



FRÅN VÅRDSYSTEM TILL HÄLSO- BRANSCH

Hur friare finansiering kan ge nya
tjänster i vård och omsorg

Carl Elfgren

FRÅN VÅRDSYSTEM TILL HÄLSO- BRANSCH

Hur friare finansiering kan ge nya
tjänster i vård och omsorg

Carl Elfgren

© Carl Elfgren och Timbro 2010

Formgivning: Helena Ullstrand

Tryck: Vulkan 2010, www.vulkan.se

ISBN 978-91-7566-731-7

www.timbro.se

info@timbro.se

Innehåll

| | |
|--|----|
| Förord | 7 |
| Syfte och upplägg | 11 |
| Bakgrund och utgångspunkter | 15 |
| Utvecklingsbehov och utmaningar | 20 |
| Tjänsteutveckling | 30 |
| Framtidens sjukvård – en ny tillväxtbransch? | 39 |
| Nya möjligheter för tjänsteutveckling, några exempel | 41 |
| Nya tjänster kräver nytt fokus – och nya drivkrafter | 62 |
| Referenser | 66 |
| Bilaga: Nya hälso- och sjukvårdstjänster | 69 |

Förord

Välfärdsstater reformeras bara om förändringar verkligen är nödvändiga. I synnerhet gäller det den svenska välfärdsstaten. 1990-talets retoriska entusiasm för pensionsreformen var begränsad, i alla fall just när förändringarna skedde. Men den dåvarande ekonomiska krisen gjorde reformer akut nödvändiga.

Kanske blir det en dag på samma sätt med reformeringen av välfärdstjänsternas finansiering?

Vägen dit kantas dock av debatt och samtal. Innan en avgörande kris föreligger – det offentliga har inte längre råd – krävs samtal om viktiga värden med olika reformer, och vilka strategier och lösningar som bäst kan främja dem. Då har de ansvariga i ett snabbt uppkommet reformläge något att utgå från. Pensionssystemets förändringar utreddes och debatterades under mycket lång tid i politiken och samhället i stort innan de genomfördes. Den mentala manegen krattades.

För ett gott och fruktbart samtal om värden, strategier och lösningar behövs andra perspektiv än bara "måsten". En analys av

de långsiktiga fördelarna med olika möjliga lösningar stärker grunden för besluten – ett ”borde-perspektiv”.

Vi vet redan ganska mycket om ”måste-perspektivet”, alltså de rent ekonomiska skälen när det gäller framtidens finansiering av vård och omsorg, bland annat genom *Långtidsutredningen 2008* och Per Borgs *ESO-rapport 2009*. Deras slutsatser är viktiga och förtjänar ständigt att upprepas, inte minst eftersom de politiska partierna inte vill låtsas om dem.

I denna skrift får ”borde-perspektivet” komma till tals. Mer privat finansiering av vård och omsorg ger möjligheter till utveckling av nya och bättre tjänster som kan komma alla till del i form av en bättre fungerande vård, och i förlängningen bättre hälsa.

Med egna resonemang och exempel från andra länder pekar författaren på de goda tillskotten i form av nya pengar till framtidens välfärd – och på det goda med att dessa pengar är just privata, d v s inte kanaliserade via skatter och offentliga byråkratier.

Det är min förhoppning av skriften ska förmedla nya insikter till alla som förstått att något måste göras, men som skulle vilja att förändringarna har ett värde i sig.

Skriften har författats av Carl Elfgren, med bakgrund i politiskt arbete i Regeringskansliet och som konsult med bland annat

tjänsteutveckling som specialitet. I dag är han verksam som strategi- och managementkonsult i det egna företaget Revenue Consulting.

Stockholm i januari 2010

Thomas Idergard

Programansvarig, Valfärd & reformstrategi, Timbro

Syfte och upplägg

I diskussionen om den framtida finansieringen av vård och omsorg dominerar det ekonomiska perspektivet med fokus på att det offentliga finansieringsutrymmet för framtidens vård- och omsorgsbehov är begränsat. Ett ökat inslag av privat finansiering – till exempel genom försäkringar – beskrivs främst som ett sätt att hantera de påfrestningar som vård- och omsorgssektorn ställs inför i framtiden.

Det finns emellertid ett annat perspektiv som förtjänar att lyftas fram i debatten. Det handlar om innovation och utveckling av tjänster inom vård och omsorg. Skulle ökade privata inslag i finansiering av vård och omsorg stimulera utvecklingen av nya och bättre tjänster? Har sjukvården här något att lära av andra branscher? Finns det exempel från andra länder där utvecklingen av tjänster kommit längre?

Syftet med boken är att visa hur ökade privata inslag i finansieringen av svensk sjukvård och äldreomsorg kan bidra till, och till och med vara en förutsättning, för utveckling av nya tjänster som bidrar till patienternas / kundernas hälsa och välbefinnande,

och till minskad frånvaro i arbetslivet.

Även om möjligheterna till tjänsteutveckling naturligtvis delvis styrs av hur finansieringssystemet utformas, är syftet med boken inte att lägga fram sådana förslag. Snarare är det att skissera vilka möjligheter som skulle öppna sig om en ökad andel privat finansiering tilläts. Även den medicinsk-tekniska utvecklingen ligger utanför bokens avgränsningar.

Till grund för resonemangen ligger dock det faktum att den allt snabbare utvecklingen av diagnoser, behandlingsmetoder och läkemedel ger individen hittills oanade möjligheter till hälsa och livskvalitet, samtidigt som den ställer det befintliga produktions- och finansieringssystemet inför utmanande frågor om hur resurserna ska räcka, vad de ska användas till och vem som ska få del av dem.

Boken inleds med en problembeskrivning som tar fasta på situationen i svensk vård och omsorg, hur den kan komma att utvecklas och vilka utmaningar denna utveckling skapar. Problem och utmaningar är relativt väl beskrivna i olika rapporter och utredningar som publicerats under senare år. Denna del innehåller också en analys av behovet av tjänsteutveckling inom vård och omsorg i Sverige i dag och på fem till tio års sikt.

Bokens andra del innehåller en mer teoretisk ansats kring tjänsteutveckling, och några grundläggande principer för innovation

och utveckling. Den bärande idén i detta avsnitt är att det svenska sjukvårdssystemet på sikt kan utvecklas till en kommersiellt framgångsrik hälsobransch som – förutom att erbjuda invånarna världsledande sjuk- och hälsovård – också kan bli nästa exportframgång med stor betydelse för den ekonomiska tillväxten och tillkomsten av nya arbeten.

Marknadslösningar har helt eller delvis tagit över på många viktiga marknader för infrastruktur och transporttjänster, till exempel el, tele, post, järnvägar, taxi och flyg. Den moderna staten har lärt sig tygla, eller rättare sagt utnyttja, marknadskrafterna på dessa områden. Som en följd av detta har, med några få undantag, servicenivån och tjänsteutbudet exploderat samtidigt som kostnaderna fallit. En utgångspunkt är att erfarenheterna från några av dessa avregleringar är värda att ta tillvara även för hälso- och sjukvården.

Den tredje och sista delen presenterar några exempel på framgångsrik utveckling av nya tjänster inom hälso- och sjukvården och hur tjänsteinnovation kan skapa ökat värde för användaren. När det gäller hälso- och sjukvården har särskild uppmärksamhet riktats mot Nederländerna, som sedan 2006 genomför en mycket spännande omvandling av systemet för sjukvårdsfinansiering. Erfarenheterna från Nederländerna har knappast fått någon bredare uppmärksamhet i den svenska debatten om sjukvårdens framtid och finansiering, trots att de i hög grad är relevanta för svenskt vidkommande.

Till grund för denna bok ligger dels studier av relevant litteratur och publicerade rapporter på området, dels bakgrundssamtal och intervjuer med ett femtontal experter och aktörer inom sjukvård, omsorg och finansiering i Sverige och Nederländerna.

Bakgrund och utgångspunkter

Vård- och omsorgssektorn står i centrum för den politiska debatten. Det är inte konstigt, givet sektorns storlek och betydelse, både som leverantör av välfärdstjänster och som arbetsgivare.

Vård och omsorgssektorn sysselsätter cirka 665 000 personer. Enligt Statistiska Centralbyrån uppgick de totala kostnaderna för hälso- och sjukvård år 2005 till cirka 220 miljarder kronor. Kostnaderna för den kommunala äldreomsorgen, omsorgen om funktionshindrade samt individ- och familjeomsorgen uppgick samtidigt till cirka 150 miljarder kronor. Vi talar alltså om den största branschen inom den svenska tjänstesektorn.

Av de 665 000 medarbetarna är cirka 85 procent anställda hos offentliga vårdgivare. Av Sveriges cirka 27 000 läkare återfinns cirka 7 procent inom den privata vården. Runt 90 procent av de totala vård- och omsorgskostnaderna finansieras via skatter. Undantagen är egenavgifter, som enbart står för några få procent av finansieringen, samt tandvård och läkemedel för vilka hushållen betalar ungefär 20 miljarder kronor per år.

Under de senaste cirka femton åren har en privat vård- och omsorgsbransch vuxit fram i Sverige. Det har främst skett genom att kommuner och landsting öppnat möjligheter för privata aktörer att, inom ramen för den offentliga vården, producera vård- och omsorgstjänster. Det ökade inslaget av privat produktion har främst skett genom att företag tagit över verksamhet som tidigare drivits i offentlig regi, eller att landstinget eller kommunen låtit privata aktörer lägga anbud på driften av vissa verksamheter.

Den privata vårdbranschen har vuxit avsevärt sedan 1990-talet, både i omsättning och i antal företag. 2008 fanns det 12 600 privata vårdföretag. Branschen är starkt fragmenterad med ett litet antal stora aktörer och ett stort antal småföretag. Ungefär 90 procent var så kallade mikroföretag med mellan en och nio anställda. Enligt statistik från Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) skedde 29 procent av alla läkarbesök 2008 hos privata vårdgivare.

Till detta ska läggas ett ökande intresse för privata sjukvårdsförsäkringar, som ju är exempel på ett inslag av privat finansiering i hälso- och sjukvården. Enligt Försäkringsförbundet hade ungefär 359 000 personer en sådan försäkring 2007, vilket innebär att antalet försäkrade hade ökat med 250 procent under 2000-talet. Av dessa var drygt åtta av tio, 84 procent, försäkrade via sin arbetsgivare. Det främsta motivet för att teckna privata sjukvårdsförsäkringar är ökad tillgänglighet. Genom att försäkra

sina medarbetare kan arbetsgivaren minska kostnaderna för den sjukfrånvaro som orsakades på grund av långa väntetider i sjukvården.

