortsatt högkvalitativ hälso- och sjukvård. I rapporten föreslås en övergång till ett försäkringsbaserat sjukvårdssystem med en universell vårdtäckning. Detta skulle innebära incitaments- och strukturförändringar som har potential att avhjälpa flera av de problem svensk sjukvård brottas med. Med detta hoppas vi kunna lyfta blicken, från kömil-

2 Sveriges Radio, 2024

3 Riksrevisionen, 2023

4 The Commonwealth Fund, 2024

jder och ideologiskt präglade riktade satsningar, till en diskussion om vilket sjukvårdssystem som på bästa sätt kan uppfylla samhällskontraktet. Det samhällskontrakt mellan skattebetalarna och sjukvårdssystemet som idag ofta brister.

SVENSKA SJUKVÅRDSSYSTEMETS FINANSIERING OCH PRESTATION - EN ÖGONBLICKSBILD

FINANSIERING

Sveriges utgifter för hälso- och sjukvård ligger något över EU-genomsnittet.⁵ År 2022 var hälso- och sjukvårdens andel av bruttonationalprodukten, BNP, 11 procent.⁶ Det betyder att cirka 661 miljarder går in i hälso- och sjukvårdssystemet varje år, vilket placerar oss i toppskiktet i Europa.

Sveriges hälso- och sjukvårdssystem står inför stora finansieringsproblem i framtiden. Det svenska sjukvårdssystemet är till 86 procent finansierat via skattsedeln, där regionerna tar in skatt från invånarna. Cirka 12 procent finansieras av patientavgifter och mindre än en procent av privata sjukvårdsförsäkringar. Med en sviktande tillväxt, i kombination med ett redan högt skattetryck, är det osannolikt att mer pengar kommer att kunna tillföras dagens sjukvårdssystem. Dessutom utgör de demografiska förändringarna redan idag stora utma-

ningar för finansieringen av sjukvården. Till 2031 kommer andelen av befolkningen som är över 80 år ha ökat med 50 procent, samtidigt som antalet personer i arbetsför ålder endast beräknas öka med fyra procent. Enligt Sveriges Kommuner och Regioner (SKR) motsvarar framtidens välfärdsbehov ungefär att 410 000 personer måste anställas, där över hälften av dem bör anställas inom vård- och omsorg. Det motsvarar fler än hela den förväntade ökningen av antalet sysselsatta i arbetsför ålder.⁷ Kombinationen av fler äldre och färre i arbetsför ålder leder både till högre kostnader för välfärden och en otillräcklig ökning av skattebasen. Beräkningar visar att de demografiska förändringarna kan leda till kostnadsökningar på över 35 miljarder kronor årligen från år 2035.⁸ Dessa utmaningar innebär att vi måste tänka nytt kring sjukvårdens finansiering.

5 OECD, 2024

6 SCB, 2024

7 SKR, 2022

8 Svenskt näringsliv, 2023

ERSÄTTNINGSMODELLER

Ersättningsmodellerna för den sjukvård som ges i Sverige är mycket komplexa och ändras över tid, vilket till stor del beror på det regionala självstyret. Det ligger utanför rapportens syfte att utförligt redogöra för de olika modellerna som används, men ämnet berörs kortfattat då ersättningsmodellerna avgör incitamentsstrukturerna inom sjukvården. Förenklat finns fyra huvudtyper av ersättningsmodeller inom sjukvården. Dessa kombineras dessutom ofta med varandra eller andra modeller. Vilken modell som används varierar mycket beroende dels på vilken sjukvård som ges, dels att Sveriges 21 regioner tenderar att göra olika.

1. Anslag/fast – Förbestämd ersättning till en enhet/avdelning.
2. Kapitation – Ersättning baserad på den population som enheten har ansvar för. Riskjusteras oftast beroende på ålder, samsjuklighet, socioekonomi, etc.
3. Episod – Vårdgivaren ersätts för olika definierade episoder, exempelvis allt som rör en viss

operation, till ett förutbestämt pris.

4. Åtgärd – Ersättning baserad på varje registrerat ingrepp för en enskild patient.

Vidare kompletteras ovanstående ersättningsmodeller ibland av ytterligare resultatbaserad ersättning, antingen baserat på om man uppfyller mål eller hälsoutfall.^{9 10}

SKR har gått igenom och sammanställt vilka ersättningsmodeller som används i svenska regioner. Kapitationsersättning är den dominerande intäktskällan för vårdcentralerna inom primärvården, motsvarande 87 procent av deras intäkter. Inom samtliga regioner finns vårdvalssystem med privata aktörer inom primärvården. Oavsett driftsform ersätts privata och offentliga aktörer generellt enligt samma princip. Kapitationsersättning inom primärvården har fördelar i form av kostnadskontroll för regionerna, en stor möjlighet till självstyre ute på enheterna och ett incitament för enheterna att hålla sina listade patienter så friska som möjligt då friska patienter är billigare än sjuka. Eftersom enheterna får i princip samma ersättning per patient, oavsett vilka åtgärder

9 Lindgren, P., 2014

10 Lundberg, A., 2018

Tabell 1. Översikt över befintliga ersättningsmodeller i svensk sjukvård

Vårdnivå	Primärvård		Specialiserad vård	
Utförare	Region	Privat	Region	Privat
Dominerande ersättningsmodell	Kapitation	Kapitation	Anslag	Åtgärd Episod

som utförs, blir det långsiktigt mer kostnadseffektivt att hålla sina listade patienter friska. Nackdelen är att vårdgivare kan undvika kostnadsdrivande patienter. I alla regioner används utöver direkt kapitationsersättning även riskjustering, oftast för ålder och socioekonomi. Vissa regioner ersätter även primärvårdsenheter för besök (åtgärdsbaserad ersättning) samt baserat på resultat, men denna ersättning utgör endast en liten del av den totala ersättningen.¹¹

Inom den specialiserade vården är variationen av ersättningsmodeller större. Användningen av flera olika ersättningsmodeller ökade markant i samband med införandet av vårdval, innan dess användes nästa uteslutande anslagsfinansiering. Endast ett fåtal regioner använder idag vårdval som en betydande del av specialiserad vård, vilket speglas i ersättningsmodellerna. Andelen privat specialiserad vård är mindre än tio procent, jämfört med

primärvården där ungefär 40 procent drivs privat. För specialiserad vård i egen regi dominerar anslagsfinansiering utifrån en fastställd budget. Region Stockholm och Region Västra Götaland utmärker sig genom att kombinera anslagsfinansiering och åtgärdsfinansiering, även för vård som bedrivs i egen regi. När det gäller privat specialistvård ser dock ersättningsmodellerna annorlunda ut. Cirka en tredjedel av regionerna erbjuder specialiserad vård inom vårdval med stöd av Lagen om valfrihetssystem (LOV). Åtgärdsbaserad ersättning dominerar, men både episodersättning och resultatbaserad ersättning förekommer. Cirka två tredjedelar av regionerna använder upphandlade inköp från privata vårdgivare (LOU). Även där är åtgärdsbaserad ersättning vanligast, men episodersättning och anslagsfinansiering förekommer också.¹²

Med tanke på svensk sjukvårds svaga resultat på flera områden och de

11 SKR, 2024

12 SKR, 2024

långtgående konsekvenserna av nuvarande ersättningsnivåer, är det osannolikt att dagens ersättningsmodeller är optimala. Detta gäller särskilt den specialiserade vården. Anslagsfinansiering försvagar incitamenten för ökad effektivitet och kan resultera i låg produktivitet, vilket i sin tur riskerar att skapa ransonering genom köbildning.¹³ Även åtgärdsfinansieringen har brister då vårdgivare har incitament att genomföra onödigt många insatser eller att manipulera vilka insatser man

faktiskt genomför. Troligtvis finns det inte en optimal modell, utan flera olika ersättningsmodeller behöver kombineras vid olika situationer. Det förefaller osannolikt att en centralt politikerstyrd vård är bäst lämpad att utforma optimala ersättningsmodeller. Utformningen av framtida ersättningsmodeller utgör därför en nyckelkomponent i en kommande vårdreform.

13 Rehnberg, C., 2019

Svensk sjukvård brottas med problem inom två huvudsakliga områden: tillgänglighet och kontinuitet, samt med organisatoriska utmaningar. Dessa utmaningar är betydande och innebär att patienter går miste om vård och kommer i kontakt med en undermålig organisation. För att på allvar lösa problemen inom vården – med bibehållet sjukvårdsuppdrag – behöver finansieringsmodellen reformeras.

