

SJUKVÅRDS- FÖRSÄKRINGSSYSTEM I TJECKIEN OCH SLOVAKIEN

HENRIETA MAD'AROVÁ OCH
PONTUS TALLBERG

www.timbro.se/innehall/isbn=9175667546&flik=4

28 MAJ 2010

TIMBRO

© Författaren och Timbro 2010

ISBN 978-91-7566-754-6

www.timbro.se

info@timbro.se

FÖRORD

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

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

Föreliggande rapport belyser sjukvårdssystemet i två centraleuropeiska grannländer: Tjeckien och Slovakien. När dessa länder för två decennier sedan befriades från kommunismen, och fick chansen att i frihet välja färdriktning, skapade de inte en sjukvård som byggde på "landsting". I stället präglas vårdens organisation i både Tjeckien och Slovakien av en tydlig åtskillnad mellan finansiering och utförande. Förhandling, snarare än diktat uppifrån, blir vårdsystemets centrala beslutform. Länderna är också exempel på att försäkringslösning och vård tillgänglig för alla går hand i hand.

Rapporten har utarbetats av *Henrieta Mad'arová* och *Pontus Tallberg*.

Henrieta Mad'arová är ekonom med en Master of Science i Health Policy and Management från Brandeis University i Boston. Hon har arbetat både i hälsoreformgruppen vid Slovakiens hälsoministerium och som rådgivare till Tjeckiens hälsominister, där hon bland annat utarbetat lagförslag rörande försäkringsbolag och sjukvårdsmyndigheter. Henrieta har varit med och grundat tankesmedjan Health Policy Institute i Slovakien, och är även medlem i ett liknande forum för hälsoreform i Tjeckien. För tillfället arbetar hon med utvecklingen av ett särskilt institut för utbildning i hälso- och sjukvårdsmanagement i Prag.

Pontus Tallberg har studerat både vid Lunds universitet och Univerzita Karlova i Prag, och har en lång bakgrund i den svenska skatteförvaltningen, bland annat som medverkande i dåvarande Riksskatteverkets framtidsprojekt om skatter i en globaliserad värld. I dag ägnar han sig åt att studera utvecklingen i och mellan stat, region/landsting och kommuner, med fokus på

uppgiftsfördelning och organisering av politikområden avseende huvudmannaskap. Han följer noga den europeiska förvaltningsutvecklingen och har sedan många år särskilt intresserat sig för de så kallade Visegradländerna (Polen, Tjeckien, Slovakien och Ungern).

Stockholm i maj 2010

Thomas Idergard

Programansvarig, Valfärd & reformstrategi, Timbro

INNEHÅLL

Inledning	7
Tjeckiska Republiken	9
Slovakien	16
Jämförelse Tjeckien och Slovakien	23
Aktuella frågor i Tjeckien och Slovakien	26
Fördelar med systemen	27
Svenska lärdomar av systemen i Tjeckien respektive Slovakien	27
Noter	30
Referenser	32

INLEDNING

Medborgarnas krav på effektiv och snabb sjukvård ökar, och de skaffar sig allt mer kunskap om vilka vårdbehandlingar som står till buds såväl inom landet som utomlands. Att kunna välja var man vill bli behandlad är också i linje med utvecklingen inom EU, om rörlighet för sjukvårdstjänster. Den statliga utredningen om hur det svenska samhället i framtiden skulle kunna organiseras, den så kallade Ansvarskommittén¹ under ledning av dåvarande landshövdingen i Västmanland, Mats Svegfors, ägnade stor del av utredningen åt frågor om framtidens hälso- och sjukvårdsorganisation. En av kommitténs slutsatser var att Sverige bör organisera större sjukvårdshuvudmän i form av sex–nio regioner. Varje region bör ha ett universitetssjukhus, för att klara specialvård och kunskapsförsörjning. Ansvarskommitténs betänkande har dock inte satt så stora spår i den offentliga debatten. Frågan om sjukvårdens framtida organisation återstår att diskutera.

I sjukvården finns ett antal roller som var för sig kan hanteras under olika huvudmannaskap. Hur rollerna ska organiseras, utformas och finansieras är i första hand en politisk fråga, eftersom sjukvård i huvudsak finansieras via skatter. Sjukvårdens roller kan lösas var för sig, men för att undvika fragmentering och otydlighet bör reformer genomföras i konsensus och så brett som möjligt. Lösningar som tvingas fram av rådande omständigheter kan skapa otydlighet rörande ansvar och i finansiering. En huvudman måste inte nödvändigtvis ha alla roller, utan de kan fördelas på ägande, finansiering, utförande, reglering och kontroll. I dag är det i huvudsak landstingen som har dessa roller, bortsett från kontrollfunktionen som är statlig.

Mot den bakgrunden kan det vara värdefullt att ta del av andra länders erfarenheter i den svenska debatten. Förutom organisationsfrågor behövs också en debatt om vad den offentliga sjukvården ska förväntas klara av och vilka rättigheter och skyldigheter medborgarna har. Denna diskussion är minst lika viktig som frågan om organisation, som endast undantagsvis berörs i Ansvarskommitténs rapport.

I Sverige tänker vi ofta på USA när det talas om olika former av försäkringslösningar inom sjukvården. Men det finns flera länder med intresseväckande modeller. Exempelvis Tyskland och Schweiz har en modell som är vanlig i EU och används av flera nya medlemsländer som Tjeckien, Slovakien, Polen och Ungern.

De sistnämnda staternas sjukvårdssystem är okända i Sverige. Inom ramen för en debatt om organisation av sjukvården finns anledning att studera två av dem närmare, Tjeckien och

Slovakien. Syftet med rapporten är att bidra till ökad kunskap, inspiration och underlag för diskussion om framtida organisering av vården i Sverige.

TJECKISKA REPUBLIKEN

Tjeckien räknas till Centraleuropa och gränsar till Tyskland, Österrike, Slovakien och Polen. Befolkningen uppgår till runt 10,3 miljoner, de flesta bor i tätorter (73,5 procent).² Sedan dubbelmonarkin Österrike-Ungern har Tjeckien en stark industriell tradition och är i dag ett av de mest utvecklade nya medlemsländerna i EU. Tillverkningsindustrin omfattar primärt bilproduktion, tunga maskiner och verkstadsprodukter.³

Tjeckien är en parlamentarisk demokratisk republik som formellt leds av en president som väljs av parlamentet för en mandattid om fem år.⁴ Parlamentet består av två kamrar med ansvar för godkännande av lagstiftningen, deputeradekammaren har 200 ledamöter valda på 4 år, medan senaten har 81 ledamöter valda på sex år.⁵ I april 2009 föll den sittande regeringen och fram till valet i maj 2010 har Tjeckien en tjänstemannaregering. Tjeckien är medlem i Nato sedan 1999 och EU sedan 2004.

År 2000 decentraliserades makten i landet genom bildandet av 14 regioner, varav en är Prag. Regionerna styrs av en egen vald församling och en guvernör (men Prag har en borgmästare). Regionerna ansvarar för olika frågor, bland annat organisation av hälsovård och sjukvård, sociala tjänster, utvecklingsansvar och kulturella frågor. Regionerna har inte egen beskattningsrätt. Jämfört med Sverige har Tjeckien ett mycket stort antal kommuner – 6 243 stycken.⁶ Kommunsystemet är asymmetriskt, vilket innebär att kommunerna delas in i tre grupper och att vissa uppgifter i en mindre kommun handläggs i närmaste större kommun.

Tabell 1. Demografiska indikator och hälsoindikatorer.

	1990	2000	2007 eller senaste tillgängliga uppgifter	Sverige
Demografiska indikatorer				
Folkmängd (miljoner)	10,363	10,273	10,334	9,34
Befolkning, andel kvinnor (%)	51,5	51,0	50,9	50,2
Årlig befolkningstillväxt (%)	0,01	-0,09	0,63	0,8
Fruksamhetstal (antal födslar per kvinna)	1,89	1,16	1,44	1,91
Försörjningsbördan (personer i arbetsför ålder i förhållande till övrig befolkning)	0,51	0,43	0,40	0,705
Hälsoindikatorer				
Förväntad medellivslängd vid födelsen (år)				
Kvinnor	75,54	78,61	80,30	82,9
Män	67,63	71,75	73,82	78,7
Antal döda per 1 000 invånare och år				
Kvinnor	11,77	10,26	9,84	10,22
Män	13,20	10,98	10,44	9,61
Spädbarnsdödlighet (per 1 000 levande födda)	10,8	4,10	3,14	3,62

Källa: WHO 2008; Štatistický úrad Slovenskej republiky 2009; SCB 2010.