Framväxten av en privat vårdbransch i Sverige har inneburit en positiv utveckling för vård- och omsorgssektorn. Konkurrensutsättningen möjliggör en ökad genomlysning av produktiviteten även i den offentligt drivna vården. På många håll har nya aktörer lyckats höja både produktivitet och kvalitet. Mångfalden av nya utförare har också drivit fram organisatoriska innovationer och nya arbetsformer som ökat produktiviteten, förbättrat resursutnyttjandet och, inte minst, drivit fram nytt ledarskap. Detta är mycket positivt.

Likaså har ökat inslag av privata vårdgivare ökat valfriheten för patienten/användaren. Detta gäller främst inom omsorgssektorn. Sedan den 1 januari 2009 gäller LOV, lagen om valfrihetssystem, som ger kommunerna möjlighet, men inte skyldighet, att införa kundvals-system i äldreomsorgen.

LOV innehåller regler för vad som ska gälla för de kommuner och landsting som vill konkurrensutsätta kommunal- och landstingsverksamhet genom att överlåta valet av utförare av stöd-, vård- och omsorgstjänster till brukaren eller patienten. Valfrihetssystem är tänkta att fungera som alternativ till upphandling enligt lagen om offentlig upphandling, LOU. Alla vårdgivare som uppfyller de uppställda kraven får delta i valfrihetssystemet.

met. 177 kommuner har ansökt om de stimulansbidrag som Socialstyrelsen fördelar för att införa eller utveckla befintliga valfrihetssystem. I 29 av dessa kommuner finns redan någon form av valfrihetssystem.

Hypotesen för denna rapport är att kundernas möjligheter att påverka tjänsternas utformning inom ramen för ett nästan fullt ut skattefinansierat system kommer att vara begränsade trots de positiva förändringar som genomförts de senaste åren i form av bland annat LOV, eller det nationella kundvalssystem som 2010 kommer att införas för primärvården.

På längre sikt kommer de snarare att minska ännu mer, allteftersom demografi och medicinska framsteg ytterligare ökar kostnadspressen på ett redan ansträngt system. Det kommer sannolikt att innebära än hårdare krav på rationalisering och prioritering, eftersom få eller ingen är beredda att markant höja skatterna för att tillgodose ökande vårdbehov.

Utgångspunkten för rapporten är att Sverige kan välja en annan väg för framtidens finansiering av vård och omsorg. Det är en väg som innebär att den som konsumerar vård- och omsorgstjänsterna ges ökad makt på bekostnad av politiska och administrativa beslutsfattare.

En av grundförutsättningarna är att kunden (patienten) får en ny roll. I dag kallas kunden ofta brukare eller patient, termer som

uttrycker passivitet, och individen har i många fall endast ett marginellt inflytande över sin vård eller omsorg och de resurser som hon betalar via skattsedeln. Kundbegreppet är kontroversiellt i vårddebatten. Självklart finns det många situationer då kunden av naturliga skäl har en svag ställning, det gäller till exempel för den som är mycket sjuk. Samtidigt har många av sjukvårdens problem sin orsak i att de ställföreträdande kunderna fått stort inflytande på de egentliga kundernas bekostnad. I texten väljer jag därför oftast att använda begreppet kund i stället för de mer passiva termerna patient och brukare.

Utvecklingsbehov och utmaningar

Varför är frågan om sjukvårdens finansiering viktig?

Svensk sjukvård hävdar sig i många avseenden väl vid en internationell jämförelse, i meningen att den kostar relativt lite i förhållande till de medicinska resultat som levereras. 2004 motsvarade sjukvårdskostnaderna i Sverige 9,1 procent av BNP, vilket ungefär motsvarar genomsnittet bland OECD-länder. Sverige har en stark position, både som producent av kvalificerade sjukvårdstjänster och i fråga om ett antal hälsoindikatorer, till exempel medellivslängd, spädbarnsdödlighet och förekomsten av olika cancerdiagnoser.

Samtidigt är det tydligt att svensk vård och omsorg har problem. Det kanske tydligaste problemet är tillgängligheten, som främst kommer till uttryck i form av långa väntetider.

Landstingens vårdgaranti innebär att man ska komma i kontakt med sjukvården första dagen, inom sju dagar få träffa en allmänläkare, inom 90 dagar få besöka en specialist och inom ytterligare 90 dagar få behandling. Garantin innebär alltså i praktiken att man ska kunna få vård inom sex månader.

Health Consumer Powerhouse pekar i sin rapport *European health consumer index 2009* på de långa väntetiderna som ett stort och växande problem i den svenska sjukvården. Undersökningen rankar 33 nationella sjukvårdssystem i Europa utifrån 38 indikatorer inom sex olika nyckelområden: Patienträttigheter och information, E-hälsa, väntetider, behandlingsresultat, vårdåtgärdens omfattning och tillgång till läkemedel.

Indexet rankar Sverige på en niondeplats totalt – en tillbakagång från plats nummer fem i föregående års rapport. Den svenska sjukvårdens styrkor är enligt undersökningen hög teknisk kvalitet i vården och konsekvent goda hälsoresultat hos den svenska befolkningen. De senare förklaras med andra faktorer än sjukvårdens användarvänlighet, till exempel demografi, kostnader, livsstil och levnadsvillkor i övrigt.

Däremot får det svenska systemet svidande kritik när det gäller tillgänglighet och patientens ställning. Olika politiska åtgärder som ska hjälpa landstingen korta väntetiderna har enligt rapporten inte på något avgörande sätt lyckats komma till rätta med problemet.

”Kvaliteten består, men det gör tyvärr även den usla svenska tillgängligheten. 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.

Nederländerna, som i den här analysen framstår som en föregångare inom konsumentvänlig sjukvård, toppade för andra gången i rad indexet, följt av Danmark och Island. I rapporten konstateras att den nederländska sjukvårdsreformen har satt sjukvårdskonsumenten i högsätet och gett henne en strategisk roll i sjukvårdssystemet, på ett helt annat sätt än de mer centralplanerade sjukvårdssystemen som det svenska eller brittiska National Health Service, NHS.

För att minska problemet med långa väntetider presenterade regeringen hösten 2008 den så kallade kömiljarden, som förenklat uttryckt innebär att landsting som lyckas korta vårdköerna får extra resurser av staten, totalt en miljard kronor. Resultatet av satsningen på kömiljarden är hittills att köerna kortats i flera landsting och att antalet personer som får vänta längre på behandling än vad den nationella vårdgarantin utlovar, har halverats. Samtidigt kan man konstatera att det är tydligt att ekonomiska incitament fungerar även i sjukvården. Frågan är dock om problemet med långa vårdköer kan lösas enbart genom att det existerande systemet tillförs ökande resurser. I längden är det sannolikt nödvändigt med mer omfattande reformer. Resultaten från *European health consumer index* tycks bekräfta detta.

Rapporten konstaterade redan 2008 att länder som har valt pluralistiska finansieringssystem (där en rad olika instanser, såväl privata som offentliga, står för finansieringen av hälso- och sjukvården) systematiskt rankas högre ur konsumentperspektiv

än system (till exempel de nordiska, eller brittiska NHS) med uteslutande offentlig finansiering.

Stora sjukvårdssystem med finansieringsmonopol tycks ha svårt att på allvar skapa värde för kunderna. Man kan diskutera orsakerna till det. Två skäl som nämns i rapporten, och som säkert är relevanta för Sverige, är dels att de offentligt finansierade systemen inte lyckas skapa den dynamik och det ledarskap som krävs för att tjänsteproduktionen ska bli kundorienterad, dels att lojaliteten hos vårdsystemets olika aktörer snarare ligger hos de så kallade ställföreträdande kunderna, politikerna, än hos användarna, alltså vårdkonsumenterna.

Mycket tyder på att detta är ett grundproblem i det svenska vård- och omsorgssystemet. Så länge produktion och finansiering inte skiljs åt (oavsett graden av privat kontra offentlig finansiering) kommer politikens ställning att vara mycket stark – på patienternas bekostnad. Eftersom de politiska beslutsfattarna som har makten över finansieringen också "äger" produktionssystemet, tenderar de att försvara produktionens snarare än patienternas intressen.

Ett huvudproblem i dagens system är att rollerna finansiär och vårdgivare inte är skilda åt. Även om det finns privata inslag i vården, och allt fler tjänster upphandlas av privata aktörer, är landstingen både huvudsaklig finansiär och producent av vården. Därför saknas en dynamik i samspelet mellan produk-

tion och finansiering, och konkurrens om kundernas resurser som skulle kunna motivera vårdgivare och andra aktörer att utveckla nya tjänster.

Kunden har alltså ett begränsat inflytande över frågan om valet av finansiär och vårdgivare. Tvärtom menar Paula Blomkvist i SNS-rapporten *Vem styr vården?* att de tre viktigaste grupperna som styr vården i dag är landstingspolitikerna, tjänstemännen i sjukvårdsbyråkratin och läkarna, den så kallade professionen. Det är betecknande att patienterna/kunderna inte ens nämns, med undantag för patientföreningar som ofta betraktas som särintressen.

Detta avspeglas också i diskussionen om bemötandet i hälso- och sjukvården. Mellan 2000 och 2007 ökade antalet ärenden hos patientnämnden som gäller "bemötande, kommunikation, information" med 41 procent – från 2 591 till 3 644. Enligt Socialstyrelsens *Hälso- och sjukvårdsrapport 2009* beror detta främst på att vården inte är patientfokuserad, utan domineras av ett "funktions- och verksamhetspecifikt perspektiv".

Det är tydligt att dagens och morgondagens kunder/patienter i ökad utsträckning kommer att efterfråga samma personliga service och kundorienterade synsätt från sjukvården som från andra tjänsteleverantörer. Samtidigt är det tydligt att sjukvården alltfjämt styrs av det industriella tänkesätt som var dominerande även i näringslivet när de europeiska välfärdsstaterna byggdes upp under 1900-talet.

Vad driver efterfrågan på vård och omsorg?

Efterfrågan på vård- och omsorgstjänster drivs i huvudsak av tre faktorer; demografi, medicinsk utveckling och befolkningens levnadsstandard.