TILLGÄNGLIGHET OCH KONTINUITET

Tillgänglighet och kontinuitet är svensk sjukvårds största utmaning. I det politiska arbetet för en god och nära vård, den så kallade primärvårdsreformen, lyfts ökad tillgänglighet fram som det första målet. I propositionen som ligger till grund för det politiska arbetet i regionerna fastslås att befolkningens förväntningar inte infrias, varken kring tillgänglighet eller kontinuitet, samt att Sverige underpresterar på dessa områden i internationella jämförelser.¹⁴

Tillgänglighet beskrivs i propositionen som tillgång avseende geografi,

öppettider och inte minst vårdköer. Det gäller både inom primärvård och specialistvård, och det är denna definition som kommer att användas genomgående i rapporten. Svensk sjukvård har under lång tid haft allvarliga problem med vårdköer och i undersökningar uppfattar de flesta att vårdköer, väntetider och svårighet att få besökstid på vårdcentralen är svensk sjukvårds största problem. I en undersökning uppgav befolkningen att de sju största problemen inom vården alla rörde tillgänglighet.¹⁵

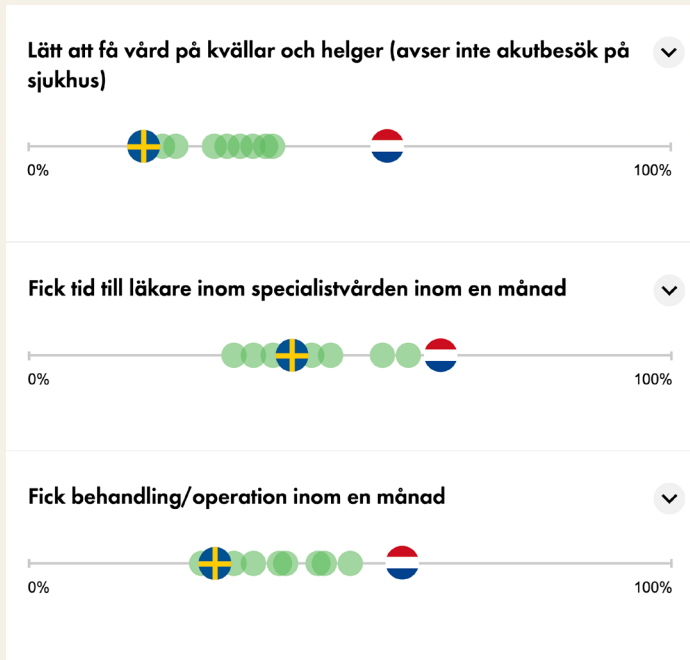
Sverige har 4,3 läkare per 1 000 invånare, vilket är cirka 20 procent fler än genomsnittet för OECD-länderna. I Sverige träffar en läkare i genomsnitt drygt 600 patienter per år. OECD-snittet är mer än 300 procent högre: 2 100 patienter per år.¹⁶ Det görs alltså färre läkarbesök här än i något annat land i Västeuropa. Svenska vårdcentraler är oftast öppna under kontorstider på vardagar men stänger sedan på kvällar och under helgen vilket driver patienter till akutmottagningarna under dessa tider.

14 Prop 2019/20:164

15 Vårdföretagarna, 2022

16 OECD, 2024

Figur 1. Global översikt avseende tillgänglighet till sjukvård



Källa: Myndigheten för omsorg och vårdanalys.

Jämfört med elva andra OECD-länder presterar även Sverige i särklass sämst när det gäller andelen patienter som får planerad behandling eller operation inom en månad. I Sverige får bara 29 procent insatsen inom en månad, i Nederländerna är motsvarande siffra 60 procent.¹⁷ SKRs databas om väntetider i vården visar att 640 000 patienter väntar på på första kontakt, på undersökning eller på operation/åtgärd i specialistvården (oktober

2024). 39 procent av patienterna i Sverige som väntar på en operation/åtgärd har dessutom väntat i mer än de av vårdgarantin lagstadgade 90 dagarna.¹⁸ Det är värt att notera att väntetider tycks påverka personer med svagare socioekonomisk ställning mer än andra grupper.¹⁹

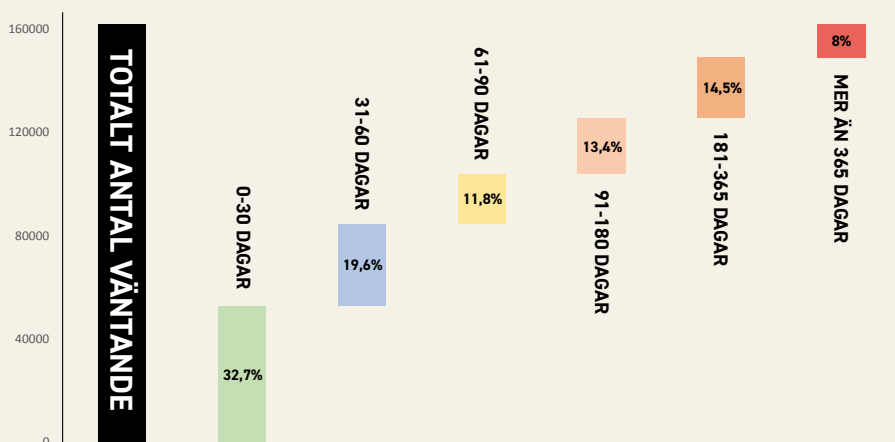
Utöver att svensk vård utmärker sig i bristande tillgänglighet underpresterar vården även avseende kontinuitet och personcentrering. Det

17 Myndigheten för omsorg och vårdanalys, 2023

18 SKR, 2024

19 Socialstyrelsen, 2018

Figur 2. Antal väntande till operation grupperat på antal väntedagar



Källa: SRK väntetidsdatabas, egna beräkningar

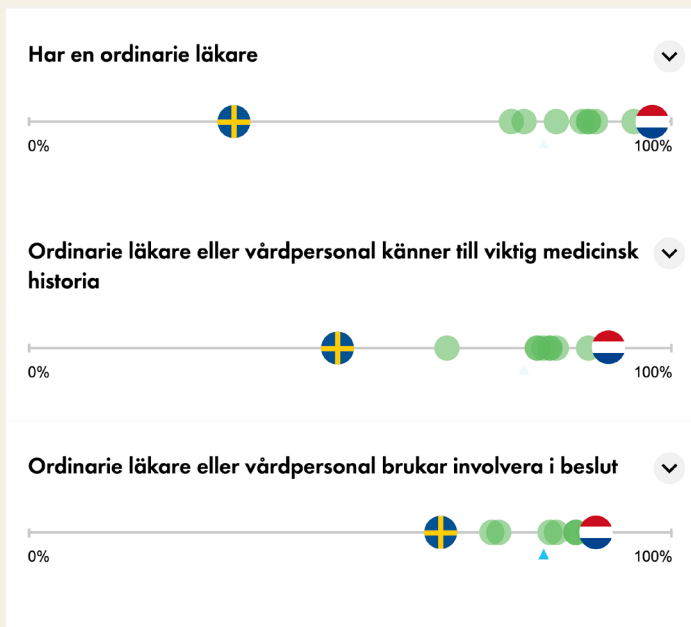
finns stora brister när det kommer till hur informationen kring vården överförs och kommuniceras till patienten. Exempelvis uppger färre patienter i Sverige än i andra länder att läkare och vårdpersonal känner till deras sjukdomshistoria.²⁰ I jämförelse med andra OECD-länder är det också en relativt sett låg andel läkare i Sverige som involverar patienter i beslut om vård och behandling. Färre patienter med kroniska sjukdomar i Sverige har diskuterat behandlingsmål, behandlingsalternativ och fått en plan för egenvård av sin läkare jämfört med många andra länder. Myndigheten för vård- och omsorgsanalys definierar personcentrering som att utgå från individens

behov, preferenser och resurser genom hela vårdprocessen – före, under, mellan och efter vårdmöten. När vården istället prioriterar utförarens behov framför vad patienten gör ökar risken för längre väntetider.

I ett stort och byråkratiskt sjukvårdssystem som det svenska föreligger en betydande risk att vården har för svag koppling till patienternas behov och att systemet har svårt att anpassa sig när omständigheterna kräver det. Detta förvärras ytterligare av att varje vårdenhet patienten möter har till syfte att lösa ett specifikt problem som patienten lider av. Bristen på koordination försämrar både patient-

²⁰ Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, 2022

Figur 3. Global översikt avseende personcentrering inom sjukvården.



Källa: Myndigheten för omsorg och vårdanalys.

tens sammantagna vårdupplevelse och möjligheten till tillfrisknande.