Hälsovård och sjukvård tillhandahålls av ett stort antal självständiga och oberoende vårdgivare i olika juridiska former. Ungefär 95 procent av primärvården (allmänläkare, gynekologer, barnläkare och tandläkare) är privat.⁷ En vårdsökande väljer sin egen vårdgivare genom en registrering som normalt inte kan förvägras. Sjukhusen i Tjeckien har olika ägandeformer; det finns universitetssjukhus, högspecialiserade sjukhus som ägs och förvaltas av Hälsovårdsministeriet, andra statliga sjukhus, sjukhus som hör till olika välgörenhetsorganisationer och till regionala och lokala myndigheter samt privata sjukhus. Majoriteten av apoteken (99 procent år 2007) drivs som privata företag och resten ägs av offentliga sjukhus.⁸

För att tillhandahålla vårdtjänster krävs licens. Detta tillstånd erhålls av regionen eller av Hälsovårdsministeriet, beroende på omfattningen av de tjänster som ska erbjudas och av platsen för tillhandahållandet. Hälsovårdsministeriet utfärdar licens för landsomfattande och högt specialiserade tjänster, medan regionen utfärdar licens till regionalt förankrade tjänster.

Licensens giltighet beror på vissa lagligt bestämda krav rörande personal, material och teknisk utrustning (till exempel utbildning av vårdpersonal, nödvändig utrustning och ambulans).⁹

Sjukvårdsförsäkringssystemet har en lång tradition i Tjeckien. Det infördes under det österrikisk-ungerska imperiet i slutet av 1800-talet genom lag om obligatorisk olycksfallsförsäkring och lag om sjukvårdsförsäkringssystem för arbetare.¹⁰ Systemet utökades efter grundandet av den tjeckoslovakiska staten från 1918. Då infördes obligatorisk försäkring mot sjukdom för alla anställda – cirka en tredjedel av befolkningen. Försäkringen tillhandahölls av flera försäkringsbolag. Detta system övergavs gradvis efter andra världskriget. Efter Pragkuppen¹¹ 1948 styrdes landet av Kommunistpartiet, vilket innebar stora förändringar inom alla samhällsområden, exempelvis nationaliserades privat egendom. Ett nationellt sjukvårdsförsäkringssystem infördes 1948¹² och de tidigare bolagen likviderades. Sjukvårdsförsäkringen kom att omfatta alla medborgare, vilket förbättrade tillgången på vård för alla, eftersom det tidigare omfattat endast dem med anställning. Fyra år senare, 1952, ersattes det nationella sjukvårdsförsäkringssystemet och en nationalisering skedde. Detta innebar fri sjukvård för alla, som finansierades direkt via statsbudgeten. Efter sammetsrevolutionen 1989¹³ omstrukturerades sjukvården återigen – till ett system byggt på försäkringslösning med ett flertal försäkringsbolag med obligatoriskt val av försäkringsbolag. Den rättsliga grunden återfinns i den konstitutionella lagen från 1993: ”Alla har rätt till skydd för hälsa. Baserat på den allmänna sjukvårdsförsäkringen har medborgarna rätt till fri vård och stöd inom de villkor som anges i lagen.”¹⁴

Det offentliga sjukvårdsförsäkringssystemet omfattar alla; det är obligatoriskt och bygger på betalningsförmåga hos individerna.¹⁵ För att göra det mer solidariskt har man infört så kallad riskfördelning, som omfattar i stort sett all sjukvård. Medborgarna ska välja försäkringsbolag och registrera sig hos dessa. Det sker helt fritt och oberoende av boendeort och hälsostatus. Bolagen kan inte vägra och får inte göra riskurval. Bolag kan bytas var tolfte månad och gäller påföljande kvartal.¹⁶ Det är dock mycket få som byter bolag, runt 2 procent, vilket är försumbart.

Sjukvården finansieras av arbetsgivare och arbetstagare som tillsammans betalar 13,5 procent av de anställdas löner före skatt. Arbetsgivaren betalar 9 procent och arbetstagaren 4,5 procent. Det finns ett tak utifrån vilket belopp avgifter utgår. Det finns också ett minsta belopp som beräknas till 13,5 procent av en minimilön som fastställs politiskt. Egenföretagare betalar 13,5 procent av hälften av vinsten i verksamheten, men samma tak som ovan gäller. För egenföretagare finns också ett minsta belopp som fastställts till 13,5 procent av hälften av förväntad genomsnittslön året före betalningsåret. För arbetslösa, pensionärer och barn betalar staten ur statsbudgeten.¹⁷

Försäkringsbolagen ersätts varje månad för de försäkrade. Regleringen är utformad för att skapa ett solidariskt system som är universellt. Reglerna om tak är till för att skydda mycket höga inkomster från avgifter som inte kan motiveras som försäkringspremie. Regler om lägsta bidrag från egenföretagare ska hindra spekulativt beteende av egenföretagare genom optimering av vinstnivåerna. Eftersom systemet ska vara solidariskt sker varje månad en omfördelning mellan bolagen, så att de får in lika mycket per försäkringstagare oavsett åldersgrupp och kön.¹⁸ För försäkringstagare som medfört stora kostnader kan en omfördelning ske i efterhand, när dessa kostnader blivit kända.

Förmånerna i den allmänna sjukvårdsförsäkringen är omfattande men vagt definierade. Dit hör all hälsovård som ska förbättra eller bibehålla hälsostatus, vilket innebär rätt till slutenvård och öppen sjukvård, inklusive förebyggande tjänster och vaccination, läkemedel, hjälpmedel, viss tandvård, akuta transporter, viss rehabilitering och spa-behandling. Endast ett begränsat antal hälso- och sjukvårdstjänster är undantagna, som kosmetisk kirurgi, abort på begäran, hälso- och sjukvårdstjänster som bygger på arbetsgivarnas begäran, en del tandvård etc. Lagen definierar vilka läkemedel som omfattas av den allmänna sjukvårdsförsäkringen. En huvudregel är att det ska finnas minst ett läkemedel i varje behandling som omfattas av rätten till läkemedel. Finns fler läkemedel gäller vanligen att rätten omfattar det billigaste, beräknat efter ett internationellt referenssystem. Dyrare läkemedel måste betalas med skillnaden mellan priset och det som täcks av försäkringen. Närmare 60 procent av de läkemedel som skrivs ut kräver ingen tilläggsbetalning. Om läkemedlet anses vara mer innovativt kan försäkringsersättningen bli högre.

Vård som regleras i lag måste ges men systemet har vissa begränsningsmekanismer. Sluten vård ersätts utifrån i förväg bestämda indikatorer. Nya behandlingsformer ersätts efter särskilda överenskommelser. Ett annat sätt att ransonera efterfrågan är via budgetmekanismer. Det innebär att minskade intäkter eller ökad efterfrågan på vård kan styra utbudet på olika sätt, till exempel genom att sjukhuset eller vårdmottagningen väljer billigare behandlingsmetoder, underlåter att skriva remisser och andra mekanismer som orsakar köbildning. Detta är dock inte i linje med de omfattande rättigheter medborgarna har.

Den allmänna sjukvårdsförsäkringen hanteras av försäkringsbolag som är särskilda juridiska enheter och saknar tydligt ägarskap. De får inte syssla med andra försäkringar än vårdförsäkringar. De har bildats genom lag – vilket är fallet med den största, Všeobecná zdravotní pojišťovna, VZP ("General Health Insurance Company") – eller av flera stora arbetsgivare eller grupper av arbetsgivare som Förvarsministeriet, Inrikesministeriet, grupper av banker, grupper

av arbetsgivare i metallurgiska industrin, bilindustrin etc. Men när de väl har fått licens att driva försäkringsverksamhet förekommer ingen ägarkontroll.