Liksom flertalet andra utvecklade industriländer har Sverige en åldrande befolkning. En mycket stor del av vård- och omsorgssystemets resurser används för att tillfredsställa behov hos den äldre delen av befolkningen. De 20 procent som är över 65 år använder ungefär 40 procent av de samlade resurserna för vård och omsorg. Inom de närmaste åren kommer deras andel av befolkningen att stiga med ett antal procentenheter, samtidigt som deras andel av vårdkostnaderna ökar dubbelt så snabbt.

Den medicinska utvecklingen är snabb. Diagnoser och behandlingar som för bara något eller några decennier sedan tedde sig otänkbara är i dag vardagsmat. Inom läkemedel och medicinsk teknik är innovationsgraden mycket hög, till skillnad från den offentligt drivna och finansierade vården. Det betyder att patienterna kommer att efterfråga nya behandlingsformer och nya läkemedel i framtiden, vilket ytterligare driver kostnaderna. Nya behandlingsformer som tithålskirurgi och ballongutvidgning av kranskärl ger nya möjligheter, liksom nya behandlingsformer mot till exempel cancer samt hjärt- och kärlsjukdomar som gör att allt fler kan leva allt längre – ibland med stora vårdbehov som följd.

Till detta ska läggas en allt högre levnadsstandard till följd av den ekonomiska tillväxten. Varför skulle människor inte önska sig högre standard i sjukvården eller omsorgen när levnadsnivån ökar på andra områden? Människor värderar hälsa högt och det är självklart att man kommer att vilja konsumera mer och bättre vård när inkomsterna ökar.

En högre utbildningsnivå i befolkningen har tillsammans med informationsteknikens utveckling gjort patienterna mer välinformerade än någonsin tidigare. Det förekommer ibland att patienten är minst lika välinformerad som läkaren, och kan ställa krav på ett helt annat sätt än tidigare generationers patienter. Det säger sig självt att dessa faktorer bidrar till att driva på efterfrågan på vård- och omsorgstjänster.

Kommer då den offentligt finansierade sjukvården och omsorgen att kunna svara upp mot denna snabbt ökande efterfrågan?

Nej, inte om man får tro SKL, som i rapporten *Hälso- och sjukvården till 2030* räknar med att hälso- och sjukvården fram till år 2030 behöver öka sina resurser med cirka 50 procent beroende på den demografiska utvecklingen och den medicinska utvecklingen. Beräkningen gäller under förutsättning att de senaste årtiondenas produktivitetsutveckling håller i sig och att standarden är oförändrad, vilket kan ifrågasättas eftersom levnadsstandarden i övrigt lär öka fram till 2030.

Om SKL:s beräkningar stämmer innebär det att sjukvården och äldreomsorgen 2030 kommer att behöva resurser utöver det offentliga resursutrymmet som motsvarar 3 procent av BNP – vilket betyder någonstans mellan 90 och 120 miljarder kr per år beroende på hur den ekonomiska tillväxten utvecklas fram till 2030.

Ett sätt är att ytterligare förbättra produktiviteten i sjukvården, alltså att man får mer vård för samma pengar. Produktiviteten i vården stiger till exempel med ny teknikutveckling och nya läkemedel som möjliggör kortare vårdtider, eller som helt tar bort behovet av sjukhusvård. Genom att introducera nya koncept och arbetsmetoder har privata vårdgivare på sina håll kunnat göra mycket stora produktivitetsförbättringar.

Den här rapporten syftar inte till att undersöka potentialen för produktivitetsökningar i sjukvårdssystemet. Men man kan konstatera att det finns en del att göra på området, men att det knappast är tillräckligt för att lösa de långsiktiga finansieringsproblemen.

Ett annat sätt skulle kunna vara höjda skatter. Frågan är dock om det kommer att finnas någon regering som fram till 2030 är beredd att höja skattetrycket med motsvarande 3 procent av BNP för att finansiera en i stort sett oförändrad standard inom sjukvården.

Om man vill behålla både ett oförändrat skattetryck och ett fullt

ut skattefinansierat vård- och omsorgssystem är alternativet ännu hårdare ransonering. Den diskussion som i dag förs om prioriteringar i vården kommer att bli långt mer intensiv. Vad ska ingå i det offentliga åtagandet? Vem ska få vård, och för vad? Hur långa vårdköer kommer patienterna att behöva acceptera?

Så länge det verkar råda partipolitisk enighet om att både behålla den offentliga finansieringen av vården och att inte markant höja skatterna, måste dessa frågor upp på bordet i diskussionen om vård och omsorg.

Antalet äldre kommer att sätta ökad press på omsorgssektorn. Visserligen kommer många av dem att vara friskare än dagens pensionärer, men de samlade vårdbehoven bedöms ändå öka dramatiskt. Får vi då en äldreomsorg som påminner mer om förvård och mindre om omsorg, där den personliga omvårdnaden och "guldkanten" i tillvaron ersätts av vad som närmast skulle kunna liknas vid fattigvård?

Sverige riskerar således att bli ett allt rikare land med allt rikare medborgare och en allt fattigare sjukvårdssektor. I takt med stigande inkomster kommer medborgarna att efterfråga mer avancerade vård- och omsorgstjänster, men hindras av en planeekonomisk, landstingsstyrd modell där resurser tilldelas efter kötid. För en relativt liten (men växande) minoritet finns möjligheten att via försäkringar eller direktbetalning komma i åtnjutande av snabbare vård och fler tjänster.

Det är paradoxalt eftersom det främsta argumentet för att behålla det offentliga monopolet för finansieringen av vård och omsorg är just solidaritet och jämlikhet. Vård efter behov, inte efter plånbok, säger förespråkarna för fortsatt offentligt finansieringsmonopol. Ett annat försvar går ut på att ett utbudsstyrt och i praktiken ransonerat hälsovårdssystem håller kostnaderna nere, och att ökad marknadsstyrning leder till överkonsumtion av vård- och omsorgstjänster.

Tvärtom finns det mycket som tyder på att det offentligt finansierade vårdssystemet leder till underkonsumtion av vård. Den politiska planeringsprocessen kan inte förutse alla medborgarnas behov av vård och omsorg. Man vill hålla nere kostnaderna för behandlingar som det kan finnas betalningsvilja för i ett mer marknadsorienterat system. Enligt statistik från OECD har Sverige det lägsta antalet vårdplatser per 1 000 invånare i hela västvärlden. Är detta ett resultat av överlägsen effektivitet hos den svenska vården eller kan det bero på att det finns efterfrågan på vårdtjänster, som inte är tillfredsställd?

Tjänsteutveckling

30 Företagande handlar om att skapa värde för kunderna. En verksamhet som lever i konkurrens och som kan påverka intäkter och kostnader tvingas vara innovativ, annars kommer den att tvingas upphöra. Nyttan av detta blir – på en väl fungerande marknad – fallande priser och ständigt bättre erbjudanden. Innovationer som ger bättre lösningar på kundernas problem sprids på marknaden.

Detta är grunden till all produkt- och tjänsteutveckling. Bilden är tydlig i många branscher, som datorer och IT, telekommunikation, bilar och dagligvaror.

Traditionellt har produktionen av varor, och i stor utsträckning även tjänster, organiserats som en så kallad värdekedja. I kedjans länkar adderar olika aktörer värde till slutprodukten innan kunden konsumerar den, och "förstör" därmed värdet. I den modellen är gränsen skarp mellan producent och konsument, och konsumenten är inte mycket mer än en passiv mottagare av värde. Eftersom produktionen ofta är sofistikerad och komplex riktas all uppmärksamhet mot produktionsprocessen, och relativt lite

åt kunden, hennes behov och hur produkten används till nytta och glädje för kunden och hennes "kunder".

Det är snart trettio år sedan Harvardekonomen Michael Porter lanserade värdekedjan som begrepp. Sedan dess har teknisk utveckling, avregleringar och globalisering ställt mycket på huvudet. I dag sker en växande del av värdeskapandet i ekonomin enligt andra principer. Gränsen mellan kund och leverantör är inte längre tydlig. Nya exempel är interaktiva erbjudanden på Internet, som YouTube och Facebook, men fenomenet är inte nytt. Det kanske mest etablerade exemplet är Ikea, som lett omvandlingen av möbelmarknaden genom att engagera kunden i produktionen, kunden som ju själv får transportera hem de platta paketen från varuhuset och montera möblerna i hemmet.

DENNA "NYA" EKONOMI KÄNNETECKNAS AV ETT ALLT STÖRRE TJÄNSTEINNEHÅLL:

- * Fokus flyttas från produkten till hur den används av kunden.
- * Man måste förstå kunden, men också "kundens kund".
- * Kunden engageras mycket tydligare i värdeskapandet – "samproduktion".

Även inom vård- och omsorgsområdet finns denna utveckling. I dag är relationen mellan läkare och patient annorlunda än förr. I takt med att patienten blivit mer välinformerad och ifrågasättande har läkarens roll i många fall successivt förändrats från auktoritet till mer jämbördig expert.

När det gäller riktigt svåra tillstånd, och mycket gamla människor, är patientens roll naturligtvis fortfarande i mångt och mycket passiv. Samtidigt blir det allt vanligare att patienten själv har en viktig roll i vårdarbetet. Hon kan göra förändringar i sin livsstil som verkar förebyggande eller förhindrar att ett sjukdomstillstånd förvärras. Allt fler behandlingar genomförs också med patientens aktiva medverkan, exempelvis gör ett växande antal njursjuka så kallad självdialys, som innebär att patienten själv sköter dialysapparaten antingen på en vårdavdelning eller i hemmet.

I många branscher har olika led i värdekedjan kunnat rationaliseras bort. I vars och ens vardag finns det otaliga exempel. Vi betalar våra räkningar på Internetbanken. Amazon och andra e-handelsföretag har stuvat om i rollerna mellan kund, leverantör och mellanhänder. Digitala tjänster och gratistidningar har revolutionerat medielandskapet.

Många traditionella industriföretag, till exempel Ericsson, Scania och Sandvik, säljer i ökad utsträckning tjänster snarare än enbart produkter. I många fall har utvecklingen gått så långt att det knappast är meningsfullt att göra en uppdelning mellan tjänste- och produktföretag.

Tjänster är på en rad punkter annorlunda än produkter. Tjänsterna är immateriella. De kan inte lagras, men i många fall digitaliseras eller automatiseras (exempelvis Spotify eller ett vanligt

bankomatuttag). Till skillnad från produkter kräver många tjänster kundens medverkan när de ska framställas. Vissa webbtjänster som Facebook och YouTube, bygger helt på användarnas medverkan. Begreppet tjänster är inte heller homogent; det finns många olika typer av tjänster, mer eller mindre kunskapsintensiva och mer eller mindre arbetsintensiva.