ORGANISATION

Flera faktorer bidrar till de otillräckliga resultaten i svensk sjukvård. Låga patientavgifter ska säkra att det inte är plånboken som styr över möjligheterna att få vård. I praktiken har dock det svenska sjukvårdssystemet lett till en labyrinth som är lättare för högutbildade att navigera än svaga socioekonomiska grupper. Sjukvårdssystemet är komplext, men i grund och botten handlar det om att det faktiska vård-

behovet är större än vad den politiskt beslutade organisationen klarar av via skattefinansiering. På områden där utbud och efterfrågan inte regleras med prismekanismer utan av centrala beslutsfattare ser man hur köer gång på gång används för att ransonera utbudet och hålla kostnaderna nere. I ett system där man förväntar sig att efterfrågan hela tiden kommer att öka snabbare än utbudet är den ofrånkomliga konsekvensen växande köer. Det finns dock skäl att tro att den svenska sjukvården är mindre effektiv och att köerna därmed blir ännu längre. Detta

visas bland annat i internationella jämförelser, men även i jämförelser mellan privata och offentliga vårdgivare i Sverige.^{21,22} Genom införandet av en annan organisation, som inte bygger på centrala beslutsfattare, kan utbudet på ett mer naturligt sätt anpassas för att bättre möta vårdbehovet.

Sedan 1980-talet har staten och regionerna tillfört flera hundra miljarder kronor till sjukvårdssystemet för att korta köerna och förbättra kvaliteten. Trots detta kvarstår problemen med de långa vårdköerna, som i grunden är ett resultat av låg produktivitet. Enligt Konjunkturinstitutet förväntas produktiviteten inom offentlig sektor öka med endast 0,2 procent per år, vilket kan jämföras med en ökning på en procent i den privata tjänstesektorn. Grova beräkningar visar att om produktiviteten inom den offentliga hälso- och sjukvården varit lika hög som inom den privata tjänstesektorn, hade dess kostnader minskat med 30–40 miljarder kronor.²³ I andra

sjukvårdssystem är produktivetsökningar även betydligt högre än i det svenska. Exempelvis har danska sjukhus en produktivetsökning om cirka två procent årligen.²⁴

Även statliga utvärderingar visar att den svenska vården har en effektiviseringspotential. Effektiviseringar som inte genomförs.²⁵ När verksamheter inte tillåts arbeta utifrån sina förutsättningar och önskemål, finns det stor risk att vården och vårdutfallet blir lidande. Trots att exakta uppskattningar är svåra att genomföra är det tydligt att vårdreformer som höjer produktiviteten kan leda till stora förbättringar.

I internationella jämförelser av hälso- och sjukvården är Nederländerna det land som tydligast utmärker sig. Det gäller framför allt områdena personcentrering, kontinuitet och tillgänglighet, vilket är just de områden där Sverige har stora brister.

21 Rehnberg, C., 2019

22 Riksrevisionen, 2022

23 Furmark, L. & Molin, R., 2023

24 Sundhedsdatastyrelsen, 2021

25 Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, 2022

GRUNDERNA FÖR EN SJUKVÅRDSREFORM

Utgångspunkten för en sjukvårdsreform är att hantera dagens utmaningar och samtidigt skapa ett system som kan garantera högkvalitativ vård för alla, både nu och i framtiden. Rapporten föreslår en övergång till ett försäkringsbaserat system som adresserar de utmaningar som tidigare har beskrivits. Detta innebär en grundläggande omställning av hur vården organiseras. Istället för att, som idag, styras av politiska beslut om vårdutbudet, blir patienters och invånares behov och efterfrågan det som styr systemet. Nedan ges exempel på hur ett försäkringsbaserat system ger förändrade incitament som kan komma att lösa upp många knutar. Senare i rapporten konkretiseras hur ett sådant system skulle kunna utformas och implementeras i Sverige.

GRUND FÖR TILLGÄNGLIGHET

En av de stora fördelarna med ett försäkringsbaserat system är att det förbättrar tillgängligheten till vård. Även om det är svårt att direkt jämföra olika länders vårdssystem, visar internationella mätningar att länder med försäk-

ringsbaserade system generellt presterar bättre när det gäller tillgänglighet till vård. Särskilt system med privatpraktiserande husläkare (specialister i allmänmedicin), ger god tillgång till primärvård i länder med försäkringsbaserade system.²⁶ Även om en återgång till ett husläkarsystem är möjlig i den svenska sjukvårdens nuvarande finansieringssystem, underlättas det i ett försäkringsbaserat system där försäkringsbolag direkt ersätter privatpraktiserande läkare. Då blir fördelen att läkare i högre utsträckning än i dagens svenska system kan styra över sin egen ersättning genom att helt enkelt ta emot fler patienter.

Data i internationella jämförelser visar även att väntetider till specialistbehandlingar är kortare i försäkringsbaserade system.²⁷ I system likt det svenska behöver efterfrågan på vård regleras om den inte matchar utbudet. Idag sker detta genom omfattande och långa vårdköer, där utbudet ransonerar genom att patienter placeras i kö. I ett mer flexibelt system med fristående vårdgivare och större förhandlingsmöjligheter för försäkringsbolag som

26 Myndigheten för omsorg och vårdanalys, 2023

27 Rehnberg, C., 2019

ansvarar för patientens vårdkedja, kan behandlingar bättre matcha det behov som finns.

Vårdköer används för att ransonera vården när utbudet är lägre än efterfrågan. Genom ökad effektivitet kan befintliga resurser används för att producera mer vård. Med förbättrade finansieringsmodeller kan mer effektiva verksamheter stärka sin position och på så sätt minska kostnaderna i hela systemet. Vidare kan ett sådant system ge ökad transparens, vilket kan korta väntetiderna genom att patienter jämför vårdköer mellan olika vårdgivare. Detta kan ske både genom myndighetsägda hemsidor likt www.zorginzicht.nl (www.vardinsyn.se på svenska) eller genom att försäkringsbolag erbjuder kostnadsfri väntetidsförmedling. Genom informerade val kortas väntetiderna i hela systemet. När hundratusentals personer står i vårdkö kan även små förbättringar i väntetider minska lidandet och osäkerheten hos tusentals personer, och dessutom innebära stora samhällsekonomiska vinster.

Att jämföra väntetider kvantitativt mellan länder är svårt eftersom olika länder registrerar väntan i vårdkö på olika sätt. Det är därför svårt att göra

beräkningar utifrån administrativa data från olika länder. För att kunna jämföra länder kan i stället enkätsvar från invånare användas. Den amerikanska stiftelsen The Commonwealth Fund genomför regelbundet en omfattande enkätundersökning om vårdupplevelser bland invånarna i tio länder, inklusive Sverige och Nederländerna. I denna undersökning anger endast 29 procent av svenskar att de fått behandling/operation inom en månad. I Nederländerna är siffran 58 procent.²⁸

Eftersom andelen i Nederländerna är dubbelt så stor som i Sverige kan ett förenklat antagande göras om att dubbelt så många skulle få vård inom 30 dagar med ett annat sjukvårdssystem. Detta antagande ger en fingervisning om hur mycket vårdköerna kan kortas med ett annat sjukvårdssystem. Idag är det ungefär 120 000 personer som har väntat på en operation eller åtgärd i mer än 30 dagar. I genomsnitt har varje person väntat runt 134 dagar.²⁹ En ungefärlig uppskattning visar att 60 000 personer – motsvarande hela Gotlands befolkning – hade kunnat få sin operation inom 30 dagar med ett annat vårdssystem. Dessa antaganden är naturligtvis förenklade, men de ger

28 Myndigheten för omsorg och vårdanalys, 2023

29 SKR, 2024 (data för oktober 2024)

en indikation på omfattningen av det mänskliga lidandet inom vårddköerna som hade kunnat undvikas.

GRUND FÖR JÄMLIKHET OCH KONTINUITET

En vanlig invändning mot försäkringsbaserade sjukvårdssystem är att jämlikheten minskar. Exempelvis lyfts det fram att patienten i dessa system påstås behöva avstå från nödvändig vård på grund av en för hög kostnad. Här pekar evidensen dock i motsatt riktning. För en rad länder med försäkringsfinansierat system, som Nederländerna eller Tyskland, är andelen som behövt avstå vårdbesök, medicin eller behandling på grund av en hög kostnad lika låg som, eller lägre än i Sverige.³⁰ Denna bild bekräftar av Clas Rehnberg i en rapport till Expertgruppen för studier i offentlig ekonomi (ESO) som jämfört den svenska sjukvården med vårdssystem i andra europeiska länder. Slutsatsen är att skattefinansierad vård inte är mer jämlik än sjukvård i försäkringsfinansierade system.³¹

Dagens regionala skillnader i vård är också en form av ojämlikhet och har ofta flera förklarande faktorer. Alla skillnader kommer inte att lösas med

ett nytt sjukvårdssystem, däremot kan de skillnader som uppkommer av regionernas olika kompetens och beslutsfattande utjämnas. I ett mer flexibelt system med många oberoende vårdgivare kan verksamheterna anpassas utifrån sina lokala förutsättningar, utan kvävande direktiv från den regionala ledningen. Det kan i sin tur förbättra servicen för närboende patienter. Det är troligt att vårdenheter i glesbygdsområden särskilt kan dra nytta av möjligheten till egna lokala lösningar.