Sjukvårdsförsäkringsbolagen leds av en administration och en styrelse. Styrelsen består av tre parter: 1/3 väljs av arbetsgivarna, 1/3 väljs av regeringen och 1/3 väljs av fackföreningarna. Styrelsen för VZP består till 2/3 av ledamöter valda av parlamentet och 1/3 vald av regeringen. Trots att bolagen har cirka 7 procent av Tjeckiens BNP¹⁸ till förfogande har de inget tydligt juridiskt ansvar för sina förvaltningsbeslut. Styrelseledamöter som valts av regeringen sitter ofta i flera styrelser samtidigt, vilket begränsar möjligheten till konkurrens mellan bolagen. Dessutom finns det ingen tydlig ansvarsfördelning mellan bolagens direktörer och styrelseledamöterna.

Bolagens medel hanteras i fyra fonder. Den så kallade primära fonden är den största. Den ska täcka de gängse kostnaderna för sjukvård. Det finns en reservfond som omfattar 1,5 procent av de genomsnittliga utgifterna och ska användas för ovanligare händelser som epidemier och för att täcka underskott i den primära fonden. Det finns en administrativ fond som begränsas till 3,5 procent av de totala intäkterna och omfattar endast administrativa kostnader. Den fjärde fonden är en förebyggande fond, som består av särskilda resurser och ska täcka vissa extra förmåner till de försäkrade. Bolagen får inte vara vinstdrivande. Dock kan vinster uppstå på grund av ökade lönenivåer i landet och lägre förväntad efterfrågan på vård. I dessa fall ska den uppkomna vinsten överföras till kommande år och användas till vård eller för ökade utbetalningar till vårdgivarna.

Vid mitten av 1990-talet fanns det cirka 27 bolag, men många har upphört till följd av fusioner, nedläggningar och konkurser.¹⁹ För närvarande finns det nio verksamma bolag på marknaden. Det största har redan nämnts, VZP²⁰ som täcker cirka 63 procent av marknaden.²¹ För närvarande diskuteras sammanslagningar av bolag, för att få fler starka aktörer. Reglering och kontroll sker gemensamt av Hälsovårdsministeriet och Finansministeriet, och avser i första hand ekonomiska förhållanden men inte åtagandet gentemot försäkringstagarna. VZP garanteras finansiellt av staten. Men till andra bolag kan staten endast lämna begränsat ekonomiskt stöd.

För att kunna erbjuda försäkringstagarna sjukvård tecknar bolagen kontrakt med vårdgivare. Avtalen löper ofta i perioder om fem–åtta år. En ny vårdgivare måste ha kontrakt med ett bolag för att kunna erbjuda vård som omfattas av sjukvårdsförsäkringen. Det finns dock inga garantier för att erhålla kontrakt. Prisnivån omförhandlas varje år mellan bolag och vårdgivare (till exempel sammanslutning av sjukhus, sammanslutning av primära vårdgivare etc). Vid oenighet mellan bolag och vårdgivare kan Hälsovårdsministeriet utfärda direktiv som reglerar priser och

betalningsmekanismer. Detta direktiv är inte längre (sedan 2008) bindande, så bolagen kan komma överens med vårdgivarna om andra villkor.

Betalningen beror på vilken typ av vårdgivare det rör sig om. Inlagda patienter i slutenvård ersätts via framräknade ersättningskvoter som följer arten av sjukdom.²² Specialister i öppen vård ersätts via ett avgiftssystem, men med tak som kan innebära avtagande ersättning vid vissa trösklar. Primärvård ersätts efter en enhetstaxa som varierar med indelning i 18 grupper. Även här finns trösklar som hindrar läkare från att registrera för många patienter, med minskad tid per patient som följd. Vårdgivaren skickar en faktura direkt till försäkringsbolaget, med olika intervaller beroende på vårdgivarens storlek (kvartalsvis eller månadsvis).

Sedan 2008 har flera initiativ tagits för att definiera standarden på sjukvården och därmed skapa utrymme för att göra tilläggsbetalningar. I likhet med alla andra sjukvårdsförsäkringssystem med praktiskt taget inga egenavgifter lider den offentliga sjukvårdsförsäkringen av problem med fripassagerare. Försäkrade tenderar att överkonsumera vård eftersom det mesta är kostnadsfritt (utom läkemedel och medicinska hjälpmedel). År 2005 var antalet patientbesök till läkare det högsta i WHO:s europeiska region – 15 besök per person och år. För att hantera problemet införde regeringen ett regelverk med användaravgifter: CZK 30 (SEK 12) per läkarbesök och för läkemedel. För slutenvård är avgiften CZK 60 per dag (SEK 25), och CZK 90 (SEK 37) för akutbesök. Vissa grupper undantas: människor under en viss inkomstgräns, gravida kvinnor, nyfödda, patienter med smittsamma sjukdomar och barn under 18 år. Dessutom infördes ett årligt tak på totala avgifter under ett år (högkostnadsskydd) på CZK 2 500 (SEK 1 020) för barn under 18 år och vuxna över 65 år, och CZK 5 000 (SEK 2 040) för övriga. Införandet av avgifter minskade antalet besök av öppen vård med 15 procent och akutbesök med 35 procent.

Sjukvårdsförsäkringsbolagen kan också reglera tillgången på hälsovård genom att begränsa ersättningen till vårdgivarna, och genom mer selektiv upphandling. Det finns ingen kontrollmekanism för regionala skillnader i antalet kontrakterade läkare per capita, deras kontorstid och reseavstånd för patienterna. Vissa betalningsmekanismer med övre tak, total budget och enhetstaxa kan föranleda läkare att endast lämna så mycket sjukvård som de får betalt för. Det har inträffat att läkare helt enkelt stängt sin mottagning efter att ha fyllt den kvot som ersätts. Ett annat problem är förbudet att tilläggsbetala vård som kan erhållas utöver det allmänna systemet. Det kan endast ske vid val av läkemedel. I ett sådant fall kan patienten välja att inte omfattas av den offentliga sjukvårdsförsäkringen, men får då betala hela kostnaden själv.

Även om det allmänna sjukvårdsförsäkringssystemet i Tjeckien fungerar väl och rankas som nummer 17 av 33 länder i *Euro Health Consumer Index*²³, blir dess begränsningar tydliga under en ekonomisk kris. Resurser till vård och ökad efterfrågan är inte relaterade till varandra. Resurserna växer bara i takt med sysselsättningsökning och löneökningar. Vid ekonomisk tillbakagång kan det till och med röra sig om minskade resurser, vilket sannolikt kan bli fallet under 2010. Det leder i sin tur till dold ransonering, vilket fråntar patienterna möjligheten att byta bolag, vilket de har rätt till. Det finns flera försäkringsbolag i systemet, vilket säkerställer viss variation i utveckling och kvalitet. Det finns fortfarande utrymme för förbättringar i fråga om patienternas rättigheter, och för spridning av information om kvalitet och effektivitet.

SLOVAKIEN

Också Slovakien räknas till Centraleuropa, och gränsar till Tjeckien, Österrike, Ungern, Ukraina och Polen. 2008 uppgick befolkningen till 5,4 miljoner, varav cirka 51,4 procent var kvinnor.²⁴ Antalet medborgare har inte nämnvärt förändrats under de senaste 20 åren.²⁵

Den slovakiska ekonomin har genomgått stora förändringar under de senaste två decennierna. Den tunga industrin byggdes upp under den tjeckoslovakiska tiden och stängdes till stor del efter kommunismens fall. Slovakisk industriproduktion har till stor del byggts upp av utländska direktinvesteringar under de senaste tio åren, och numera förlitar man sig främst på bilproduktion med stora investeringar i städer som Bratislava, Trnava och Zilina.

Slovakien är en parlamentarisk demokratisk republik som formellt leds av en president som väljs av medborgarna vart femte år. Presidenten har vetorätt i lagstiftning som godkänts av parlamentet. Parlamentet har 150 ledamöter som väljs på 4 år. Den nuvarande regeringen är en koalitionsregering och har bildats av det politiska partiet SMER (socialdemokratiskt) med nuvarande premiärministern Robert Fico, och två mindre partier, Slovakiska nationalistpartiet SNS och ett annat nationalistiskt parti HZDS, som tidigare spelat mycket stor roll i Slovakien. Nästa val sker sommaren 2010. Sedan 1998 har Slovakien genomgått betydande förändringar i den offentliga förvaltningen och dess organisation.