Vård och omsorg är mycket tjänsteintensiva verksamheter. Oavsett om det handlar om omvårdnad eller kirurgi måste vi betrakta vårdsektorn som en tjänstebransch. Däremot är situationen inom vårdsektorn annorlunda jämfört med de konkurrensutsatta marknader som beskrevs ovan. Samtidigt som den medicinska utvecklingen genom åren har gjort fantastiska landvinningar är innovationsgraden relativt låg i den verksamhet som ska leverera den medicinska behandlingen till patienterna.

Därför kan vården lära av kundorienterade, innovativa tjänsteföretag. Det finns intressanta exempel på branscher som efter avreglering blivit både kundorienterade och innovativa efter att tidigare ha varit reglerade och inte helt kundorienterade.

Två intressanta branscher att jämföra med är mobiltelefoni och passagerarflyg. Båda var för cirka 20 år sedan genomreglerade branscher som dominerades av nationella monopol, oftast i form av statliga företag. Många minns 1980-talets stora och klumpiga mobiltelefoner. Att äga och använda en mobiltelefon var en ouppnåelig lyx för ett litet fåtal. Många finansvalpar gjorde då

sina affärer genom en Ericsson Hotline 900 Pocket, en telefon som vägde 600 gram, hade 30 minuters taltid och kostade 30 000 kronor i dåtidens penningvärde.

1990 fanns det 10 miljoner mobiltelefonabonnemang i världen, i dag beräknas 45 procent av jordens befolkning, eller tre miljarder människor, vara mobiltelefonanvändare. Teknisk innovation i kombination med nya affärsmodeller har möjliggjort för de allra flesta att äga en telefon som i teknisk prestanda är vida överlägsen 1980-talets men som bara kostar en bråkdel.

På samma sätt har marknaden för telefonitjänster fullständigt revolutionerats. De tidigare monopolens prissättning hade inget samband med kundvärdet (eller för den delen med produktionskostnaderna), men sedan prissättningen blev fri har marknaden exploderat med nya produkter och tjänster samtidigt som priserna för tele- och datatrafik hela tiden faller.

Likaså har avregleringen av inrikesflyget både i Nordamerika och i Europa drivit fram en hårt konkurrensutsatt marknad för passagerarflyg. Gårdagens exklusiva flygresor för ett fåtal resenärer har ersatts av dagens lågprisflyg för massmarknaden, där man kan ta sig inom Europa eller USA för motsvarande några hundralappar, en summa som var fullständigt otänkbar för femton eller tjugo år sedan.

För de gamla producenterna, de nationella flygbolagen, har ut-

vecklingen varit smärtsam. Många av dem, till exempel Swissair och Sabena, har inte klarat omställningen utan tvingats i konkurs. Andra är fortfarande kvar på marknaden, men med stora lönsamhetsproblem och efter omfattande omstruktureringsarbete.

Samtidigt har marknaden vuxit för lågprisaktörer. Ryanair har inte bara avskaffat loungerna på flygplatserna och "gratis" alkohol ombord, de har framför allt en annan affärsmodell. Många av de lågprisbolag som startat genom åren har inte överlevt, men den samlade effekten av lågprisflygets inträde på marknaden är mycket stora vinster för kunderna.

Vård- och omsorgsbranschen, i Sverige och andra europeiska länder, påminner i mångt och mycket om dessa båda branscher före avregleringen. Rent medicinskt håller tjänsterna hög kvalitet och den tekniska standarden är hög. Dock är kundens ställning än så länge svag. Som vi sett har tillgängligheten stora brister, vilket märks i kösystem och långa väntetider som vore helt otänkbara i många länder. Kunden, i mening patienten och hennes anhöriga, har begränsat inflytande på hur resurserna ska användas – och därför en svag ställning till förmån för de "ställföreträdande" kunderna i landstingspolitiken och vårdbyråkratin. Kunderna måste i stället övertyga politikerna om värdet av att producera just de tjänster de efterfrågar.

Den gemensamma nämnaren för de nya företag (invadörer)

som varit med om att omvandla tidigare monopolbranscher är att de lyckats genom att på djupet förstå vad som skapar värde för kunden, och därmed kunnat skapa erbjudanden som dramatiskt skiljer sig från konkurrenternas. Man har helt enkelt vågat definiera branschen och det värde den skapar för kunderna på ett annat sätt än de traditionella aktörerna. Där de senare haft introvert fokus har invadörerna kunnat hitta nya kreativa lösningar som är mycket mer än bara "lågpris".

Invadörerna har ofta mötts av samma skepsis och motstånd från etablissemangen som i dag möter många privata företag i vård- och omsorgssektorn. Ikea anklagades i början av den etablerade möbelbranschen för att inte göra "riktiga möbler". Det är inte särskilt konstigt att den etablerade branschen försöker försvara sig mot nykomlingen, men i fallet med hälso- och sjukvården möter de nya aktörerna ett starkare motstånd, eftersom de etablerade vårdgivarna har så starka relationer med de politiska beslutsfattare som dels styr finansieringen och dels bestämmer spelreglerna på marknaden.

Det är rimligt att anta att det är just nya aktörer som kommer att stå för merparten av framtidens tjänsteinnovation inom vård och omsorg. Förvisso finns det många innovativa privata vårdföretag redan i dag, många har exempelvis skapat nya koncept och processer som ökat produktiviteten och förbättrat kundorienteringen avsevärt. Men så länge finansieringssystemet är oförändrat och vårdkonsumenternas efterfrågan inte får något genomslag i

vårdgivarnas intäkter, kommer utvecklingen av nya tjänster att vara begränsad.

Utvecklingsarbete inom tjänstesektorn skiljer sig radikalt från den traditionella industrin. I stället för forsknings- och utvecklingsavdelningar (FoU), utvecklingsprojekt och prototyper har man här en mycket mer pragmatisk syn på innovation. Tjänsteinnovation är kapitalsnål, den sker "ute" i verksamheten och nära, ofta i samspel med, kunden. När nya företag bryter mark i etablerade branscher handlar det inte sällan om att man identifierar tidigare oexploaterade, kundsegment. Lågprisflyget har vidgat marknaden för passagerarflyg till helt nya grupper, framför allt bland privatresenärer. Skivbolaget Naxos har genom sin satsning på klassisk musik av hög kvalitet till lågt pris nått nya grupper långt utanför den traditionella kretsen av lyssnare. Det finns fler exempel.

Tjänsteinnovation drivs alltså av förståelsen för kundbehoven och vad som skapar värde för kunden och hennes kund. Kunden måste behandlas som just en kund som har rätt att ställa krav och förvänta sig värde. Det är en utmaning för vård- och omsorgssektorn, som hittills sällan har behövt tänka i dessa banor, utan där ett starkt produktionsorienterat industriellt tänkesätt fortfarande dominerar – ett tänkesätt som man sedan länge lämnat på många håll i industrin.

Om vårdgivaren inte kan förändra sina intäkter genom att ut-

veckla nya tjänster, utan hänvisas till på politiskt väg fastställda intäkter, kommer tjänsteutbudet att bli likformigt. Då saknas också det tryck som flera konkurrerande finansieringskällor skulle ge upphov till. Det talar emot att ett i grunden planekonomiskt system, som den svenska offentligt finansierade sjuk- och hälsovården, skulle kunna åstadkomma någon betydande utveckling av nya tjänster. Tvärtom, skulle en lätt cynisk betraktare hävda. Varför göra sig besväret att lyssna på kunderna och utveckla nya tjänster när man har kö till många av de tjänster som redan finns?

Framtidens sjukvård – en ny tillväxtbransch?

Hur skulle ett uppbrutet finansieringsmonopol, och fler källor till finansiering av vård och omsorg, förändra den här situationen? Det beror naturligtvis på hur systemet utformas, vilket är en fråga som ligger utanför avgränsningen för den här rapporten.

Dock kan man utgå från att ett reformerat system för finansieringen av svensk sjukvård skulle innehålla ett fortsatt inslag av skattefinansiering, kompletterat med någon form av privata, sannolikt obligatoriska, försäkringslösningar.

Man kan också utgå från att det, som i Nederländerna, skulle innehålla viktiga inslag för att garantera tillgången till vård oavsett inkomst. Likaså borde det innebära riskutjämning för kroniskt sjuka, exempelvis i form av att försäkringsbolagen inte får neka kroniskt sjuka att teckna försäkringar, men i gengäld kompenseras av staten för de ökade risker som det innebär att ha kroniskt sjuka bland sina försäkringstagare.

Framför allt skulle man göra en viktig åtskillnad mellan vårdgivare och finansiär, roller som i dag i huvudsak båda innehas

av landstingen. Det skulle innebära att den starka kopplingen mellan vårdgivarna och de ställföreträdande kunderna i det politiska systemet försvagades.

Sannolikt skulle vårdgivarna få starkare drivkrafter att organisera vården på ett mer patientfokuserat sätt eftersom individen skulle ha större inflytande över hur resurserna används.

40

En förutsättning för att nya finansieringsformer ska ge en effektivare och en mer patientfokuserad vård är att andelen privata vårdgivare ökar. I dag bedrivs ungefär en tiondel av vård- och omsorgsverksamheten i privat regi, en andel som behöver öka kraftigt om man ska kunna förverkliga den potential till effektivisering och innovation som friare finansiering innebär. Det har ju redan i dag visat sig att den mångfald som det innebär att privata aktörer får konkurrera med offentliga vårdgivare har drivit fram nya processer, metoder och managementkoncept som lett till ökad produktivitet och sänkta kostnader, samtidigt som vårdkvaliteten bibehållits eller förbättrats.

Nya möjligheter för tjänsteutveckling, några exempel

Med ett annorlunda finansieringssystem för vård och omsorg kommer kundernas preferenser och efterfrågan att få ökat genomslag i utbudet. Det kommer att ge starkare drivkrafter för förnyelse och utveckling, både av interna arbetsprocesser hos vårdgivarna och av tjänsteutbudet.

Innebär detta att vi automatiskt får en explosion av nya tjänster och erbjudanden som snabbt förändrar utbudet av sjukvård?