En övergång till ett system med husläkare, istället för vårdcentraler, gör det också möjligt för en ensam läkare eller samarbetande läkare att erbjuda primärvård i mindre orter som idag saknar vårdcentraler. I Nederländerna är det vanligt att husläkare samarbetar i kooperativliknande sammanslutningar för att erbjuda vård dygnet runt inom ett visst geografiskt område.³² Ett försäkringsbaserat system kan öka attraktiviteten för att bli husläkare. Om husläkare dessutom kan styra val av arbetsplats kommer troligtvis primärvården kunna ges på fler platser i landet. Likt idag hade någon form av kompensation för glesbygden behövt utgå. Trots att de geografiska förutsättningarna skiljer sig

30 Myndigheten för omsorg och vårdanalys, 2023

31 Rehnberg, C., 2019

32 Scott, D., 2020

åt mellan Sverige och Nederländerna hade ett liknande system troligen förbättrat tillgängligheten till vård på den svenska landsbygden.

En ofta förbisedd faktor i vårdupplevelsen och behandlingen av en patient är kontinuitet. Idag utmärks svensk sjukvård i hög grad av ett fragmenterat system där patienter faller mellan stolarna utan att få tillgång till rätt vård, vilket leder till stort lidande för den enskilde.³³ I ett försäkringsbaserat system tar patientens försäkringsbolag ansvar för vårdkedjan. Om patienten får adekvat vård tidigare kan onödiga vårdbesök undvikas och därmed sänks kostnaderna samtidigt som patienters välmående förbättras. Patienträttigheterna stärks då försäkringsbolaget är skyldigt att leva upp till sin del av avtalet – att leverera vård i tid med hög kvalitet. Gör de inte det går patienten antingen till ett annat bolag (opt-out) vid nästa försäkringsperiod eller nyttjar sin rätt att lämna klagomål och få ersättning. Nära sammankopplat med kontinuitet finns även frågan om personcentrerad vård. Genom ett försäkringsbaserat system som bygger på husläkare kan en mer personcentrerad vård ges. I Nederländerna är det vanligt att husläkaren följer patien-

ter och familjer över tid och därmed är bättre införstådd kring sjukdomshistoriken. Troligen kommer en fast läkarkontakt öka patientens trygghet och förtroende för vården, vilket ökar känslan av delaktighet.

GRUND FÖR INNOVATION

System som är baserade på att vården utförs av olika fristående vårdgivare som blir ersatta av patientens försäkringsbolag är mer decentraliserade och flexibla än centralstyrda offentliga sjukvårdssystem. Även om det finns vissa privata inslag inom den svenska hälso- och sjukvården är de beroende av ersättning och planering från regioner och kommuner. I ett försäkringsbaserat sjukvårdssystem kommer en viss nivå av statlig kontroll och samverkan ske för att säkerställa en hög kvalitet och samordning. Själva styrningen av utförandet av vård ändrar däremot helt skepnad. Socialstyrelsen konstaterar att viljan till innovation inom svensk sjukvård är stor, men att faktisk innovation ofta uteblir. Utredaren beskriver att ”sedan 1990-talet har dock en alltmer reglerad sjukvård gjort att innovation och evidensskapande utbyte mellan sjukvård och industri ställts inför en

33 Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU), 2021

del utmaningar.”³⁴ I undersökningen framkommer att några av de främsta hindren är befintlig lagstiftning och organisation, samt ”okunnigt, svagt och detaljstyrande ledarskap”.³⁵

När vården utförs av självstyrande husläkare inom primärvården och av fristående specialistvårdenheter, oavsett om de är vinstdrivande eller ej, kommer dessa alltid ha incitament att leverera så god och effektiv vård som möjligt. Detta är nödvändigt för att de ska få ersättning från patientens försäkringsbolag. Denna organisering möjliggör lokala anpassningar av vården för den enskilda enhetens behov, men gör det också möjligt att hitta nya effektiva arbetssätt. Inom hälso- och sjukvård är detta särskilt fördelaktigt, där professionen måste ges utrymme

att genomföra förändringar baserade på vetenskap och beprövad erfarenhet. Självstyrande enheter kan också anpassa sig utifrån skiftande förutsättningar, vilket kanske är viktigare nu än någonsin. På något som i det närmaste liknar en fri marknad kommer dessa anpassningar, effektiviseringar och innovationer snabbt plockas upp och spridas till andra vårdgivare och skapa ett effektiviserings- och innovationstryck i hela sektorn. Att flytta beslutsfattande närmare vårdkedjans kärna minskar risken för att centrala beslutsfattare, som ofta saknar insikt i de lokala förhållandena, fattar beslut som inte speglar verkligheten. Detta har haft en negativ påverkan på det svenska sjukvårdssystemet.

34 Lakartidningen.se 2019-11-12

35 Socialstyrelsen, 2019

PELARE I ETT FÖRSÄKRINGSFINANSIERAT SJUKVÅRDSSYSTEM

Hur ser det nederländska systemet ut? Vad är det som gör att de lyckas på precis de punkter svensk vård är efter år misslyckas?

Reformen som lade grunden för det nuvarande systemet initierades 2006. Den föregicks av ett utbrett missnöje med en vård som upplevdes som ineffektiv och stelbent. Det tidigare systemet byggde på två parallella spår – offentlig finansiering för vissa och privata försäkringar för andra – vilket ansågs både komplext och osolidariskt. Liknande utmaningar kan idag skönjas inom svensk sjukvård. Allt fler väljer att betala privat eller teckna en egen sjukförsäkring när det offentliga inte lever upp till förväntningarna. Utan reformer riskerar Sverige att drivas mot en liknande utveckling, där resurser styr tillgången till vård.

Den nederländska reformen innebär att de olika systemen slogs ihop till ett system för alla invånare. Utgångspunkten var den amerikanska ekonomen Alain Enthovens tankar om

managed competition, eller reglerad konkurrensutsättning.^{36 37 38}

AKTÖRER I SYSTEMET

Mycket förenklat kan man säga att det nederländska systemet består av fyra aktörer, varav alla självfallet består av underaktörer. Staten är den dominerande centrala aktören i form av kontrollinstans. Det är staten som stiftar lagar och sätter upp villkoren för försäkringsbolagen och vårdutförarna. Till skillnad från Sverige spelar den regionala nivån en betydligt mindre roll och fungerar främst som en koordinerande instans.

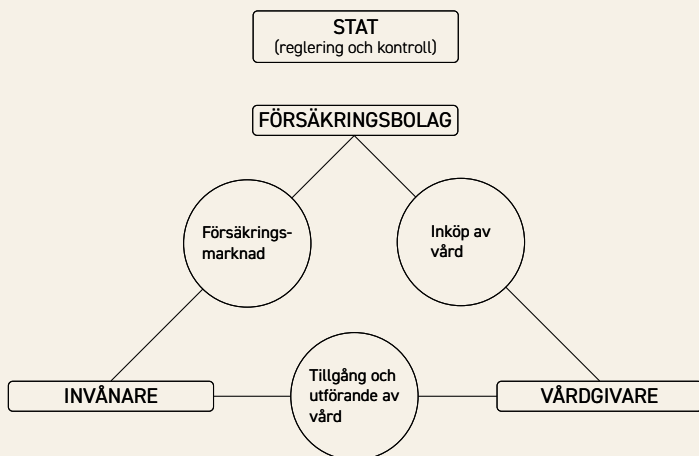
Utöver staten består systemet av tre aktörer som samverkar: patienter/invånare, försäkringsbolag och vårdutförare. Invånarna tecknar försäkringar hos försäkringsbolag och får sin vård från vårdutförare, som i sin tur ersätts av patientens försäkringsbolag. Hela systemet övervakas och regleras av statliga myndigheter i enlighet med gällande lagstiftning.

36 JEURISSEN, P. & MAARSE, H., 2021

37 Enthoven, A., 1988

38 Karolinska institutet, 2024

Figur 4. Översikt över sjukvårdens organisation i Nederländerna



Anpassat från Kroneman m.fl. Netherlands - Health system review. Health systems in transition. 2016.

ERSÄTTNING TILL VÅRDGIVARE

En central del av alla sjukvårdssystem är utformningen av deras ersättningsmodeller. Här syns en tydlig skillnad i hur vårdgivare ersätts av försäkringsbolag för den vård de erbjuder bologens kunder.