Slovakien har en decentraliserad struktur med åtta regioner som har uppgifter inom hälso- och sjukvård, sociala frågor, utbildning, kultur, transport, miljöskydd, fysisk planering etc. I likhet med Tjeckien har Slovakien ett asymmetriskt kommunsystem med 3 200 kommuner.²⁶ Sedan 2004 är Slovakien medlem i Nato och EU. Slovakien införde euro 1/1 2009.

Tabell 2. Demografiska indikator och hälsoindikatorer.

	2000	2007 eller senast tillgängliga år	Sverige
Demografiska indikatorer			
Folkmängd (miljoner)	5,402	5,412	9,34
Befolkning, andel kvinnor (%)	51,39	51,41	50,2
Årlig befolkningstillväxt (%)	0,7	2,08	0,8
Fruksamhetstal (antal födlar per kvinna)	1,25*	1,34	1,91
Försörjningsbördan (personer i arbetsför ålder i förhållande till övrig befolkning)	0,45	0,40**	0,705
Hälsoindikatorer			
Förväntad medellivslängd vid födelsen (år)			
Kvinnor	76,4	79,53	82,9
Män	68,1	71,47	78,7
Antal döda per 1 000 invånare och år			
Kvinnor	7,07	6,75	10,22
Män	12,61	12,05	9,61
Spädbarnsdödlighet (per 1 000 levande födda)	8,00	6,84	3,62

* Data för år 2003.

** Data för år 2005.

Källor: NationMaster 2010; Global Virtual University 2009; OECD 2010; Štatistický úrad Slovenskej republiky 2009; Eurostat 2010; SCB 2010.

Hälso- och sjukvården finansieras via sjukvårdsförsäkringsbolag genom en obligatorisk sjukvårdsförsäkring. Den utförs av ett flertal självständiga vårdgivare med olika typer av ägande och juridiska former. Majoriteten av vårdgivarna är privata (62,2 procent 2007). Primärvården var till 93 procent privatägd år 2002, och den specialiserade vården var samma år privat till 55 procent.²⁷

Endast en minoritet av vårdgivarna ägs och förvaltas av Hälsoministeriet eller andra ministerier (totalt 31,5 procent år 2007) och regionala myndigheter eller kommuner (6,3 procent).²⁸ Sjukhusen är i huvudsak offentligt ägda i form av universitetssjukhus, regionala sjukhus, sjukhus ägda av olika ministerier och sjukhus som ägs av kommuner. Förvaltningen av mindre sjukhus kan vara utlagd på privata aktörer, i regel mindre sjukhus i olika städer.

Antalet vårdgivare är förhållandevis stort och har ökat främst inom öppenvården. Antalet apotek har också ökat på senare år vilket garanterar ett apotek per 3 662 invånare. Under kommunisttiden byggdes slutenvården ut för att ge god tillgång och bland annat kunna möta

behov vid ett eventuellt tredje världskrig. Denna struktur är dock i dag föråldrad, och det finns en överkapacitet av slutenvårdsenheter men brist på primärvård och bristande koncentration av specialvården. Det föreligger brist på medel för kapitalinvesteringar, och sjukhusutrustning är till stor del föråldrad. Slutenvården lider av ökad skuldsättning (273 miljoner i slutet av 2008). Kvaliteten anses bli lidande av den bristande koncentrationen av viss specialistvård.²⁹

Vårdgivare måste ha licens från den region där den är verksam eller – beroende på omfattningen – ha en licens från Hälsoministeriet. Licensen blir giltig först efter uppfyllandet av vissa krav på kvalificerad och erfaren sjukvårdspersonal och viss materiell och teknisk standard. Hälsosystemet genomgick omfattande reformer under åren 2002–2006. Dessa år kallas reformåren, eftersom man då genomförde ett stort antal systemreformer. Förutom inom hälsovården förekom reformer av de offentliga finanserna, skattesystemet och de sociala trygghetssystemen. De flesta av nu gällande regleringar av hälso- och sjukvårdssystemet härrör från denna tid, även om de har ändrats flera gånger. Trots löften om förbättringar genomfördes vissa reformer endast delvis vid regeringsskiftet 2006, exempelvis definitioner av de försäkrades rättigheter, klassificeringssystem och betalningssystem samt en utveckling i riktning mot färre och effektivare sjukhus.³⁰

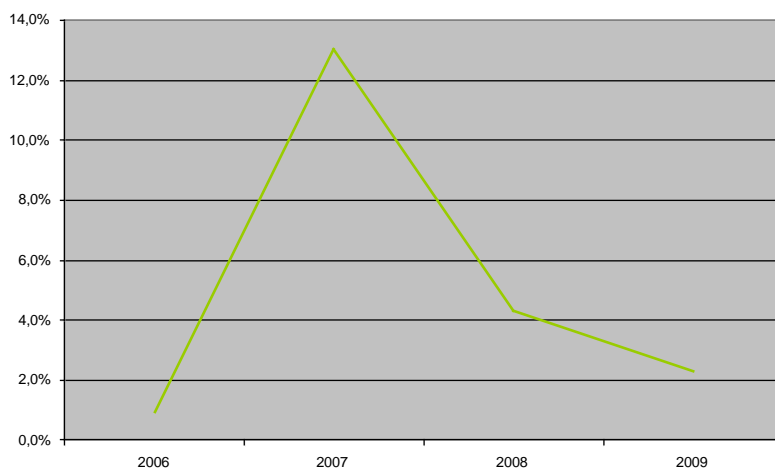
Sjukvårdsförsäkringssystemets historiska bakgrund sammanfaller i Slovakien till stor del med det i Tjeckien, eftersom landet var en del av den tjeckoslovakiska staten från 1918 till 1993. Utvecklingen under denna period sammanfaller således i stort sett med Tjeckiens. Dessförinnan – under den så kallade dubbelmonarkin – var Slovakien en del av Ungern och hade inte samma ställning som Tjeckien, och inte heller någon egen representation i parlamentet i Wien. Efter 1993 är Slovakiens utveckling oberoende av Tjeckien.

Den rättsliga grunden för sjukvårdssystemet är fastställd i konstitutionen från 1992: "Alla har rätt till skydd för hälsa." Baserat på den allmänna sjukvårdsförsäkringen har medborgarna rätt till fri vård och stöd inom de villkor som anges i lagen.³¹

Finansieringen av det allmänna sjukvårdsförsäkringssystemet sker i första hand genom avgifter, som står för 83 procent av de totala intäkterna (2007).³² Systemets solidaritet och trygghet bygger på att det är obligatoriskt och att premierna – som bygger på inkomstunderlaget – är fasta och reglerade av staten. De inbetalda avgifterna fördelas mellan försäkringsbolagen utifrån de försäkrades ålder, kön och om de är ekonomiskt aktiva. Medborgarna ingår i det allmänna sjukvårdsförsäkringssystemet från födseln och de har rätt att välja ett bolag var tolfte månad. Nytt val för följande år ska göras före utgången av september och gäller från 1 januari. Denna regel finns för att bolagen i god tid ska kunna planera för kommande år. Sjukvårdsförsäkrings-

bolagen måste acceptera en försäkringstagare som begärt registrering, oavsett hälsostatus eller yrkesstatus. Efter genomförandet av de olika hälsoreformerna ökade antalet personer som bytte bolag kraftigt, men sjönk sedan till samma antal som före reformarbetet.

Antal i procent som bytt försäkringsbolag.



Källa: ÚDZS 2010.

Att så få byter bolag beror antagligen på att skillnaderna mellan bolagen är så små. De grundläggande rättigheterna är fastställda och gäller samtliga bolag. Från 2007 kan bolagen inte locka till sig nya försäkringstagare med hjälp av ekonomiska eller icke-ekonomiska förmåner utöver lagreglerade rättigheter. Totalt svarade hälsoutgifterna för 7,7 procent av BNP, vilket är under OECD- och EU-genomsnittet.