Mycket tyder på att det tvärtom kommer att vara en utveckling på sikt. Omvandlingen av sjukvårdssektorn till en hälsobranch kommer att ta tid. För detta talar utvecklingen inom många av de andra tjänstebranscher som avreglerats under de senaste decennierna. Det tog tid innan avregleringens vinster slog igenom i form av nya tjänster och lägre priser för kunderna. I fallet med vård och omsorg gäller dessutom att en avgörande del av den privata finansieringen kommer att ske via försäkringar. De nya tjänster som växer fram ska alltså kunna möta "försäkringsbara" behov, det vill säga att det måste finnas en affär för försäkringsbolagen med i bilden.

Dock bör mångfalden av finansieringskällor leda till att kundernas makt stärks. Ett tydligt exempel är Nederländerna, som 2006 införde ett nytt system för sjukvårdsfinansiering vilket bygger på en privat, obligatorisk sjukvårdsförsäkring. Under det första året efter reformens genomförande bytte 20 procent av nederländerna försäkringsgivare, vilket är en exceptionellt hög andel. Nu har andelen fallit tillbaka till runt 5 procent per år, men det är tydligt att kunderna uppskattade sin nya konsumentmakt som också lett till att premierna pressats avsevärt.

Sjukvårdstjänster är till sin natur ofta komplexa. Att erbjuda kvalificerade tjänster inom sjukvården kräver ofta att flera olika specialiserade kompetenser samordnas. En annan återhållande faktor kan vara att kunderna inte är vana att efterfråga tjänster inom hälso- och sjukvården. Framför allt på en marknad som den svenska, där vård och omsorg fortfarande ofta betraktas som en fri nytthet, är konsumenterna inte vana att spela rollen av kund. Det innebär att framväxten av nya tjänster kan ske långsamt i början för att sedan skjuta fart när kunderna har vant sig vid nya beteenden.

Slutligen finns naturligtvis ett informationsproblem för vårdkonsumenten som oftast inte är expert – även om det finns undantag bland välutbildade patienter med kroniska sjukdomar. Vårdgivaren kommer fortfarande att ha ett kunskapsövertag, och med fler vårdgivare och icke-standardiserade tjänster lär överblickbarheten för vårdkonsumenten inte öka, åtminstone inte i början.

Vilka tjänster kommer det i praktiken att kunna bli frågan om? På sina håll förekommer en nidsbild om att privata inslag i sjukvårdsfinansieringen skulle skapa lyxbetonade tjänster för några få välbeställda, samtidigt som merparten av kunderna skulle få hålla tillgodo med en finansiellt underminerad och allt magrare offentlig vård. Erfarenheterna från Nederländerna talar ett annat språk. Här redovisas några områden som bör vara intressanta för utveckling av tjänster, baserat på en bedömning av var det finns viktiga otillfredsställda kundbehov.

Kortare köer och ökad tillgänglighet

När det gäller möjligheterna för tjänstutveckling på kort sikt handlar det om att identifiera vilka kritiska kundbehov som i dag inte tillfredsställs inom ramen för den offentligt finansierade vården och omsorgen. Var kan man möta otillfredsställda kundbehov?

Utan att ta ställning till den exakta utformningen av ett framtida sjukförsäkringssystem kan man konstatera att det med all sannolikhet kommer att handla om blandad privat och offentlig finansiering där försäkringar kommer att stå för den övervägande delen av den privata andelen. Det är också rimligt att tro att dessa försäkringar i stor utsträckning skulle komma att knytas till arbetsgivaren. Det innebär att efterfrågan på tjänster i stor utsträckning kommer att drivas av arbetsgivarens behov av friska, produktiva medarbetare med hög närvaro.

Samtidigt innebär ett system med obligatorisk sjukvårdsförsäkring att den som blir arbetslös eller byter arbetsgivare inte riskerar att stå utan sjukvårdsförsäkring. Tvärtom är det högst rimligt att goda sjukförsäkringsförmåner kommer att vara en viktig faktor i konkurrensen om framtidens arbetskraft.

Det är tydligt att det viktigaste av dessa behov handlar om tillgänglighet – möjligheten för människor att i tid få vård som inte är akut. Här finns redan en marknad för privata sjukvårdsförsäkringar. Som nämnts har i dag cirka 400 000 svenskar en sådan försäkring, varav merparten (åtta av tio) genom sin arbetsgivare.

Till dessa tjänster kan försäkringsbolag knyta tjänster riktade till arbetsgivaren för hantering av sjukskrivningsprocessen, rehabilitering med mera, som förenklar för arbetsgivaren och även ger ekonomiska incitament för att förbättra medarbetarnas hälsa och minska riskerna i verksamheten. Sådana tjänster finns i dag i Nederländerna, och erbjuds bland annat av försäkringsbolaget CZ, som med tre miljoner försäkrade är ett av landets största.

CZ erbjuder bland annat integrerade företagstjänster för sjukanmälningar, sjukvård och rehabilitering, som underlättar arbetsgivarens hantering och även bidrar till att sänka kostnaderna. Likaså erbjuder man tjänster inom förebyggande vård, till exempel program som hjälper anställda att gå ner i vikt, samtidigt

som arbetsgivaren kan få ersättning för kostnader för de anställdas överviktsbehandling.

Värdet av en försäkring som kortar väntetider och tydligt förbättrar tillgängligheten är lätt att mäta. Erfarenheten visar att det är möjligt att erbjuda attraktiva försäkringar på området. Tjänster som på olika sätt förbättrar vårdens kvalitet är svårare att utforma och utvärdera, varför de troligen kommer att utvecklas långsammare. För arbetsgivaren kan detta bli ett viktigt sätt att minska kostnaderna för sjukskrivningar, särskilt om man i framtiden bygger in drivkrafter i socialförsäkringssystemet som gör det lönsamt att snabbt få tillbaka människor i produktivt arbete. Här kan man se att en reformering av sjukvårdsfinansieringen skulle kunna få snabb och praktisk betydelse. Fler finansieringskällor i kombination med ökad makt för vårdkonsumenten skulle innebära att den efterfrågan som i dag inte är tillfredsställd (i form av väntetider) skulle mötas av nya tjänster.

Medicinsk turism – en framtidsbransch?

Möjligheten att kunna få vård utomlands finns sedan några år tillbaka. Som svensk medborgare kan man söka vård utomlands och i efterhand få ersättning från Försäkringskassan. Enligt Försäkringskassan fick 1 264 personer år 2008 ersättning för planerad vård utomlands. Den största gruppen, cirka 40 procent, valde att söka vård i Finland. Många av dessa är norrbottningar som bor nära finska gränsen. Andra länder dit människor rest för vård är Estland, Polen, Spanien och Tyskland. Drygt 50 procent av

de beviljade ärendena rörde tandvård. Vanligt är också behandling av sjukdomar i muskler och leder samt ögonsjukdomar.

Redan i dag finns det företag, exempelvis Fecit i Uppsala, som erbjuder lösningar för privatpersoner att utnyttja vården i andra EU-länder, med fokus på Tyskland. Liksom landstingen har Fecit en "vårdgaranti" som innebär att patienten kommer till behandling inom en månad efter första kontakten.

I många länder, främst USA, finns i dag välutvecklade erbjudanden för så kallad medical travel, eller medicinsk turism, som innebär att man reser till ett annat land för att få vård. Syftet är att få vård av hög kvalitet till lägre kostnad än i hemlandet. Resmålen återfinns bland annat i Asien och Latinamerika. Liknande tjänster finns i Storbritannien, som i likhet med Sverige har stora problem med tillgängligheten i den offentliga vården.

Det är rimligt att framtidens försäkringserbjudanden i ökad utsträckning kommer att inkludera vård i utlandet, om vården inte kan erbjudas i Sverige. Försäkringsbolagen har intresse av att få tillgång till vårdresurser för sina kunder, om så skulle behövas även utanför Sverige.

Ett intressant exempel på tjänsteutveckling när det gäller vård i annat EU-land är **Ten4Health**, ett projekt som syftar till att utveckla webbaserade tjänstepaket för underlättande av gränsöverskridande vård inom EU. Verktyget kommer bland annat

att innehålla information på patientens eget språk om var och när behandling kan ges, uppgifter om försäkringsstatus och elektroniska processer för återbetalning. Ten4Health drivs av tre försäkringsbolag (däribland nederländska CZ) och elva sjukhus i fem medlemsländer – Österrike, Belgien, Tjeckien, Tyskland och Nederländerna.

Tryggare ålderdom

Ett annat område där man kan se en potential för tjänsteutveckling är äldreomsorgen. Antalet äldre kommer att stiga i framtiden, inte minst när den stora fyrtiotalistgenerationen blir äldre. Morgondagens äldre kommer att vara rikare och friskare än någon tidigare pensionärsgeneration. De kommer att ställa krav på den vård och service som de får på äldre dagar, krav som den offentligt finansierade vården och omsorgen sannolikt får svårt att leva upp till.

Vårdföretagarnas Vårdindikator visade första kvartalet 2009 en betydande oro hos många fyrtiotalister, främst kvinnor, för vården av äldre. Enligt indikatorn oroar sig 73 procent av kvinnorna och 65 procent av männen för framtidens äldreomsorg. Förväntningarna på framtidens äldreomsorg är också låga, nästan hälften (47 procent) av samtliga tillfrågade tror att de kommer att få sämre åldringsvård än tidigare generationer.

Samtidigt finns ett starkt engagemang för valfrihet – 90 procent av kvinnorna och 82 procent av männen uppger att det är viktigt

att själv få välja äldreomsorg. När det gäller vårdens kvalitet prioriterar man trygghet och möjligheten att bo tillsammans med sin make/maka eller sambo högst. "Guldkantade" tjänster som bio, spa, aktiviteter och annat prioriteras däremot lågt i undersökningen.

Äldreomsorgen har i dag relativt korta vårdtider, genomsnittstiden för boende där är inte längre än cirka ett år. Därför är äldreomsorgen vårdintensiv.

Många kommer att vilja bo kvar hemma och kanske köpa hushållsnära tjänster på samma sätt som andra. Andra kommer att efterfråga boende med högre tjänsteinnehåll än dagens seniorboende (vanliga lägenheter i hyres- eller bostadsrätt med gemensamhetslokaler, som SEB:s BoViva och JM-koncernens Seniorgården) vilket inte är lika vårdintensivt som äldreomsorgen.