Precis som i Sverige ersätts vårdgivare olika beroende på var i systemet de befinner sig. Denna flexibilitet är helt central för att ge adekvat ersättning som ger upphov till fördelaktiga incitament. Ersättningssystemet till husläkare inom primärvården är relativt likt det svenska (se kapitel om finansiering). Grunden är en riskjuste-

rad kapitationsersättning om minst 58 euro per patient och år, samt en rörlig ersättning per besök. För viss typ av behandling, exempelvis av KOL och diabetes typ II, ersätts besök i stället genom en förbestämd tariff, likt episodersättningen. Dessutom använder sig vissa försäkringsbolag av ersättning baserad på prestation och extraservice. Ersättningen kan fritt förhandlas mellan vårdgivare och försäkringsbolag, men bygger oftast på en nationell förhandling mellan motsvarande allmänläkarföreningen och en sammanslutning av försäkringsbolagen.^{39 40}

39 JEURISSEN, P. & MAARSE, H., 2021

40 European Commission, 2019

Inom den specialiserade vården skiljer sig ersättningsmodellerna mer från den svenska. Den stora friheten innebär att vårdgivare och försäkringsbolag kan förhandla fram flexibla ersättningsmodeller som passar bra för olika typer av tillstånd. Sedan 2012 är 70 procent av finansieringen inom specialistvården helt fri och satt utifrån avtal mellan försäkringsbolag och sjukhus. Grunden för ersättningsmodellen är att försäkringsbolag och vårdgivare skriver avtal som innebär säkrad finansiering för sjukvården i utbyte mot framtida erbjuden vård. I större utsträckning använder sig försäkringsbolag av resultatbaserad ersättning som innebär att sjukhusen måste leva upp till vissa mål, oftast volymmål för specifika behandlingar, för att säkra sin finansiering. På så vis skapas incitament för produktivitetshöjningar.⁴¹

SJUKVÅRDSSYSTEMET I PRAKTIKEN

Alla invånare över 18 år är enligt lag skyldiga att skaffa en sjukvårdsförsäkring, vilket efterlevs i mycket hög grad. År 2018 saknade färre än 0,15 procent av befolkningen den obligatoriska försäkringen. Nästan alla invånare väljer dessutom en egen husläkare, som utgör kärnan i systemet. För att få

vård på specialistnivå krävs remiss från husläkare, på så vis hänvisas patienter "rätt" i systemet. Villkoren för både utförare av vård och patienterna, skiljer sig föga beroende på var i landet man bor eller verkar. De obligatoriska försäkringarna och försäkringsbolagen är nationella och ska tillgodose vård oavsett om du bor på den nederländska landsbygden eller i någon av storstäderna.

Försäkringsmodellen är relativt centraliserad, med ett begränsat antal försäkringsbolag som invånarna kan teckna försäkring hos. Dessa bolag konkurrerar om att finansiera ett vårdutbud som definieras av staten. Valfriheten är därför begränsad när det gäller försäkringsbolag, men betydligt större när det gäller vårdutförare samt val av självrisker och tilläggsförsäkringar. Till exempel har en majoritet av nederländarna en tilläggsförsäkring för tandvård.⁴²

Staten ställer upp regler för försäkringsbolagen som i sin tur utformar erbjudanden till invånarna. Denna organisering skapar två strikta marknader: en försäkringsmarknad och en vårdmarknad. Patienten kan själv välja utförare på båda marknaderna. Utöver det skapas också en marknad mellan

41 JEURISSEN, P. & MAARSE, H., 2021

42 The Commonwealth Fund, 2020

vårdgivarna och försäkringsbolagen. Genom att konkurrera om invånarnas anslutning behöver alla försäkringsbolag erbjuda så hög kvalitet och så lågt pris som möjligt. Vårdgivarna konkurrerar sinsemellan om resurseffektivitet, hög kvalitet och tillgänglighet för patienterna. Om de inte levererar riskerar de att inte anlitas av försäkringsbolagen vid nästa omförsäkringsperiod. På samma sätt riskerar försäkringsbolagen att förlora patienter som väljer att inte förnya sina försäkringar om de inte lever upp till förväntningarna.

Denna marknadslogik ökar invånarnas inflytande över vården. I Sverige åstadkommer vi det vid varje riksdags-, region- och kommunval genom hur vi röstar. I det nederländska systemet kan man som patient välja och välja bort olika försäkringsbolag och utförare av vård varje år. Detta illustrerar den grundläggande skillnaden mellan de olika systemen. Det svenska är ett toppstyrt system där politiker bestämmer utbudet och det enda sättet att få bättre vård är att riva upp sitt liv och flytta till en annan region. Det nederländska är ett mer flexibelt system där vården ges utifrån behov och efterfrågan och där du kan byta försäkring om vården inte leverar.

KONKRETA PELARE I NEDERLÄNDERNAS SYSTEM

1. UNIVERSELL TÄCKNING GENOM OBLIGATORISKA FÖRSÄKRINGAR

Grunden till ett reformerat sjukvårdssystem ligger i att samtliga invånare tecknar obligatoriska sjukvårdsförsäkringar hos ett valfritt försäkringsbolag. Dessa försäkringar ger i sin tur tillgång till samtliga grundläggande hälso- och sjukvårdstjänster, motsvarande ungefär den sjukvård som idag erbjuds i de svenska regionerna. Den nederländska sjukförsäkringslagen, *Zorgverzekeringswet*, fastställer vilka tjänster som den obligatoriska försäkringen, oberoende av försäkringsbolag, måste täcka.

En obligatorisk försäkring sprider riskerna för höga sjukvårdskostnader enligt samma principer som en skattefinansiering. Sjukförsäkringslagen förbjuder försäkringsbolagen från att ägna sig åt riskselektion och gör det obligatoriskt att ta emot alla som vill teckna en försäkring. Det är inte heller tillåtet att ta olika betalt för försäkringstjänster utifrån försäkringstagarens riskfaktorer som exempelvis ålder, socioekonomi eller tidigare sjukdomar. Systemet innehåller också en riskjusteringskomponent som innebär att försäkringsbolag med försäkringstagare med höga risker för sjukdom blir kompenserade för detta. En del

av de avgifter som betalas in systemet samlas i en nationell sjukvårdsfond som i sin tur viktat och omfördelar resurserna till försäkringsbolagen baserat på faktorer som socioekonomi, ålder och tidigare sjukdomshistoria.

2. FINANSIERING AV SJUKVÅRDEN

Grunden för finansieringen av den nederländska sjukvården, cirka 75 procent, utgörs av sjukvårdsförsäkringarna. Dessa finansieras av försäkringsstagarna på två ungefär lika stora sätt: dels genom en arbetsgivaravgift, dels genom direkta premiebetalningar. År 2023 uppgick arbetsgivaravgiften till 6,68 procent av inkomsten före skatt, upp till en fastställd takinkomst. Det innebär att höginkomsttagare bidrar med en större andel till sjukvårdens finansiering genom arbetsgivaravgiften.

Den andra finansieringsgrunden är direkta premiebetalningar. Dessa skiljer sig mellan olika försäkringsbolag och var 2023 i genomsnitt 20 500 kr per år. Varje år är det möjligt att byta försäkringsbolag och dessa konkurrerar med varandra både genom nivån på premien och vilken vård som erbjuds. Årligen byter 6–7 procent av befolkningen försäkringsbolag.

En övergång till denna finansieringsmodell innebär flera fördelar. Genom att i stället för regionskatten

primärt finansiera vården genom premieavgifter och arbetsgivaravgifter kan regionskatten kraftigt sänkas eller tas bort helt. Med arbetsgivaravgiftsfinansiering säkerställs att finansieringen bibehåller en rimlig jämlikhet. Slutligen konkurrensutsätts beställarorganisationen, det vill säga försäkringsbolagen. När invånare kan välja fritt mellan försäkringsbolag och själva ta ställning till vad de värderar – låga priser, eller något annat – tvingas försäkringsbolagen att agera resurseffektivt. Samtidigt ökar konkurrensen i produktionsledet då hög vårdkvalitet i kombination med resurseffektivitet krävs för att bibehålla kontrakt med försäkringsbolagen.

3. SKATTEFINANSIERADE SUBVENTIONER FÖR BIBEHÅLLEN JÄMLIKHET

I och med den nederländska sjukvårdsreformen 2006 ökade premiekostnaderna för den genomsnittliga invånaren. För personer med medelinkomst eller högre, som redan hade en försäkring i det tidigare systemet, var kostnadsförändringen dock begränsad. En central del av reformen var samtidigt att de med lägre inkomster fick en tydlig kompensation. Idag får cirka 25 procent av landets försäkringstagare med lägst inkomst delar av sin premiekostnad subventionerad av

staten. Som högst subventioneras premien med 70 procent för de med allra lägst inkomst. Eftersom de med lägst inkomst annars hade behövt lägga en oproportionerligt stor andel av sitt totala konsumtionsutrymme på försäkringspremien är denna typ av subvention nödvändig i ett samhälle som eftersträvar jämlik tillgång till vård.