Intäkterna kommer från arbetsgivare och arbetstagare som betalar 14 procent av de anställdas lön före skatt: arbetsgivaren betalar 10 procent och arbetstagaren 4 procent. Det finns ett årligt tak på avgifterna från anställda som uppgår till 36 gånger den genomsnittliga månadslönen i Slovakien två år före inbetalningsåret. Vidare finns också en minimiavgift på 14 procent av minimilönen, som fastställs administrativt varje år. Resurser kommer också från egenföretagare som betalar 14 procent av 46,7 procent av sina vinster (det vill säga skillnaden mellan intäkter och kostnader, inklusive utgifterna för den offentliga sjukvårdsförsäkringen). Även för denna grupp gäller regelverket om tak och golv.³³

Vidare kommer inbetalningar till systemet från individer utan beskattningsbar inkomst, som betalar minst 14 procent av minimilönen eller från sina realinkomster. Slutligen sker direkt

inbetalning av statsmedel, då staten betalar avgiften för resterande medborgare. Denna grupp utgörs till 57 procent av alla försäkrade och omfattar arbetslösa, pensionärer och barn. Det belopp som staten ska erlägga är förutsägbart i och med att det anges i lag exakt hur det ska beräknas. Det statliga bidraget beräknas till 4 procent av en genomsnittlig fastställd månadslön med två års eftersläpning. Därför ökar bidraget från staten automatiskt med tillväxten av den genomsnittliga lönen i ekonomin.

Den statliga inbetalningen kan dock regleras genom ändring av den procentsats som staten ska erlägga, enligt ovan. Det har också hänt. Bidragen för deras försäkringstagare betalas ut månadsvis i förskott till bolagen. Intäkterna omfördelas mellan bolagen efter en riskfördelning. Fram till 2008 fick bolagen samma intäkter beroende på försäkringstagarnas ålder och kön. Från 2009 ingår som parameter också om försäkringstagare är ekonomiskt aktiva eller inte, eftersom arbetslösa antas efterfråga mer vård än ekonomiskt aktiva. Riskfördelningen sker av ett belopp som omfattar 95 procent av förväntade premier. Om ett bolag samlar mer än 95 procent får bolaget behålla den överskjutande delen. Det ska verka motiverande för bolaget att maximera intäkterna och kunna behålla en viss del av dem.

En särskild lag reglerar nivån på ersättningen från den allmänna sjukvårdsförsäkringen.³⁴ Den ska fullt ut täcka akut och brådskande sjukvård, liksom diagnostik och hälsovård samt obligatoriska vaccinationer. Det offentliga sjukvårdsförsäkringssystemet omfattar formellt nästan all hälsovård. Den hälso- och sjukvård som inte ersätts är sådan som tillhandahålls på begäran av patienten eller av andra institutioner. Det gäller också tandvård som inte ligger inom ramen för årlig kontroll. Den allmänna sjukvårdsförsäkringen omfattar även helt eller delvis läkemedel på en läkemedelslista. De läkemedel som inte ingår i denna förteckning ersätts helt av patienten. De läkemedel som används inom slutenvården täcks helt av den allmänna sjukvårdsförsäkringen. För varje behandling finns minst ett läkemedel som täcks av ersättningsbestämmelserna. Som vårdsökande kan man själv betala för en behandling som ligger utanför det som ersätts av försäkringen. Detta är inte reglerat och bygger på en överenskommelse mellan patienten och vårdgivaren, helt utanför försäkringsbolaget.

Förmånerna begränsas genom en förteckning av vårdtjänster och deras vikt för ersättning och genom de årliga budgetar som bolag och vårdgivare kommer överens om i förhandlingar. Förteckningen är en uppräkningslista av de förmåner som erbjuds, och den utformas av Hälsoministeriet. Den kan förändras efter bedömningar. Budgetmekanismen är mindre tydlig, men i huvudsak innebär den att en vårdgivares budget beror på förväntade intäkter till vårdtjänster och sammanhänger med de resurser som kommer in i systemet. Vid ekonomisk kris

ökar arbetslösheten och lönenivåerna kan stagnera, vilket innebär lägre inkomster och minskade resurser till försäkringsbolagen. Det kan innebära att försäkringsbolagens kontroll ökar och att vårdgivaren inte kan få ersättning för alla utförda tjänster. Systemet kan medföra dold ransonering eftersom vårdsökande kan nedprioriteras eller nekas viss vård om vårdgivaren inte kan räkna med ersättning av bolaget.

Försäkrade kan ha problem att genomdriva sina rättigheter eftersom det är svårt att påvisa bristande vård. I lagen anges att bolagen ska kontrollera vårdgivares väntelistor så att nödvändig vård ges inom 12 månader. Detta system behöver förbättras. Sjukvårdsreformens syfte var att skapa god tillgång på vård och ökad specialisering. Försäkringsbolagen gavs möjligheter att mer selektivt teckna kontrakt med vårdgivare för att på den vägen tvinga fram en omstrukturering av antalet sjukhus, och till fler öppenvårdsmottagningar. Lagen hade brister som påverkade genomförandet negativt. En förbättring i lagstiftningen under 2009 har inte varit tillräckligt för att få igång nödvändiga strukturförändringar. Det har däremot skapats en övervakningsmyndighet, och en möjlighet för patienter att skicka in klagomål. Vid fel kan en vårdgivare förlora licensen att driva vård. Myndigheterna kan dock inte konkret fastställa vilka stöd en försäkringstagare har rätt till.³⁵

Den allmänna sjukvårdsförsäkringen bygger på försäkringsbolag som tydliga ägare, och vårdgivare som har fått licens för att driva verksamheten. Licensen är giltig efter att vissa krav uppfyllts, till exempel minsta eget kapital, öppenhet och ledningens personliga kvalifikationer samt vissa tekniska krav. Möjligheter till konkurrens mellan försäkringsbolagen begränsas av den breda definitionen av vad försäkringarna ska täcka, och att försäkringsbolagen inte kan erbjuda andra privata försäkringar vid sidan av den allmänna sjukvårdsförsäkringen. Försäkringsbolagen kontrolleras av myndigheterna och måste lämna in rapporter om den ekonomiska ställningen årsvis och halvårsvis. Försäkringsbolagen måste vara solventa och kunna betala sina skulder inom 30 dagar från förfallodag.

Från början förekom ingen vinstreglering, men de senaste åren har en sådan införts. Bolagen kan heller inte använda mer än 3,5 procent av intäkterna till administration. Vinster som uppstår under ett år kan bara användas till sjukvård kommande år, och får inte delas ut. Regeln som förbjuder vinstutdelning har kritiserats av bolagen och det har lämnats in klagomål till EU-kommissionen och till den internationella domstolen i Haag.

Antalet bolag har ändrats genom tillkomsten av nya aktörer och via fusioner. Inledningsvis ökade antalet bolag från fem till sju men har sedan dess minskat. Från 2010 finns det tre bolag, vilket

innebär att marknadskoncentrationen ökar då det största och statsägda sjukvårdsförsäkringsbolaget VZP kommer att ha en marknadsandel på 68,1 procent, och de två andra privata sjukvårdsförsäkringsbolagen endast 25,1 procent respektive 6, 8 procent.³⁶

Som andra system med praktiskt taget ingen egenfinansiering har det offentliga sjukvårdsförsäkringssystemet problem med fripassagerare. Medborgarna tenderar att överkonsumera vårdtjänster eftersom det mesta är kostnadsfritt. De användaravgifter som infördes 2003 var framgångsrika och ledde till minskad vårdkonsumtion, men de har i stort sett tagits bort av nuvarande regering. Detta har ökat efterfrågan på vård, vilket regeringen försökt reglera med obligatoriskt remissförfarande från allmänpraktiker till specialiserad öppenvård. Tidigare kunde man besöka den öppna specialvården direkt, utan remiss.

Bolagen har rätt att förhandla om priser och betalningsmekanismer med kontrakterade leverantörer. Vid val av vårdgivare ska bolagen beakta den struktur som finns, men också prisnivåer och kvalitetsaspekter. En del bolag använder sig av kvalitetsindikatorer som har fastställts av regeringen medan andra utvecklar egna indikatorer. Öppenvård ersätts med enhetstaxa i normalfallet, och slutenvård från fall till fall utifrån olika kriterier som tid, komplikationer, teknisk utrustning som använts och andra medicinska hjälpmedel. Vårdgivarna skickar faktura direkt till aktuellt försäkringsbolag, med olika intervaller beroende på vårdgivarens storlek (kvartalsvis eller månadsvis).