Man kan tänka sig ett flertal lösningar för äldreomsorg, en är att framtidens pensionssparande knyts till olika former av försäkringslösningar för boende och service efter den yrkesaktiva tiden. Ett alternativ som diskuteras är en äldrevårdsförsäkring, något som sedan år 2000 finns i Japan, ett samhälle där omsorgen om de äldre traditionellt är en uppgift för familjen. Syftet med reformen är att göra äldreomsorg till en rättighet för alla (vilket det inte tidigare varit), ge kunderna valfrihet och att med konkurrens stimulera utbyggnaden av äldreomsorgen.

Ökad kunskap och bättre utvärdering

Ett av de områden där utvecklingen av nya tjänster går snabbast är olika typer av verktyg, ofta webbaserade, som underlättar för kunderna (till exempel patienten eller hennes arbetsgivare) att hitta information om olika sjukdomar, behandlingar och vårdalternativ. I takt med att individen själv tar ökat ansvar för sin hälsa växer efterfrågan på relevant och begriplig information, om sjukdomar och behandlingsalternativ, men också om livsstilsfrågor och förebyggande insatser.

Likaså växer det i bland annat USA och Nederländerna fram nya tjänster som sammanställer information om kvaliteten hos och kostnaderna för olika vårdalternativ. Dessa tjänster underlättar konsumentens val av vårdgivare och driver på en ökande konkurrens mellan vårdgivarna genom att öka transparensen på marknaden.

I USA är sådana tjänster relativt vanliga. Ett exempel är **Optum Health** som erbjuder kliniskt granskad information och verktyg för kunderna att själva arbeta med sin hälsa och livsstil. I likhet med andra liknande tjänster – till exempel webMD.com – erbjuder Optum Health inte medicinsk rådgivning, behandlingsrekommendationer eller förskrivning av läkemedel, utan är snarare ett sätt för kunden att själv öka sin kunskap.

TelaDoc erbjuder sina kunder rådgivning per telefon, dygnet runt 365 dagar om året. Vanligen blir patienten uppringd av en

läkare, oftast inom 40 minuter från första samtalet. Via TelaDoc får kunderna kontakt med legitimerade primärvårdsläkare som via telefon kan ställa diagnoser, rekommendera behandling och skriva ut läkemedel. Om så behövs remitterar läkaren patienten till en specialist. TelaDocs läkare behandlar framför allt enklare sjukdomar som inte är av akut karaktär, till exempel luftvägsinfektioner, allergier eller urinvägsinfektioner.

Best Doctors är ett internationellt företag med över 10 miljoner anslutna medlemmar i 30 länder. Sedan starten 1989 har man utvecklats till ledande aktör för medicinsk information. Enkelt uttryckt är Best Doctors affärsmodell att ge "second opinions" från ledande specialister i olika länder.

Till skillnad från de webbaserade tjänster som nämns ovan fokuserar Best Doctors på att ge sina medlemmar råd kring allvarliga sjukdomstillstånd, exempelvis lungsjukdomar, cancer och njursjukdomar, eller nervsjukdomar som Parkinsons sjukdom. Best Doctors tjänster är tänkta som ett vägledande och stödjande komplement till den ordinarie läkarens bedömningar.

I sin databas har Best Doctors tillgång till 50 000 ledande specialister inom cirka 400 specialistområden över hela världen. När en medlem kontaktat Best Doctors med frågor om sin sjukdom och hur den bör behandlas, görs en sammanställning av hennes medicinska data som sedan skickas till den läkare som ska göra bedömningen. Efter att läkaren analyserat materialet och gjort

sin bedömning får medlemmen (och hennes läkare) svar på frågorna via Best Doctors.

HealthGrades är USA:s ledande företag inom rankning och betygssättning av sjukhus, sjukhem och läkare. På hemsidan www.healthgrades.com finns kvalitetsrankningar och kostnadsinformation om 5 000 sjukhus, 16 000 sjukhem och 650 000 praktiserande läkare i USA. Hemsidan har cirka 5 miljoner unika besök i månaden. Kunderna kan också köpa rapporter om de olika vårdgivarna, med ingående information om kvalifikationer och vårdresultat. HealthGrades publicerar studier inom områden som kliniska resultat, patientsäkerhet och kvinnors hälsa. Varje år rankar man USA:s 50 bästa sjukhus och delar även ut utmärkelser för bästa patientbemötande och kundupplevelse.

Försäkringsbolaget **Aetna Insurance** har med sin DocFind en liknande tjänst där kunderna kan söka efter specialister med goda medicinska resultat och jämföra kostnader och kvalitet.

Det nederländska försäkringsbolaget CZ har en webbtjänst som låter kunden söka vårdgivare (till exempel sjukhus eller läkare) och som innehåller en databas med information om väntetider och medicinsk kvalitet. CZ arbetar också tillsammans med Best Doctors för att kunna erbjuda sina kunder "second opinions".

Tjänsten är ett exempel på att försäkringsbolagens ökande inflytande i Nederländerna har ökat konkurrensen mellan vård-

givarna och driver också fram nya sätt att mäta och redovisa effektivitet och resultat i vården. Det är tydligt att det nya finansieringssystemet successivt genererar ett ökat intresse för mätning och utvärdering av vårdens resultat.

Ett av syftena med reformen är att öka effektiviteten, bland annat genom att sjukvårdsfinansiärerna har möjlighet att i konkurrens upphandla vårdgivare. Detta har i sin tur medfört att försäkringsbolagen – som i exemplet ovan – ställer högre krav på redovisning av resultat och kostnader från vårdgivarna. Hittills har kostnadsaspekten varit den viktigaste, eftersom priskonkurrensen mellan finansiärerna är intensiv och försäkringstagarnas val av försäkringsbolag framför allt styrts av priset.

Samtidigt får kvalitetsaspekterna allt större genomslag. En viktig aktör är stiftelsen **Miletus** som startades 2006 och som ägs gemensamt av de större försäkringsbolagen – dessa representerar ungefär 90 procent av de nederländska försäkringstagarna. Miletus har utvecklat CQ-Index – en standardiserad metod för att mäta kundernas upplevda kvalitet i vården – som används främst som verktyg för försäkringsbolagen i deras upphandling av vårdgivare. CQ-Index används också av vårdgivare och patientorganisationer.

I takt med att marknaden mognar, och både försäkringsbolagen och deras kunder blir mer välinformerade och nya betenden etableras, blir kvalitetsaspekterna och tillgången till re-

levant utvärdering allt viktigare. Här har kompetensen hos de försäkringsbolag som upphandlar vårdgivarnas tjänster en nyckelroll, eftersom de har större möjligheter än kunderna att identifiera kvalitetsskillnader och ställa högre krav på vårdgivarna. Därför skapar det nederländska finansieringssystemet med sin pluralism tydliga drivkrafter för att de resultat- och kvalitetsmått som växer fram också ska få ökat genomslag på marknaden.

”Primärvårdsbutiker”

I USA växer också utbudet av tillgänglig primärvård med låga priser där kunden snabbt kan få hjälp med diagnos och behandling av vanliga åkommor. Personalen består av sjuksköterskor som via samarbete med närliggande sjukhus och läkarmottagningar kan ställa diagnoser och erbjuda behandling. Dessa ”primärvårdsbutiker” finns ofta i anslutning till köpcentra eller stora butikskedjor, och har ofta långa öppettider sju dagar i veckan.

I dag finns det mer än 1 175 sådana kliniker i USA, under 2008 öppnades drygt 270 nya. De flesta tillhör någon av de större kedjorna **RediClinic**, **Take Care** och **MinuteClinic**. Värdet för kunden är naturligtvis lättillgängligheten och att man sparar tid. Genom att utveckla dessa kvalitetssäkrade koncept för standardiserad diagnos och behandling av relativt enkla åkommor kan företagen erbjuda vårdkonsumenten ett alternativ till sjukhusens akutavdelningar, vilket innebär lägre kostnader både i tid och pengar.

Målgruppsanpassade tjänster

En intressant möjlighet som uppstår med friare finansiering av sjuk- och hälsovården är att olika tjänster och erbjudanden tydligare kan riktas mot olika målgrupper. En möjlighet är ökad specialisering av sjukhus, men även ökad specialisering inom försäkringsbranschen. Det leder också till att vården kan bli i verklig mening patientfokuserad – en rad tjänster och kompetenser kan knytas till kunder med särskilda behov.

Exempelvis finns det i Nederländerna i dag specialutformade försäkringserbjudanden för kroniskt sjuka, till exempel diabetiker, som innehåller omfattande vårdplaner med olika förebyggande och hälsobefrämjande insatser tillsammans med den traditionella vården.

I Nederländerna finns ett annat intressant exempel på företag med en tydlig målgruppsinriktning, nämligen **Care for Women**. Företaget startades år 2000, och har successivt utvecklats från ett koncept för kvinnor i övergångsåldern till att omfatta kvinnor i alla åldrar. Man har avtal med samtliga nederländska försäkringsbolag.

Care for Women är ett franchisingkoncept med ett åttiotal sjuksköterskor som franchisetagare. Dessa erbjuder sina kunder information, rådgivning och coachning inom förebyggande vård och hälsofrämjande livsstil. I de fall kunderna behöver mer kvalificerad vård skickas de vidare till andra vårdgivare.

Tillsammans med forskare och läkare har Care for Women utvecklat olika tjänstekoncept för kvinnor; för en bekymmersfri graviditet, för en trygg uppväxt och för att njuta av övergångsåldern. För företagets partners inom sjukvården och försäkringsbranschen har samarbetet inneburit en ökad kundorientering och tydligare fokus på kvinnors behov och frågor i vården. I Nederländerna har det – liksom i bland annat Sverige – förts en debatt om sjukvårdens bristande bemötande av kvinnor och att kvinnors behov inte tillgodoses i tillräcklig utsträckning.

På webbplatsen www.careforwomen.nl finns information och olika erbjudanden, till exempel "Care for Women Card" som ger förmånliga rabatter på produkter och tjänster från en rad partnerföretag.

Helhetsprogram för kroniskt sjuka

En utmaning för många kroniskt sjuka patienter är att sjukdomen har ett långsiktigt förlopp där olika åtgärder krävs i olika faser. För många av dessa patienter handlar det om att kunna leva ett så gott och normalt liv som möjligt, för andra är läget sämre och behandlingen står i fokus.

En intressant möjlighet som nu utvecklas, bland annat i USA, är ett helhetsprogram för patienter med kroniska diagnoser. **United Healthcare** lanserade tidigare i år den första hälsoplanen i sitt slag för diabetiker, ett program som syftar till att minska kostnaderna, ge patienten möjlighet att ta kontroll över sin situation

och förebygga, eller åtminstone skjuta upp, de farliga komplikationer som kan följa av att sjukdomen förvärras.