Även andra grupper har subventionerad vård. Vården för alla barn upp till 18 år är helt skattefinansierad. Många kommuner, som i Nederländerna har ansvaret att säkra hälsan för sina invånare, erbjuder också kollektiva rabatter på försäkringar för invånare med lägst inkomst. Som tidigare nämnts kompenseras de försäkringsbolag som har många försäkringstagare med hög riskprofil och lägre betalningsförmåga.

4. INDIVIDANSVAR SOM HINDRAR ÖVERKONSUMTION

I ett försäkringssystem fungerar självrisken på samma sätt som patientavgiften. Den som söker vård betalar en avgift över disk. Den behöver vara så pass hög att den motverkar överutnyttjande, men tillräckligt låg för att inte avskräcka från vårdsökande när det faktiskt behövs. Patientavgifter är en försumbar intäktskälla i såväl skatte- som försäkringsfinansie-

rade sjukvårdssystem. Deras syfte är styrande – att uppmåna till befogad vårdkonsumtion på rätt vårdnivå. Det så kallade RAND Health Insurance Experiment visade redan på 70-talet vikten av kostnadsfördelning och idag används patientavgiften i nästan alla utvecklade sjukvårdssystem, även i Sverige.⁴³

I Nederländerna är syftet att styra mot rätt vårdnivå via husläkaren vilket innebär att besök och behandling i primärvården i regel helt undantagen patientavgifter. Ett av problemen man försökte åtgärda med reformen var att trycket på akutsjukhusen blivit orimligt högt. Genom att ta bort patientavgifter i primärvården styr man om mer vård dit. På samma sätt uppmuntras konsumtion av preventiva hälso- och sjukvårdstjänster, som exempelvis rökavvänjnings- eller vikttnedgångsprogram. Sådana delar har i flera europeiska sjukförsäkringssystem vuxit fram på initiativ av försäkringsbolagen, som identifierat ekonomiska vinster av att underlätta livsstilsförändringar hos sina kunder. Även i det försäkringsbaserade systemet finns ett högkostnads-skydd för patientavgifter som avgör när försäkringsskyddet träder in. Politisk prioritering i kombination med efterfrågans priselasticitet på olika

43 RAND Corporation

hälso- och sjukvårdstjänster avgör i regel nivån på patientavgifterna.

5. INDIVIDANPASSNING (LÄGRE PREMIER MED HÖGRE SJÄLVRISK, SELEKTIVA VÅRDPLANER, TILLÄGG)

Ett uttalat mål med den nederländska sjukvårdsreformen är ökad valfrihet. Det nederländska systemet tillgodoser detta på flera sätt och möjliggör således ökad valfrihet kring den egna vården.

Först och främst är det möjligt att ett ökat individuellt ansvar för den egna hälsan kan få genomslag i försäkringsplanen. Försäkringsbolag erbjuder försäkringar med lägre premiekostnad i utbyte mot en högre självrisk. Självriskens motsvarar högkostnadsskyddet för patientavgifter som finns i Sverige. Patientavgifter, oavsett i form av självrisk eller patientavgifter, finns i alla sjukvårdssystem och har som syfte att styra vårdkonsumtion snarare än finansiera den. De individer som inte förväntar sig att behöva mycket sjukvård kan sänka sina kostnader genom att välja en högre självrisk. Detta skapar incitament för befolkningen att ta större ansvar för sin hälsa, eftersom det leder till lägre privata kostnader. Växlingen är dock begränsad till en del av självriskens, upp

till 885 €, för att säkerställa ett grundläggande försäkringsskydd mot höga och oförutsedda kostnader. År 2024 var det cirka 13 procent av försäkringstagarna som sänkte sin premie genom en högre självrisk, och endast ett fåtal utnyttjade hela sin självrisk.⁴⁴

Individer kan också välja försäkringsplaner med begränsningar, där lägre premier erbjuds i utbyte mot att vård endast kan sökas hos de vårdgivare som försäkringsbolaget har avtal med. För den som värderar lägre premier högre än full valfrihet bland vårdgivare är dessa planer ett passande alternativ. Cirka 14 procent av befolkningen hade 2019 denna typ av försäkringsplan. Det är dock värt att notera att även dessa begränsade planer erbjuder en valfrihet bland vårdgivare som överstiger den som de flesta svenskar kan föreställa sig.⁴⁵

Valfriheten handlar inte bara om att minska de egna kostnaderna, utan omfattar även möjligheten till fler eller bättre tjänster. Den absoluta majoriteten av nederländska försäkringstagare, cirka 85 procent, har en försäkringsplan med tillägg utanför det obligatoriska utbudet. Tandvårdsförsäkring är vanligast, men många har även försäkring som täcker mer avancerad fysio-

44 Vektis, 2024

45 JEURISSEN, P. & MAARSE, H., 2021

terapi, glasögon eller preventivmedel. Centralt är att dessa tilläggsförsäkringar inte ger ökad tillgång till vård inom det obligatoriska utbudet.⁴⁶ Det är alltså inte så att socioekonomiskt starka individer får bättre eller ökad tillgång till vård. Tilläggsförsäkringarna regleras inte i sjukvårdsförsäringen utan erbjuds på en helt privat marknad, likt glasögon och tandvård i Sverige. I stället innebär försäkringarna att tjänster som de flesta svenskar idag betalar direkt ur fickan redan är täckta.

46 The Commonwealth Fund, 2020

En förändring av det svenska sjukvårdssystemet i linje med denna rapport innebär en stor sjukvårdsreform. Rapporten har som syfte att beskriva anledningarna till att en reform är nödvändig, vilka förändringar det skulle innebära och att översiktligt diskutera hur en svensk implementering skulle kunna se ut. En svensk implementering skulle dels ge stora konsekvenser på finansieringsdelen och innebära en stor skattereform, dels innebära att vårdens organisering förändras i grunden. En faktisk reform skulle kräva ett mycket omfattande utredningsarbete som berör fler aspekter.

KONSEKVENSER FÖR OLIKA VÅRDNIVÅER

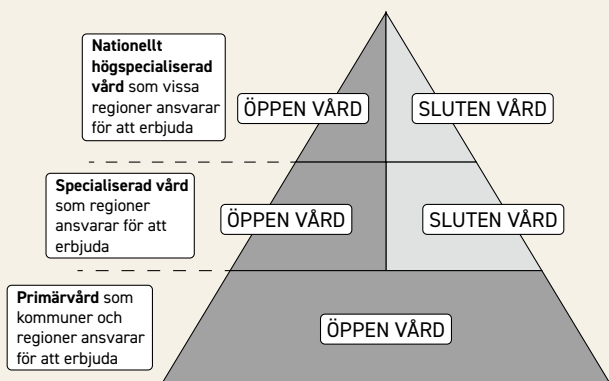
En sjukvårdsförsäkringsreform innebär att ansvaret för och organisering av vården förändras. Vilka konsekvenser detta ger är olika för olika vårdnivåer. Idag organiseras den svenska vården enkelt i tre nivåer: primärvård, specialiserad vård och högspecialiserad vård.

Primärvården bedrivs idag antingen av regionala eller privata utförare. Oavsett driftsform ersätts de likvärdigt av regionen de verkar i. Avtalsvillkor och ersättningsnivåer fastställs ensidigt genom politiskt

beslutsfattande i regionala nämnder. I ett reformerat system bedrivs primärvården av husläkare i stället för på vårdcentraler. Befintliga strukturer skulle troligen innebära att läkare samarbetar med varandra och driver vårdcentraler gemensamt som erbjuder ett utbud av tjänster. Dessa ersätts i det framtida systemet direkt av invånarnas försäkringsbolag. Troligen kommer ersättningen att vara relativt lik dagens, med en grund i kapitationersättning samt ett tillägg per besök. En stor skillnad är däremot att villkoren förhandlas mellan vårdgivare och försäkringsbolag. Inom den öppna specialistvården förekommer vårdval redan idag och en framtida försäkringsfinansieringen skulle innebära liknande förändringar som inom primärvården.

Den slutna specialistvården består av akut eller planerad vård som kräver vårdplats. Den bedrivs i stort sett enbart av offentliga utförare, med några undantag. Som tidigare redovisats är majoriteten av den slutna specialistvården idag anslagsfinansierad. Det skiljer sig kraftigt från ersättningsmodellen i försäkringsbaserade system, som ersätter enskilda aktörer inom slutenvården per åtgärd eller episod enligt avtal. Inom den slutna

Figur 5. Översikt över vårdnivåer i svensk sjukvård



Källa: Socialstyrelsen. Små utförares möjlighet att verka i primärvården. 2021, s 18.

specialistvården krävs en avancerad beredskap och infrastruktur. Staten och regionerna behöver kunna garantera sina invånare ett fast utbud av kritisk vårdkompetens. I försäkringsbaserade system garanteras detta genom att staten auktoriserar de fristående vårdgivare som tillåts erbjuda slutenvård samtidigt som patienterna får välja vilken av dessa vårdgivare de vill använda sig av. Konkurrensen i produktionsledet ökar genom större valfrihet för patienterna. Tillståndet för att bedriva vård kan dras in och försäkringsbolag kan sluta att teckna nya avtal om produktionen är för låg eller har för låg kvalitet. I en framtida modell övergår utförarna från att vara regioner till att drivas privat, troligen främst av icke-vinstdrivande aktörer.