Under 2009 sjönk den slovakiska hälso- och sjukvården i *Euro Health Consumer Index* från 22:a till 29:e plats.³⁷ Det går endast att spekulera om orsaken till denna nedgång. En förklaring kan vara kvarvarande otydligheter i reformarbetet avseende kvalitetsindikatorer, patienters tillgång till vård och rättigheter. En annan förklaring kan vara att den finansiella krisen träffade systemet innan det nått stabilitet. Det finns risk för att 2010 blir ytterligare ett ekonomiskt svårt år för sjukvården i Slovakien, eftersom den ekonomiska krisen förväntas ge lägre intäkter till följd av den ökade arbetslösheten. Det pågående reformarbetet har avstannat, särskilt vad gäller strukturförändringarna av den slutna vården. Regeringsskiftet 2006 har också inneburit en annan inriktning av reformarbetet. Arbetet med att tydligare definiera vad som ingår i försäkringssystemet har alltså avstannat, liksom frågor om insyn i systemet, information om kvalitet, effektivitet hos vårdgivare och överkapacitet inom den slutna vården.

JÄMFÖRELSE TJECKIEN OCH SLOVAKIEN

FINANSIERING

TJECKIEN	SLOVAKIEN
<p>Obligatorisk allmän sjukvårdsförsäkring, finansierad genom betalningsförmåga.</p> <p>13,5 % av arbetstagarens lön varav arbetstagaren betalar 1/3 och arbetsgivaren resten, årligt tak på 48 gånger den genomsnittliga månadslönen 2 år före det år bidraget betalas.</p> <p>Egenföretagare betalar 13,5 % av 50 % av sina vinster, samma årliga tak som anställda, minsta bidrag på 13,5 % av 50 % av den förväntade genomsnittliga lönen 1 år före betalningsåret.</p> <p>Individer utan beskattningsbar inkomst, men inte tillhörande de grupper staten betalar premien för, betalar minst 13,5 % från lägsta månadslönen som årligen fastställs av staten.</p> <p>Staten betalar premien för resten av medborgarna (arbetslösa, pensionärer, barn). De uppgår till mer än 50 % av de försäkrade, och premien som staten betalar bestäms i statsbudgeten.</p>	<p>Obligatorisk allmän sjukvårdsförsäkring finansierad genom betalningsförmåga.</p> <p>14 % av arbetstagarens lön (4 % betalas av anställd, resten av arbetsgivaren), årligt tak på bidraget till 36 gånger den genomsnittliga månadslönen 2 år före det år bidraget betalas, minsta bidrag på 14 % av minimilön som fastställs årligen av staten.</p> <p>Egenföretagare betalar 14 % av 46,7 % av sina vinster (d v s skillnaden mellan intäkter och kostnader, inkl utgifterna för den offentliga sjukvårdsförsäkringen) med samma årliga tak och minimum.</p> <p>Individer utan beskattningsbar inkomst, men inte tillhörande de grupper staten betalar premien för, betalar minst 14 % av minimilönen eller från sina realinkomster.</p> <p>Staten betalar premien för resten av medborgarna (t ex arbetslösa, pensionärer, barn) som 2007 motsvarade 57 % av alla försäkrade. Premien uppgår till 4 % av den genomsnittliga månadslönen som rapporterats av statistikkontoret för 2 år sedan. Däremot kan regeringen ändra bidragets procentsats för att ge mer resurser till det allmänna sjukvårdsförsäkringssystemet.</p>
<i>Hälsoutgifter i förhållande till BNP</i>	
6,8 % (2007).	7,7 % (2007).
<i>Riskfördelning</i>	
Ålder, kön. Fördelning i efterhand av extremt höga vårdkostnader. 100 % av premierna fördelas.	Ålder, kön, från 2010 ekonomiskt aktiv eller arbetslös. 95 % av premierna fördelas.
<i>Försäkrades rättigheter</i>	
Fritt val av försäkringsbolag. Bolag kan bytas var tolfte månad och gäller från första dagen i påföljande kvartal.	Fritt val av försäkringsbolag. Rätt att byta bolag en gång per år fram till slutet av september. Byte träder i kraft 1 januari påföljande år. Tillgång till sjukvård bör vara reglerat genom ett antal vårdgivare. Övervakningsmyndighet fungerar som ombudsman för patienterna och kontrollerar kvaliteten på tjänsterna samt vårdgivarnas inställning.

Grundläggande hälsoförmåner

Alla har tillgång till sjukvård efter vårdbehov, utifrån en bred definition. Informella egenavgifter är förbjudna enligt lag. Begränsning sker genom förteckning och viktning samt överenskommelser med bolag om ersättning, samt genom den årliga budgeten.	Alla har tillgång till sjukvård efter vårdbehov och utifrån en bred definition av vad som omfattas. Informella egenavgifter för egentligen fullt betalda tjänster är vanliga. Begränsning kan ske genom viktning och genom budget samt överenskommelser mellan försäkringsbolag och vårdgivare
--	--

Läkemedel

Reglering genom förteckning, dock alltid minst ett läkemedel från varje grupp helt täckt av allmän sjukvårdsförsäkring.	Reglering genom förteckning, dock alltid minst ett läkemedel från varje grupp helt täckt av allmän sjukvårdsförsäkring
---	--

Användaravgifter – egen betalning

CZK 30 (SEK 12) för primärvårdsbesök, CZK 30 (SEK 12) för varje recept, CZK 60 (SEK 25) för sjukhusbesök, CZK 90 (SEK 37) för akuta besök.	EUR 1,99 (SEK 21) för varje akutbesök, EUR 0,17 (SEK 1,81) för varje utskriven medicin, EUR 0,07 (SEK 0,75) per 1 km ambulanstransport (dock inte akut). Användaravgifter vid rehabilitering i spa beror på diagnos och uppgår till antingen EUR 1,66 (SEK 18), EUR 4,98 (SEK 53) eller EUR 7,30 (SEK 78) per dag.
---	---

Tak för tilläggsbetalning

CZK 2 500 (SEK 1 020) barn under 18 år och personer 65+) CZK 5 000 (SEK 2 040)	Inget.
---	--------

Betalningssystem

Vårdgivare får betalt av försäkringsbolaget med vissa intervaller beroende på vårdgivarens storlek. Patienten betalar inget för att senare få ut av försäkringsbolaget.	Vårdgivare får betalt av försäkringsbolaget med vissa intervaller beroende på vårdgivarens storlek. Patienten betalar inget för att senare få ut av försäkringsbolaget.
---	---

Avtal försäkringsbolag och vårdgivare

Varje vårdgivare måste ha kontrakt med försäkringsbolag. Det finns inget krav på att ett försäkringsbolag måste ha kontrakt med alla vårdgivare.	Varje vårdgivare måste ha kontrakt med försäkringsbolag. Det finns inget krav på att ett försäkringsbolag måste ha kontrakt med alla vårdgivare.
--	--

FÖRSÄKRINGSBOLAGEN

TJECKIEN

SLOVAKIEN

Ägarskap och legal form

Halvoffentliga, speciell reglering i form av icke vinstdrivande försäkringsfonder.
Ingen tydlig ägare, styrelse nominerad av staten, fackföreningar och arbetsgivare.
Det största bolaget (VZP) etablerat direkt i lag. Staten garanterar VZP men kan bara till viss begränsning stödja de andra bolagen.
Fördelningen av intäkter reglerad till olika fonder (primära, administrativa, reserveringar).

Reglerade speciella aktiebolag som kan säljas och gå i konkurs.
Får sedan 2007 inte gå med vinst.
Får använda högst 3,5 % av intäkterna före riskfördelning till administrativa kostnader.

Antal och marknadskoncentration

Under 2009 uppgick antalet bolag till nio. Stark marknadskoncentration. Det största bolaget har 63 % av marknaden.

Från 2010 finns det tre bolag (2009 var antalet fem). Stark marknadskoncentration och det största bolaget har 68,1 % av marknaden.

Kontroll

Fragmenterad och delad mellan Hälsovårdsministeriet och Finansministeriet.
Endast finansiell övervakning av försäkringsbolagen.
Bristande kontroll över hur förpliktelserna till de försäkrade uppfylls.

Speciella övervakningskommittéer för vården.
Försäkringsbolagen övervakas finansiellt. Bristande kontroll över hur förpliktelserna till de försäkrade uppfylls.