Planen innebär bland annat att kostnaderna för den försäkrade (eller hennes arbetsgivare) sänks för läkemedel och läkarkontroller. Patienten å sin sida förbinder sig att följa ett program som bland annat innebär regelbundna blodsockerkontroller, läkarundersökningar, förebyggande screening och rådgivning om livsstil och beteende.

Bakgrunden till programmet är att två tredjedelar av USA:s 24 miljoner diabetiker inte följer sin läkares råd om hur sjukdomen ska förebyggas och behandlas. Nyckeln i programmet är dels att diabetes ska upptäckas så tidigt som möjligt, dels att patienten själv ska kunna medverka i att kontrollera sin sjukdom och öka livskvaliteten.

Den här tjänsten är än så länge relativt begränsad i sin omfattning, men den visar vägen för hur liknande tjänster kan komma att utformas i framtiden. Den innebär att fokus flyttas från behandlingsprocedurer och läkemedel till patientens situation och hennes hälsa/livskvalitet, patienten engageras som medproducent och leverantören delar vinsterna av innovationen med patienten/kunden.

SHL Telemedicine – Israel, Tyskland och USA

SHL Telemedicine är ett israeliskt företag med verksamhet även i Tyskland och USA. SHL använder avancerad telemedicinsk teknik för att hjälpa sina kunder till förbättrad hälsa och livskvalitet. Företaget är specialiserat på att utveckla och marknadsföra avancerade online-tjänster som baseras på telemedicinsystem. I dag har SHL sammanlagt 75 000 medlemmar, framför allt med hjärtsjukdom, högt blodtryck och andningssjukdomar.

SHL har utvecklat ett antal telemedicintjänster som innebär att kunden med hjälp av sensorer mäter kroppens tillstånd, exempelvis EKG, blodtryck, vikt och lungfunktion. Via mobilöverföring skickas informationen till dygnetruntöppna Monitoring Centers där utbildad sjukvårdspersonal har tillgång till medlemmens medicinska data och utifrån dessa och realtidsmätningen kan ge råd och stöd, eller till och med se till att det skickas en ambulans.

I Israel finns också en mobil intensivvårdsenhet bestående av ett antal privata ambulanser utrustade för intensivvård, med en läkare och en sjukvårdare ombord. Ungefär 15 procent av alla samtal till Monitoring Center resulterar i en ambulansutryckning.

En svensk hälsobransch – nästa exportsuccé?

På längre sikt skulle man med fler finansieringskällor kunna öka förutsättningarna för att skapa en internationellt konkurrenskraftig svensk hälso- och sjukvårdsbransch.

Utgångspunkten här är att det som i dag betraktas som något av en krisbransch har förutsättningar att omvandlas till en framgångsrik tjänstebransch som i framtiden kan få lika stor betydelse för svensk ekonomi som många av de industribranscher som vi sedan länge räknar till landets viktigaste näringar.

Det svenska hälso- och sjukvårdssystemet har goda förutsättningar att bli en sådan framtidsbransch: Sverige är ett framstående industriland med världsledande kunnande inom medicinsk teknik, läkemedel och sjukvård. Flera svenska sjukvårdsföretag, inte minst Capio som är ett av Europas ledande privata sjukvårdsföretag, hävdar sig redan väl på utländska marknader.

Problemet är att den bransch som producerar vården är inlåst i ett system som organiserar sin produktion enligt storskaliga industriella principer. Systemet är inte organiserat för en framtid där möjligheterna till skraddarsydd medicinska behandlingar ökar och kunderna (patienterna) kommer att ställa allt högre krav på service, flexibla lösningar och individuellt bemötande.

Förutsättningen för att detta ska kunna ske är att man lämnar det industriella perspektiv som i dag präglar vård- och omsorgssek-

torn. Lätt förenklat kan man säga att sjukvårdens affärsidé är att tillhandahålla medicinsk behandling på en utbudsstyrd och ransonerad marknad.

Produktionen har starka inslag av monopol och är ofta organiserad i så kallade storsjukhus vilket åtminstone i teorin är rationellt ur ägarens/finansiärens (landstingets) perspektiv eftersom man kan kostnadsrationalisera, slå ihop enheter, undvika dubbelarbete etc. Däremot har det visat sig att utvecklingen mot storskaliga enheter har skapat problem: de blir byråkratiska, stelbenta och mer svårstyrda samtidigt som mångfalden minskar och det knappast blir lättare att bedriva patientfokuserad verksamhet.

Professor Gunnar Eliasson har i en rapport till regeringens Globaliseringsråd skissat på hur en sådan exportindustri skulle kunna växa fram. En grundförutsättning är, menar Eliasson, att man öppnar för privata försäkringslösningar som komplement till den offentliga finansieringen. Grunden för sjukvårdens omvandling från en sektor i kris till framtidsbransch är att dels definiera om vem som är kund, dels vad som är sjukvårdens produkt.

Enligt Eliasson bör sjukvårdens produkt i framtiden inte vara medicinska procedurer utan behandlingsresultat i form av ett definierat förbättrat hälsotillstånd. Naturligtvis är den produkten svårare att mäta och definiera – komplikationer kan tillstöta etc. Men i grunden handlar denna omvandling om att sjukvården

ges större ansvar för att, bland annat i samverkan med patienten, skapa hälsoresultat.

I ett system med försäkringsinslag blir detta möjligt eftersom försäkringarna gör det möjligt att tillgodose den efterfrågan på god hälsa som finns hos kunderna. I dagens utbudsdrivna system med enbart skattefinansiering uttrycks detta värde inte alls. Hälsa betraktas som en kostnad, även om den i realiteten har ett mycket högt värde både för individen i form av livskvalitet och för samhället i form av höjd arbetsförmåga för fler.

Exakt vilka tjänster som skulle utvecklas av en sådan hälsoindustri är i dag svårt att säga, innan marknaden ens finns. Klart är att det kommer att finnas stora möjligheter till tjänsteutveckling i och med att nya diagnoser, behandlingsformer och läkemedel kommer att möjliggöra allt fler avancerade och mer skräddarsydda behandlingar.

Privata pengar ett nödvändigt gott?

Svensk vård och omsorg står inför ett antal viktiga utmaningar, varav den kanske viktigaste är att säkra den långsiktiga finansieringen i takt med att befolkningsutvecklingen, medicinska framsteg och ökande levnadsstandard ställer ökade krav på resurser.

Att öka det privata inslaget i sjukvårdens och omsorgens finansiering är ett sätt att klara den framtida finansieringen av

ett växande åtagande för att vårda en åldrande befolkning. I det sammanhanget beskrivs de privata pengarnas intåg ofta som något nödvändigt ont. Den beskrivningen är onödigt negativ, fler finansieringskällor än den offentliga skulle öka dynamiken i sjukvården och tillföra drivkrafter för förändring och innovation.

En fortsatt satsning på vårdval och valfrihet inom ramen för det offentligt finansierade systemet är en bra början för att skapa en vård- och omsorgssektor som åstadkommer mer och bättre vård för pengarna, och där kundens ställning stärks. Värdet av detta märks redan i dag när privata vårdföretag utvecklar nya koncept, modeller och arbetsmetoder. Ökad konkurrens och transparens effektiviserar användningen av skattebetalarnas pengar.

För att fullt ut kunna tillvarata den potential till utveckling och förnyelse som finns i sjukvården krävs emellertid att man går ett steg längre. Det kanske viktigaste målet för detta är att stärka vårdkonsumentens ställning i förhållande till vårdgivaren, något som skulle underlättas om det fanns en konkurrens även om finansieringen. Erfarenheterna från den nederländska sjukvårdsreformen, där var femte kund bytte försäkringsgivare under reformens första år tyder på att så är fallet. Likaså börjar det nu växa fram ett utbud av nya, konsumentinriktade tjänster på marknaden. Gemensamt för dessa tjänster, varav några presenteras i den här rapporten, är att de ställer krav på delvis andra kompetenser än de som traditionellt finns i vårdsektorn.

Nya tjänster kräver nytt fokus – och nya drivkrafter

62

FRÅN VÅRDSYSTEM TILL HÄLSOBANSCH

Om man ska göra en sammanfattande beskrivning av de stora möjligheter som ligger i att utveckla nya tjänster inom vård och omsorg, så handlar det om ett nytt fokus – ett fokus som ligger mycket närmare kunden/patienten än i dag.

Vårdens traditionella fokus och kompetenser – medicinska procedurer och omvårdnad – kommer även i fortsättningen att vara viktiga och fortsätta utvecklas. Men det är inte där som de stora utmaningarna ligger när det gäller att omvandla den traditionella vårdsektorn till en hälsobransch.

Man kan jämföra med andra tjänstebanscher som omvandlats och vuxit, till exempel flyget eller mobiltelefonin. Att kunna flyga säkert eller koppla samtal rätt är fortfarande avgörande kompetenser för SAS eller TeliaSonera men det är inte de som driver företagets framgång på marknaden. Det är annat, som förmågan att ge service, förpacka och marknadsföra attraktiva erbjudanden som kunden vill köpa, eller organisera produktionen på ett sätt som både är kostnadseffektivt och rationellt för kunden.

Det handlar, som vi också sett i exemplen ovan, om nya tjänster som anpassar vården efter kundens individuella behov, ger kunden rätt information och knyter samman olika aktörer och kompetenser som behövs för att skapa värde för kunden. Det handlar om att organisera vården på ett sätt som passar och underlättar för patienten, vilket redan i dag tillämpas på sina håll, till exempel inom cancervården på Karolinska sjukhuset i Solna.

Det handlar också om tjänster som mycket tydligare engagerar kunden i produktionen och ger henne själv ökat ansvar för slutresultatet, den egna hälsan. Det kan både handla om att kunden "vårdar sig själv" med hjälp av ny teknik och förebyggande insatser.

Det är en utmaning att knyta samman vårdens traditionella kompetenser (vanligen organiserade efter medicinska specialiteter som ortopedi, njurmedicin och onkologi) med "nya" kompetenser kring distribution, kundfokusering, utveckling av tjänstekoncept med mera. Det är områden där den traditionella vården inte haft fokus, och där det följaktligen saknas en stark utvecklad professionell kompetens.