Ersättningen skulle då förändras från att vara anslagsbaserad till att baseras på produktionen vid värdenheterna.

Den högspecialiserade vården är en liten del av den totala sjukvården och bedrivs i nära anslutning till akademien och internationell forskning. Vården i detta segment kräver enorma investeringar, långsiktig planering och multidisciplinärt samarbete, vilket gör kostnaderna höga för ett litet antal patienter. Den är därför inte lämplig att lägga ut på en dynamisk marknad med förhandlingsbara priser och lämpar sig inte särskilt väl för premiefinansiering. I den reformerade modellen förblir den högspecialiserade vården därför i stort undantagen förändringar, bortsett från ett ökat statligt ansvar. Finansieringen till denna del av sjukvården

går primärt genom arbetsgivaravgifter och skatter.

KONSEKVENSER FÖR FINANSIERING

Dagens svenska vårdfinansiering är huvudsakligen regionalskattebase-rad, kompletterad med viss statlig skattefinansiering och en mindre del egenfinansiering genom egenavgifter och privata försäkringar. En förändring av finansieringsmodellen skulle i praktiken innebära att regionerna förlorar sin centrala roll. Eftersom cirka 85 procent av regionernas budget går till hälso- och sjukvården. Utan denna uppgift är deras fortsatta existens svår-motiverad.

Förenklat innebär förändringen för den enskilde i stora drag att den regionskatt man idag betalar i stället används för att betala för en obligato-risk sjukvårdsförsäkring, dels genom direkta premiebetalningar, dels genom arbetsgivaravgifter. Nedan presente-ras översiktliga beräkningar av refor-

mens ekonomiska konsekvenser för en genomsnittlig invånare, där prislapp-pen bedöms förbli oförändrad. Viktigt att nämna är att skillnader mellan det svenska och nederländska samhället, exempelvis i form av högre arbetslös-het i Sverige, ger konsekvenser för beräkningar som inte har beaktats.

Sverige, dagens årliga prislapp per medianinkomsttagare⁴⁷

Summa: 53 800 kr

Regional skatte-finansiering: 42 000 kr
Tandvård: cirka 3 000 kr
Statlig skattefinansiering: 8 800 kr

Nederländerna, årlig prislapp per medianinkomsttagare⁴⁸

Summa: 58 100 kr

Premieavgift: 20 500 kr
Arbetsgivaravgift: 30 300 kr
Tandvårdsförsäkring: 2 800 kr
Statlig skattefinansiering: 4 500 kr

47 En svensk med medianinkomst, boende i en genomsnittlig region betalar 42 000 kr årligen till hälso- och sjukvården genom regionskatten (SCB, Ekonomifakta, egna beräkningar). Därutöver betalar en genomsnittlig svensk cirka 3 000 kr för tandvård (TLV, ekonomifakta, egna beräkningar). Med en medianinkomst och påföljande genomsnittliga statliga skatter går ytterligare 8 800 kr till hälso- och sjukvård genom riktade och statliga bidrag (Regeringen, Statskontoret, egna beräkningar). Patientavgifter är inte medräknade i den årliga prislappen.

48 En genomsnittlig premieavgift är cirka 20 500 kr årligen i Nederländerna. Arbetsgivaravgiften (AGA) för sjukvård är 6,68 procent och på en nederländsk medianinkomst om 454 000 kr (1 euro=11,6 kr) ger det kostnader om cirka 30 300 kr (CBS, egna beräkningar). Tandvårdskostnad är beräknad på genomsnittlig tilläggsförsäkring för tandvård. Cirka 4 500 kr läggs årligen på skattefinansiering av vissa delar av sjukvårdsförsäkring, däribland för unga och de med låg inkomst. Patientavgifter är inte medräknade.

Sverige, ny årlig prislapp per medianinkomsttagare⁴⁹

Summa: 54 800 kr

Premieavgift: 19 300 kr

Arbetsgivaravgift: 28 500 kr

Tandvårdsförsäkring: 2 800 kr

Statlig skattefinansiering: 4 200 kr

LÄRDOMAR/ALTERNATIV IMPLEMENTERING

Det nederländska systemet har många fördelar. Trots det finns vissa delar av systemet som bör undvikas i en svensk implementering. En svensk reform skulle innebära att man kan bygga upp ett system i stort sett från grunden.

I Nederländerna är den begränsade konkurrensen mellan försäkringsbolag ett återkommande ämne i debatten. Trots att det finns ett relativt stort antal bolag, domineras marknaden av fyra aktörer som tillsammans som tillsammans försäkrar 90 procent av befolkningen. En viktig grund för att konkurrens ska fungera är det överhängande hotet om att nya aktörer kan ta sig in på marknaden. Sedan reformen 2006 har endast två bolag eta-

blerat sig och de fyra huvudaktörerna dominerar allttjämt. För höga ingångsbarriärer i form av komplicerade regelverk och höga krav på kapital hindrar nya aktörer.⁵⁰ I en svensk reform är det av stor vikt att förutsättningar finns för välfungerande konkurrens. Det i sin tur bör leda till både produktivtets- och kvalitetsförbättringar, samt ökad kostnadskontroll.

Av politiska skäl är vinstdrivna sjukhus helt förbjudna i Nederländerna, medan husläkarna direkt får sin ersättning och ofta driver verksamheten genom egna bolag. I en framtida svensk sjukvårdsförsäkringsreform bör det utredas vilken driftsform som är lämplig för sjukhus. Det avgörande är troligen inte driftsform, utan vilka förändrade incitament en reform ger upphov till. Redan idag drivs ett av Sveriges bästa sjukhus, St. Görans, privat, samtidigt som det levererar effektiv vård av hög kvalitet för en billigare peng.⁵¹

49 Nederländerna och Sverige spenderar en likvärdig andel, cirka 11 procent av BNP, på hälso- och sjukvård och har en likvärdig BNP/capita. Eftersom nivån på patientavgifter är likvärdiga i Sverige och Nederländerna har dessa uteslutits ut beräkningarna. Nederländska procentsatser har därför kunnat överföras till svenska förhållanden för att åskådliggöra en schablonkostnad. Premieavgift baserad på 4,5 procent av en svensk medianinkomst. AGA-finansiering, 1,5 gånger större än premieavgiften (baserat på förhållande för nederländska medianinkomst) motsvarar 6,68 procent av en svensk medianinkomst. Skattefinansieringen beräknas på samma sätt som i det nederländska systemet.

50 JEURISSEN, P. & MAARSE, H., 2021

51 Dovstad, K., 2022

AVSLUTNING

Den svenska sjukvården är inte lika bra som den borde vara. Långa väntetider, regionala skillnader och en överbelastad primärvård är bara toppen av isberget. Organisationen är komplex och ineffektiv. Skattebetalarnas pengar mäktar inte med och byråkratin håller tillbaka sjukvården från att uppfylla mål och en jämlik och tillgänglig vård.

Dagens och framtidens utmaningar kräver att vi vågar tänka nytt. I stället för att fokusera på hur några miljarder kronor i statsbudgeten prioriteras krävs omfattande systemförändringar för att vården ska leverera det som förväntas av den. Torbjörns gråt om naturen vittnar om att tilliten till systemet brustit. Från fåtöljen i vardagsrummet, där han ofta blir sittande, tär ovissheten, smärtan, stillasittandet och tiden som bara går på honom. En man som betalat skatt hela sitt liv.

Nederländerna visar att det finns en annan väg. Genom att låta patienternas behov styra vården och skapa nya marknader förändras sjukvårdssystemet i grunden. Helt nya incitamentsstrukturer skapas. Makten över vården flyttas från politiker som beslutar om utbudet till invånare och patienters efterfrågan och behov. Patientcentrering, kontinuitet och tillgänglighet prioriteras, i kombination med effektivitet och hög kvalitet. Där finns inspiration för ett nytt svenskt system som kan leverera bättre resultat för alla.

Att reformera vården är ett stort steg. Men det är ett nödvändigt steg. Sverige behöver en sjukvård som lever upp till det samhällskontrakt vi betalar för – som gör att personer som Torbjörn aldrig behöver vänta två år på en operation.