Vårdgivare

Primärvården till största delen privat.
Sjukhus är både privatägda och offentligt ägda.
Vissa högspecialiserade sjukhus ägs av Hälsovårdsministeriet.

Primärvården är till 93 % privatiserad. Majoriteten av kvalificerad öppenvård är privat.
Sjukhusen ägs vanligen offentligt av Hälsoministeriet, andra ministerier, regioner eller kommuner.
Offentligt ägda sjukhus kan förvaltas privat.

Statens roll (Ministry of Health, Ministry of Finance)

Reglering och lagstiftning.
Äger inte försäkringsbolag men kontrollerar genom innehav av en tredjedel av styrelseposterna.
Tillsyn av försäkringsbolagen och vårdgivarna.
Licenser för landsomfattande vårdgivare.
Ägare av flertalet av de specialiserade sjukhusen.

Reglering och lagstiftning.
Äger det största försäkringsbolaget.
Ägare av särskilt specialiserade sjukhus.
Utfärdar licenser.

AKTUELLA FRÅGOR I TJECKIEN OCH SLOVAKIEN

För närvarande debatteras inte sjukvårdsfrågor i något av länderna. En förklaring kan vara att kommande parlamentsval innebär en nedprioritering av denna debatt. En förklaring kan också vara att debatten inte tycks vara en valfråga i något av de kommande parlamentsvalen. Men ländernas reformbehov är likartade. Det finns ett tydligt behov av att klargöra vad som ska omfattas av det universella vårdssystemet. I och med att detta inte är tydligt definierat blir medborgarna utlämnade till vårdgivarens bedömning. För att ytterligare stärka medborgarens rättigheter kan det bli vanligare med system som ger individerna möjlighet att få en bedömning hos annan vårdgivare. Systemen har också problem med underskott, vilket gör verksamheten svårare att planera.

I Slovakien är andelen egenbetalning relativt hög. Särskilt i kombination med bristande definitioner av rättigheter har detta skapat ett system som medför osäkerhet för medborgarna. Det är svårt att i nuvarande system veta om resurserna till vården är tillräckliga, då det saknas beräkningar av hur långa sjukvårdsköerna är. Det sistnämnda är ett krav för att finansierings-systemet ska kunna diskuteras på ett heltäckande sätt.

Försäkringsbolagen i Tjeckien är i princip en del av staten och har rollen som finansärer. I Slovakien finns däremot tydligare ägarskap, och omfattar även utländska ägare. Det gör vinstförbudet problematiskt och ifrågasatt. En uppfattning är att detta är förhindrande för bolagens effektivitetsarbete. Denna fråga kommer att aktualiseras framledes men har samband med utgången av kommande val.

Primärvården har normalt inga köer, även om sådana kan förekomma bland nyinflyttade i de större städerna, särskilt när en läkare uppfyllt sin "kvot" enligt kontrakt med försäkringsbolaget (och därmed inte ersätts för ytterligare patienter). För sjukhusvård förekommer köer från några månader upp till ett år, men det är svårt att klargöra eftersom kösystemen har brister. I Tjeckien finns det mer pengar i systemet, vilket har kunnat garantera bättre utveckling och högre kvalitet än i Slovakien. Slovakien behöver reformera på sjukhussidan eftersom landet har för många dåligt utrustade sjukhus.

Båda länderna måste börja diskutera användaravgifter i större utsträckning. Vad försäkrings-åtagandet ska innefatta måste tydligt anges, och därutöver bör egen finansiering tillåtas. Länderna behöver också diskutera gränsdragningen mellan omsorg och sjukvård. Omsorg

finansieras direkt ur statskassan. Det förekommer att länder med försäkringslösningar låter försäkringsbolagen hantera också sjukpenningen. Så är inte fallet i Tjeckien och Slovakien, där den ligger inom det sociala systemet, betalas av staten efter tre karensdagar och finansieras genom en löneavgift. Slovakien har haft vaga diskussioner om att lägga över ansvaret på försäkringsbolagen, men för närvarande finns inga sådana tendenser.

FÖRDELAR MED SYSTEMEN

Systemen anses vara effektivitetshöjande genom det förhandlingsförfarande som följer av att finansiering och utförande skiljs åt. Bolagen måste skriva ett antal kontrakt, och detta kräver förhandlingar mellan självständiga utförare och beställare. Det ger möjligheter och öppnar för nya idéer och en utveckling av exempelvis specialiserade centra samt ökade satsningar på preventiva åtgärder. Detta kan i sin tur skapa vinster, som dock för närvarande inte får förekomma hos försäkringsbolagen vare sig i Tjeckien eller i Slovakien. Däremot hävdas att försäkringsmodellen i sig inte har så stor betydelse, utan det viktiga är förutsättningar för förhandlingsmodellen. Finansieringen är – trots försäkringsmodellen – till stor del statlig, om än indirekt.

SVENSKA LÄRDOMAR AV SYSTEMEN I TJECKIEN RESPEKTIVE SLOVAKIEN

Lika intressant som det är att studera andra system, lika svårt är det att jämföra och dra slutsatser. Varje stat har sina lösningar som ofta har vuxit fram under mer eller mindre heta politiska strider. Det går aldrig att helt överföra en stats lösningar till en annan, och det är heller inte avsikten med studier av andra stater. Det handlar om att finna idéer som kan vara värda att diskutera och ta lärdom av. Sverige har valt att organisera sjukvården på en mellannivå av landsting/regioner. De svenska landstingen uppstod samtidigt med kommunerna år 1862. Det finns olika uppfattningar om huruvida landstingen inrättades för att vara sjukvårdsansvarigt organ eller att de blev sådana genom utvecklingen. Oavsett vilket har landstingen i dag det huvudsakliga ansvaret för sjukvården, vilket innefattar ägande, finansiering och drift. Landstingen har således de flesta rollerna för sjukvårdens verksamhet som finansieras med skatteintäkter.

Under 1990-talet har försök gjorts att skapa marknadsliknande former av olika köp- och säljsystem inom landstingen. Det har generellt sett inte varit så lyckat, och kan vara en förklaring

till att ett system med vårdvalsmodeller införts genom riksdagsbeslut 2009. Pengarna följer patienten till den primära vårdgivare som patienten väljer att registrera sig hos.

En tydlig tendens i dag är patienters möjlighet att söka vård där de finner den mest ändamålsenlig för just sina åkommor. Detta innebär också utvidgad rätt att söka vård i andra stater inom EU, eftersom vårdtjänster kan betraktas som en tjänst som omfattas av den fria rörligheten. Denna diskussion har inte mer än inletts, och fri rörlighet för vårdtjänster kommer att ha stor betydelse för hur vården kan eller bör organiseras.

Hälso- och sjukvårdssektorn står således inför stora förändringskrav och behov, bland annat på grund av demografiskt betingade förskjutningar, nya synsätt på individers rättigheter och skyldigheter, ökat investeringsbehov och hantering av den snabbt ökade kunskapen om olika behandlingar.

Sverige måste inleda en mer djupgående diskussion om vårdens organisering och finansiering, och det oavsett framtida territoriell indelning av sjukvårdshuvudmän. Det finns därför all anledning att ta del av andra länders sätt att organisera hälso- och sjukvård, vilket bidrar till att den svenska debatten kan bli djupare och mer nyanserad.

Det finns ett antal intressanta aspekter av systemen i Tjeckien och Slovakien. Staterna har båda valt en i EU vanlig försäkringsmodell och lämnat en statligt skattefinansierad modell. Försäkringslösningen är universell – omfattar alla – och i princip solidarisk. Försäkringstagaren väljer fritt bolag och får inte nekas. Det gör att bolagen inte kan "skumma marknaden" och undvika försäkringstagare med större förväntat vårdbehov än andra. Systemen är omfördelade i och med att det bygger på betalningsförmågan hos individerna. Staten utjämnar också intäkterna mellan bolagen. Staten och regionerna har betydelse som reglerare och kontrollanter.

En annan viktig aspekt av systemen – kanske den viktigaste – är en tydlig skillnad mellan beställare och producent. I Tjeckien och Slovakien innebär systemen att bolagen tvingar fram – och tvingas till – regelbundna förhandlingar med vårdgivare. Förhandlingar förtydligar och skapar förutsättningar för effektivitetshöjande konkurrens. Däremot anses inte finansiering genom försäkringslösning i sig vara den största fördelen, men genom att det finns fler bolag skapas en viss konkurrens mellan förhandlare, som främjar effektivitet.