En sådan utveckling måste stöttas av nya drivkrafter. Framtidens vårdkonsument kommer att ställa lika höga krav på kundorientering, information och tjänster i vården som i andra tjänsteverksamheter. Det ställer krav på att resurserna till vård och omsorg kan användas effektivare och på ett sätt som bättre avspeglar

vårdkonsumenternas värderingar. Konkurrens även i finansieringsledet stimulerar den kreativitet och dynamik som behövs för att nya lösningar ska kunna utvecklas.

Tjänsteinnovation drivs av att både nya och befintliga aktörer bryter mot de etablerade spelreglerna i branschen för att skapa nya värden för kunderna, något som knappast underlättas om det bara finns (i princip) en enda finansiär – som dessutom "äger" de dominerande aktörerna på marknaden, de offentliga vårdgivarna.

Samma sak gäller för främst nya entreprenörer och deras möjligheter att finansiera sin verksamhet. Om marknaden för privata företag blir större – och konsumenternas betalningsvilja för vård och hälsa till större del kanaliseras dit – kommer företagen bli intressantare för investerare och ägare. Fler variationer bland finansieringsformerna skulle göra en större marknad möjlig vilket i sin tur skulle kunna finansiera utveckling av fler tjänster för att öka vårdens kundorientering och förbättra vårdkonsumenternas hälsa, livskvalitet och inflytande över den egna tillvaron.

Få eller ingen önskar att den svenska hälso- och sjukvården i framtiden skulle bli helt marknadsfinansierad. Snarare ligger framtiden i en kombination av offentlig och privat finansiering. Målet är att skapa ett system som är ekonomiskt robust och kan klara finansieringen av framtida åtaganden, uppfattas som rätt-

vist och innehåller drivkrafter för förnyelse och utveckling, av såväl vårdens organisation och arbetsformer som nya tjänster.

Det är i det perspektivet som debatten om sjukvårdens finansiering bör ses. Dagens ideologiserade – och stundtals högljudda – debatt behöver följas av en mer nyanserad och pragmatisk diskussion kring hur framtidens finansieringsbehov kan mötas samtidigt som kundernas och medborgarnas ställning stärks.

REFERENSER

66

Almega (2007), *Framtidens näringsliv : vård och omsorg – en framtidsbransch*. Stockholm: Närings- och teknikutvecklingsverket.

Berggren, Ulf & Bergkvist, Tommy (2006), *Invadörerna*. Stockholm: Verket för näringslivsutveckling (Nutek).

Blomqvist, Paula, red (2007), *Vem styr vården?* Stockholm: SNS förlag.

Christensen, Clayton m fl (2009), *The innovator's prescription : a disruptive solution for health care*. New York: McGraw-Hill (Harvard Business School Press).

Elfgren, Carl, Isaksson, Pär & Torell, Per (2007), *Tillväxtgenvägen : affärsinnovation i svenska tjänsteföretag*. Stockholm: Vinnova.

Eliasson, Gunnar (2009), "Från sjukvård till en internationellt konkurrenskraftig hälsoindustri : en industriekonomisk analys". Stockholm: Regeringskansliet (Underlagsrapport till Globaliseringsrådet), <http://www.sweden.gov.se/content/1/c6/07/94/28/fbbf5ac7.pdf>.

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>.

Herzlinger, Regina E (2006), "Why innovation in health care is so hard". *Harvard Business Review*, 1 maj, <<http://harvardbusiness.org/product/why-innovation-in-health-care-is-so-hard/an/Ro6o5B-PDF-ENG>>.

Knutsson, Mathias & Wahlquist, Linda (2009), "Vårdval Sverige". Stockholm: Timbro (Välfärd & reformstrategi), <www.timbro.se/innehall/?isbn=9175667119&flik=4>.

Majanen, Peter, Mellberg, Lotta & Norén, Dag (2007), *Äldreomsorgsbranschen*. Stockholm: Stiftelsen för kunskap och kompetensutveckling (KK-Stiftelsen), <www.kks.se/templates/Publications/PublicationPage.aspx?id=10888>.

Normann, Richard & Levin, Bert (2000), *Vårdens chans*. Stockholm: Ekerlids förlag.

Nutek (2008), *Kringtjänster till vård och omsorg : entreprenörskap och tjänsteutveckling i Nederländerna och Spanien*. Stockholm: Verket för näringsutveckling.

Porter, Michael (1985), *Competitive advantage : creating and sustaining superior performance*. New York: Free Press.

SKL (2005), *Hälso- och sjukvården till 2030 : om sjukvårdens samlade resursbehov på längre sikt*. Stockholm: Sveriges Kommuner och Landsting.

Socialstyrelsen (2009), *Hälso- och sjukvårdsrapport 2009*. Stockholm, <www.socialstyrelsen.se/publikationer2009/2009-126-72>.

SOU 2007:95, *Tjänster utan gränser : bilaga 4 till Långtidsutredningen 2008*. Stockholm: Fritze.

Turner, Grace-Marie (2009), "The value of innovation in health care". Alexandria, VA: The Galen Institute, <www.galen.org/component,8/action,show_content/id,13/category_id,2/blog_id,1145/type,33/>.

Westerberg, Eva & Johansson, Fredrik (2009), "Den europeiske patienten". Stockholm: Timbro, <www.timbro.se/innehall/?isbn=9175667126&flik=4>.

Vårdföretagarna (2009), *Vårdindikatorn : äldreomsorg*. Stockholm: Almega, <www.vardforetagarna.se/web/Vardindikatorn_1.asp>.

BILAGA:

NYA HÄLSO- OCH SJUKVÅRDSTJÄNSTER

Aetna Insurance, försäkringsbolag i Hartford, CT, USA, har med sin DocFind en liknande tjänst där kunderna kan söka efter specialister med goda medicinska resultat och jämföra kostnader och kvalitet, <www.aetna.com/>.

Best Doctors, London, ett internationellt företag med över 10 miljoner anslutna medlemmar i 30 länder. Sedan starten 1989 har man utvecklats till ledande aktör för medicinsk information. Best Doctors affärsmodell är helt enkelt att ge "second opinions" från ledande specialister i olika länder, <www.bestdoctors.com/bd/uk/index.php>.

Capio, Göteborg, ett av Europas ledande privata sjukvårdsföretag, hävdar sig redan väl på utländska marknader, <www.capio.se/en>.

Care for Women, Amersfoort, NL, tillhandahåller information och olika erbjudanden, till exempel "Care for Women Card" som ger förmånliga rabatter på produkter och tjänster från en rad partnerföretag, <www.careforwomen.nl>.

CZ Health Care Insurance, Tilburg, NL, har tre miljoner försäkrade och är ett av landets största försäkringsbolag. Försäkringsbolaget har en webbtjänst som låter kunden söka vårdgivare (till exempel sjukhus eller läkare) och som innehåller en databas med information om väntetider och medicinsk kvalitet. CZ arbetar också tillsammans med Best Doctors för att kunna erbjuda sina kunder "second opinions", <www.citrix.com/English/aboutCitrix/caseStudies/caseStudy.asp?storyID=21359>.

Fecit EU Care AB, Uppsala, hjälper privatpersoner att utnyttja vården i andra EU-länder, <www.fecit.se/>.

Försäkringskassan, kan ge ersättning för planerad vård utomlands, <<http://www.forsakringskassan.se/nav/310e4f475d46945fa9a96b712477501c>>.

HealthGrades, Golden, CO, USA:s ledande företag inom ranking och betygssättning av sjukhus, sjukhem och läkare. På hemsidan finns kvalitetsrankningar och kostnadsinformation om 5 000 sjukhus, <www.healthgrades.com/>.

MinuteClinic, Minneapolis, MN, en av drygt 1 175 kedjor av primärvårdsbutiker i USA, <www.minuteclinic.com/en/USA/>.

Optum Health (Optimizing Health and Well-Being), Golden Valley, MN, USA, erbjuder kliniskt granskad information och verktyg för kunderna att själva arbeta med sin hälsa och livsstil, <www.optumhealth.com/Home/>.

Redclinic, Houston, TX, en av drygt 1 175 kedjor av primärvårdsbutiker i USA, <www.redclinic.com/>.

SHL Telemedicine, Israel, är ett israeliskt företag med verksamhet även i Tyskland och USA. SHL använder avancerad telemedicinsk teknik för att hjälpa sina kunder till förbättrad hälsa och livskvalitet. Företaget är specialiserat på att utveckla och marknadsföra avancerade online-tjänster som baseras på telemedicinsystem. I dag har SHL sammanlagt 75 000 medlemmar, framför allt med hjärtsjukdom, högt blodtryck och andningssjukdomar.

Stichting Miletus, en stiftelse som startades 2006 och ägs gemensamt av de större nederländska försäkringsbolagen – dessa representerar ungefär 90 procent av de nederländska försäkringstagarna. Miletus har utvecklat CQ-Index – en standardiserad metod för att mäta kundernas upplevda kvalitet i vården – som främst används som verktyg för försäkringsbolagen i deras upphandling av vårdgivare. CQ-Index används också av vårdgivare och patientorganisationer,

<www.stichtingmiletus.nl/>.

Take Care Clinic, Deerfield, IL, en av drygt 1 175 kedjor av primärvårdsbutiker i USA, <<http://takecarehealth.com/>>.

TelaDoc Medical Services, Dallas, TX, erbjuder sina kunder rådgivning per telefon, <www.teladoc.com/home.php>.

Ten4Health (Trans-European healthcare support network for Europe's mobile citizens), Bonn, ett projekt som syftar till att utveckla webbaserade tjänstepaket för underlättande av gränsöverskridande vård inom EU. Ten4Health drivs av tre försäkringsbolag (däribland det ledande nederländska bolaget CZ) och elva sjukhus i fem medlemsländer – Österrike, Belgien, Tjeckien, Tyskland och Nederländerna, <http://ec.europa.eu/information_society/activities/eten/cf/opdb/cf/project/index.cfm?mode=detail&project_ref=ETEN-046307>.

United Healthcare, Minnetoka, MN, lanserade tidigare i år den första hälso-planen i sitt slag för diabetiker, ett program som syftar till att minska kostnaderna, ge patienten möjlighet att ta kontroll över sin situation och förebygga, eller åtminstone skjuta upp, de farliga komplikationer som kan följa av att sjukdomen förvärras, <www.unitedhealthgroup.com/main/Default.aspx>.

WebMD – Better Information, Better Health, New York, <www.webmd.com/default.htm>.