REFERENSLISTA

- Enthoven, A. C., Theory and Practice of Managed Competition in Health Care Finance, Elsevier Science, Amsterdam, 1988, <https://www.sciencedirect.com/book/9780444703590/theory-and-practice-of-managed-competition-in-health-care-finance>
- European Commission (Directorate-General for Economic and Financial Affairs), Joint Report on Health Care and Long-Term Care Systems & Fiscal Sustainability – The Netherlands Health Care & Long-Term Care Systems, 2019, https://economy-finance.ec.europa.eu/document/download/9bdb91bc-b952-457a-840c-e0cc5e0ee8bc_en?filename=joint-report_nl_en.pdf&prefLang=sv
- Furmark, L. & Molin, R., Reformer för en tillgänglig, effektiv och innovativ hälso- och sjukvård, Svenskt Näringsliv, Stockholm, 2023, https://www.svensktnaringsliv.se/bilder_och_dokument/rapporter/qijiek_rapport_halso_och_sjukvard_webbpdf_1204885.html/Rapport_Halso_och_sjukvard_webb.pdf
- Jagrén, L. & Morin, A., PM om kostnadsindex, effektivitet m.m. i svensk vård, Svenskt Näringsliv, Stockholm, 2023, https://www.svensktnaringsliv.se/english/positionpapers/70vop_pm-final-kostnadsindex-effektivitet23-06-05pdf_1204766.html [hämtad 2024-10-31].
- Jeurissen, P. & Maarse, H., The Market Reform in Dutch Health Care: Results, Lessons and Prospects, European Observatory on Health Systems and Policies, Copenhagen, 2021, <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/348071/9789289051828-eng.pdf>
- Karolinska Institutet, Managed Competition, MeSH, 2024, <https://mesh.kib.ki.se/term/D018854/managed-competition> [hämtad 2024-10-31].
- Lakartidningen.se, Innovationssystem för framtidens sjukvård, 2019, <https://lakartidningen.se/klinik-och-vetenskap-1/artiklar-1/temaartikel/2019/11/innovationssystem-for-framtidens-sjukvard/>. [hämtad 2024-11-12]
- Lindgren, P., Ersättning i sjukvården – modeller, effekter och rekommendationer, SNS Förlag, Stockholm, 2014, https://sns.se/cdn.triggerfish.cloud/uploads/2020/02/ersattning_i_sjukvarden_web_o.pdf
- Lundberg, A., Vården, pinnar och pengapåsar – så styr pengarna i sjukvården, Sveriges läkarförbund, 2018, <https://slf.se/sylf/app/uploads/2018/06/21-23-ersattningssystem.pdf>
- Myndigheten för omsorg och vårdanalys, Vården ur befolkningens perspektiv – International Health Policy Survey (IHP) 2023, 2024, https://www.varदानalysis.se/wp-content/uploads/2024/03/PM-2024-3-VaprocentCCprocent8Arden-ur-befolkningens-perspektiv-IHP-2023_v2.pdf

- Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, Nationell uppföljning av hälso- och sjukvården 2022, 2022, <https://www.vardanalys.se/rapporter/nationell-uppfoljning-av-halso-och-sjukvarden-2022/>
- OECD, Health at a Glance, 2023, https://www.oecd.org/en/publications/health-at-a-glance_2023_7a7afb35-en.html [hämtad 2024-10-31].
- OECD, The Future of Primary Care, Interim Report and Next Steps, 2017, <https://www.oecd.org/health/the-future-of-primary-care-9789264309467-en.htm> [hämtad 2024-10-31].
- OECD/European Observatory on Health Systems and Policies, Sverige: Landprofil hälsa 2023, OECD Publishing, Paris, 2024, <https://www.oecd-ilibrary.org/docserver/7a6a9fc5-sv.pdf?expires=1714397156&cid=id&accname=guest&checksum=79E27891C40ACF35FA4358373B229073> [hämtad 2024-10-31].
- RAND Corporation, Health Insurance Experiment, <https://www.rand.org/health-care/projects/hie.html> [hämtad 2024-10-31].
- Regeringens proposition 2019/20:164, Inriktningen för en nära och tillgänglig vård – en primärvårdsreform, Socialdepartementet, Stockholm, 2019.
- Rehnberg, C., Vem vårdar bäst? En ESO-rapport om svensk sjukhusvård i ett jämförande perspektiv, Rapport till Expertgruppen för studier i offentlig ekonomi 2019:8, 2019, https://www.regeringen.se/490b8f/contentassets/a2020/evo139_13_lagskt_reformagastot_halsa.pdf
- Riksrevisionen, I väntan på vård – ineffektiv statlig styrning för kortare köer, RiR 2023:12, <https://www.riksrevisionen.se/rapporter/granskingsrapporter/2023/i-vantan-pa-vard---ineffektiv-statlig-styrning-for-kortare-koer.html>
- SCB, Hälsoräkenskaper 2022, Statistiska Centralbyrån, <https://www.scb.se/hitta-statistik/statistik-efter-amne/nationalrakenskaper/nationalrakenskaper/halsorakenskaper/pong/statistiknyhet/halsorakenskaper-2022/> [hämtad 2024-10-31].
- Scott, D., The Netherlands has universal health insurance – and it’s all private, Vox, 2020, <https://www.vox.com/policy-and-politics/2020/1/17/21046874/netherlands-universal-health-insurance-private> [hämtad 2024-10-31].
- Socialstyrelsen, Möjligheter och hinder för innovation i vård och omsorg, 2019, <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/kunskapsstod/bilagamojligheter-och-hinder-for-innovation-i-vard-och-omsorg.pdf>.
- Socialstyrelsen, Tillgänglighet i hälso- och sjukvården, 2018, <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2018-2-16.pdf>.
- Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU), Patientupplevelser i svensk sjukvård, 2021, <https://www.sbu.se/pubreader/pdfview/display/68109?browserprint=1>

- Sundhedsdatastyrelsen, Produktivitet i sygehussektoren, 2021, <https://sundhedsdatastyrelsen.dk/da/find-tal-og-analyser/tal-og-analyser/sundhedsvaesenet/produktivitet-i-sygehussektoren>. [hämtad 2024-11-18]
- Sveriges Kommuner och Regioner, Utökad uppföljning av specialiserad vård, <https://www.skr.se/vantetiderivarden/vantetidsstatistik/utokaduppfoljningavspecialiseradvard> [hämtad 2024-10-31].
- Sveriges Kommuner och Regioner, Vi måste förhålla oss till demografins verklighet, SKR, <https://www.skr.se/skr/tjanster/bloggarfranskr/vardbloggen/artiklar/vimasteforhallaosstilledemografinsverklighet> [hämtad 2024-10-31].
- Sveriges Radio, Sjukvården väljarnas viktigaste fråga, 2024, <https://sverigesradio.se/artikel/sjukvarden-valjarnas-viktigaste-fraga> [hämtad 2024-10-31].
- Sveriges Television, Torbjörn Lindqvist i Umeå har väntat två år på knäoperation: ”Smärtsamt”. 2023 <https://www.svt.se/nyheter/lokalt/vasterbotten/lang-vantan-for-torbjorn-lindqvist-i-umea-pa-nytt-kna> [hämtad 2024-09-13]
- The Commonwealth Fund, International Health Care System Profiles: Netherlands, 2020, <https://www.commonwealthfund.org/international-health-policy-center/countries/netherlands> [hämtad 2024-10-31].
- The Commonwealth Fund, Mirror, Mirror 2024: A Portrait of the Failing U.S. Health System: Comparing Performance in 10 Nations, 2024, <https://www.commonwealthfund.org/publications/fund-reports/2024/sep/mirror-mirror-2024> [hämtad 2024-12-05]
- Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket (TLV), Uppföljning av tandvårdsmarknaden mellan 2019 och 2022, 2023, https://www.tlv.se/download/18.4dde4fad18affbdfb2978b76/1697183469025/uppfoljning_av_tandvardsmarknaden_mellan_2019_och_2022_dnr_2970-2023.pdf.
- Vektis, Zorgthermometer Verzekerden in Beeld 2024, 2024, <https://www.vektis.nl/uploads/Publicaties/Zorgthermometer/Zorgthermometer%20Verzekerden%20in%20Beeld%202024.pdf>.
- Vårdföretagarna, Vinstfrågan & sjukvårdsopinionen – En opinionsundersökning för Vårdföretagarna bland sjukvårdsorienterade väljare, 2022, <https://www.vardforetagarna.se/2022/06/ipsos-opinionsmatning/>

Timbro är Nordens främsta marknadsliberala tankesmedja. Sedan starten 1978 är uppdraget att långsiktigt bilda opinion för marknadsekonomi, fri företagsamhet, individuell frihet och ett öppet samhälle.