Försäkringslösningen kan vid en första anblick uppfattas som att intäkterna låses på ett tydligare sätt än vid ett skattefinansierat system, och därmed hur mycket vård som kan konsumeras under ett budgetår. Det kan förefalla så, men rätten till vård är i princip heltäckande och utfallet vet

man – som i Sverige – inte förrän året har gått. I båda länderna har staten totalansvaret, och kan tvingas betala mer för de grupper för vilka staten betalar premier, genom att denna procentsats höjs. Det gör att systemen, trots att de är uppbyggda som en försäkringsstruktur och begrepp till stor del i grunden är skattefinansierade.

NOTER

1. SOU 2007:10.
2. Bryndová et al 2009, sid 1.
3. Ibid, sid 4.
4. Ibid, sid 6.
5. Ibid, sid 6.
6. Österberg 2008, sid 154.
7. ÚZIS 2010.
8. Bryndová et al 2009, sid 74.
9. Ibid, sid 54.
10. Det kommunistiska maktövertagandet i februari 1948 (Pragkuppen).
11. Bryndová et al 2009, sid 15.
12. Ibid, sid 16.
13. Czech Republic 1993.
14. Bryndová et al 2009, sid 13.
15. Ibid, sid 24.
16. Ibid, sid 39.
17. Ibid, sid 20.
18. ÚZIS 2010. Uppgiften gäller 2008.
19. Bryndová et al 2009, sid 27.
20. Czechoslovak republic 1991.
21. Bryndová et al 2009, sid 27.
22. Ibid, sid 28.
23. Health Consumer Powerhouse 2009a. Nedladdat 27 november 2009.
24. Hlavačka, Wágner & Riesberg 2004, sid 1.
25. Världsbanken 2002.
26. Gullberg 2003, sid 112.
27. Hlavačka, Wágner & Riesberg 2004, sid 19.
28. NCZI 2008.
29. Mad'arova 2009, sid 4.
30. Ibid, sid 4–5.
31. Den tjeckiska konstitutionen uttrycker detta på samma sätt.
32. HPI 2007; HPI 2008.
33. Hlavačka, Wágner & Riesberg 2004, sid 37–38.

34. *Official Journal of the European Union* 2006.

35. Mad'arova 2009, sid 9–10.

36. Ibid, sid 13.

37. Health Consumer Powerhouse 2009b.

REFERENSER

- Bryndová, L et al (2009). ".Czech republic : health system review". *Health systems in transition*, vol 11, nr 1, sid 1–122, <www.euro.who.int/Document/E92968.pdf>.
- Czech Republic (1993), "Constitution of the Czech Republic". Constitutional law nr 2 from 1993. List of fundamental rights and freedoms. Prag (ICL Document Status: 1 Jan 1993), <www.servat.unibe.ch/icl/ez00000_.html>.
- Czechoslovak republic (1991), "Law on a General Health Insurance Company" (Vseobecná zdravotni pojistovna). Prag (Act nr 551/91 Coll).
- Eurostat (2010), "Public health". Bryssel: European Commission, <http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/health/public_health>.
- Global Virtual University (2009), "Slovakia : life expectancy at birth". New York: United Nations, <http://globalis.gvu.unu.edu/indicator_detail.cfm?IndicatorID=18&Country=SK>.
- Gullberg, Tom (2003), "Identitetsregioner och regional identitet i de nya medlemsstaterna", i *Regionernas Europa : belysning av den aktuella regiondebatten i Europa*. Kristianstad; Region Skåne, <www.skane.se/upload/Webbplatser/RU/Dokument/RegionernasEuropa.pdf>.
- Health Consumer Powerhouse (2009a), *Euro health consumer index 2009*. Bryssel, <www.healthpowerhouse.com/index.php?option=com_content&view=category&layout=blog&id=36&Itemid=55>.
- Health Consumer Powerhouse (2009b), "Slovensko kleslo v každoročnom európskom indexe zkravotníctva – vyberá si finančná kríza svoju daň" (Slovakien sjönk i det årliga europeiska hälsoindexet – är det finanskrisens fel?) Bryssel (Správa pre tlač), 28 september, <www.healthpowerhouse.com/files/Slovakia.pdf>.
- Hlavačka, S, Wágner, R & Riesberg, A (2004), *Health care systems in transition : Slovakia*. Köpenhamn: WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies, <www.euro.who.int/Document/E85396.pdf>.
- HPI (2007), *General health policy framework for 2006–2010*. Bratislava: Health Policy Institute, <http://old.hpi.sk/images/attachments/slovakia_framework.pdf>.
- HPI (2008), *Základné rámce zdravotnej politiky pre roky 2008–2011* (General framework for health policy in the years 2008–2011. Bratislava: Health Policy Institute, <www.hpi.sk/cdata/Publications/hpi_zakladne_ramce_2008.pdf>.
- Mad'arová, Henrieta (2009), "Public health insurance system in Slovak republic". Intern rapport. Kontaktinformation: <<http://cz.linkedin.com/pub/henrieta-madarova/B/1A8/B83>>.

NationMaster (2010), "People statistics : total fertility rate : Slovakia, historical data". Woolwich, NSW,

<www.nationmaster.com/time.php?stat=peo_tot_fer_rat&country=lo>.

NCZI (2008), *Health statistics yearbook of the Slovak republic 2007*. Bratislava: Národné Centrum Zdravotníckych Informácií,

<http://data.nczisk.sk/rocenky/rocenka_2007.pdf>.

OECD (2010), "OECD health data 2009". Paris,

<<http://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=HEALTH>>.

Official Journal of the European Union (2006), Act No 577/2004 Coll of 21 October 2004 on the scope of healthcare covered by public health insurance and on the reimbursement of healthcare-related services, as amended by later regulations". Bryssel (Declaration by the Slovak Republic pursuant to Article 5 of Council Regulation /EEC/ No 1408/71 of 14 June 1971 on the application of social security schemes to employed persons, to selfemployed persons and to members of their families moving within the Community),

<<http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:C:2006:040:0004:0005:EN:PDF>>.

SCB (2010), Demografiska indikatorer och hälsoindikatorer. Sammanställning av uppgifter hämtade från SCB:s befolkningsstatistik, Stockholm: Statistiska centralbyrån,

<www.ssd.scb.se/databaser/makro/MainTable.asp?yp=rqexwr&xu=A4097001&omradekod=BE&omradetext=Befolkning&lang=1>.

SOU 2007:10, *Hållbar samhällsutveckling med utvecklingskraft*. Stockholm: Fritzes (Ansvarskommitténs slutbetänkande).

Štatistický úrad Slovenskej republiky (2009), Hemsida för Statistiska centralbyrån i Slovakien,

<<http://portal.statistics.sk/showdoc.do?docid=359>>.

ÚDZS (2010), "Úrad pre dohl'ad nad zdravotnou starostlivosťou" (Healthcare Surveillance Authority). Bratislava: Hemsida, <www.udzs.sk>. Engelsk version,

<www.udzs.sk/buxus/generate_page.php?page_id=1&lang=en>.

ÚZIS (2010), Institute of Health Information and Statistics of the Czech Republic (Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR). Prag,

<www.uzis.cz/article.php?type=1&mnu_id=5100&mnu_action=select>.

WHO (2008), "Country information : Czech Republic". Prag: WHO Regional Office for Europe/Country office Czech Republic,

<www.euro.who.int/countryinformation/CtryInfoRes?language=English&Country=CZH>.

Världsbanken (2002), *Slovak republic : development policy review : main report*. Washington, DC (Report 25211-SK), <www-wds.worldbank.org/external/default/WDSContentServer/WDSP/IB/2003/01/11/000094946_02122704010489/Rendered/PDF/multi0page.pdf>.

Österberg, Oscar (2008), "Centralböhmen", i Pontus Tallberg, red, *Regioner i Europa*.

Kristianstad: Region Skåne, Västra Götalandsregionen och Regionplane- och trafikkontoret,

<www.vgregion.se/Pages/46028/Regioner%20i%20Europa%20HELA.pdf>.